

Motywowanie ku zmianie pacjentów uzależnionych

Marzenna Kucińska, Ośrodek Terapii Poznawczej COGITO w Warszawie

Koło zmiany

5 etapowy model gotowości pacjenta do zmiany

Prekontemplacja:

„Nie widzę problemu, zatem żadnego nie mam.
Nie mam potrzeby nic zmieniać.”

Kontemplacja:

„A może mam problem? Może powinienem coś zmienić?
Może dobrze byłoby coś zmienić?”

Przygotowanie:

„Przyszła chwila, żeby wprowadzić zmianę.
Tylko jak?”

Działanie:

„Zrobię to teraz (w ciągu 24 godzin)
Tak będzie dla mnie najlepiej”.

Podtrzymanie:

„Dobrze mi z nowym zachowaniem.
Nie chcę wracać do starego.”

Pacjenci uzależnieni od alkoholu czy narkotyków często określani są jako oporujący lub niezmotywowani. TransTeoretyczny Model Zmiany (TTMZ) nie tylko doskonale opisuje, jak ludzie się zmieniają ale także podważa tezę o niezmotywowanych pacjentach. W modelu tym wszyscy jesteśmy gotowi do zmiany, dookreślenia wymaga jedynie do jakiej zmiany. Myśląc o zmianie np. nawyków związanych z używaniem alkoholu mamy często na myśli zmianę w postaci trwałej abstynencji lub co najmniej powrotu do picia kontrolowanego. Jest to zmiana na poziomie utrwalonej zmiany zachowań i wg TTMZ jest to ostatni etap, zwykle osiągnięty po około 2 latach trudnej pracy nad zmianą. Pacjenci aby osiągnąć ten etap w terapii musieliby rozpocząć leczenie w fazie działania lub nawrotu, kiedy uczą się podtrzymywać zachowania nastawione na niepicie. Terapeuci uzależnień zdają sobie doskonale sprawę, iż tacy pacjenci właściwie się nie zdarzają.

Do czego gotów jest pacjent?

Skoro zgodnie z TTMZ pacjent jest zawsze w którejś z 5 faz gotowości do zmiany, to zastanówmy się, do czego są gotowi pacjenci rozpoczynający leczenie uzależnienia.

Gotowość do rozmawiania

Duża ich część na pierwszych spotkaniach prezentuje postawę typu „nie mam problemu z pićm” czyli jest w fazie prekontemplacji. Na tym etapie pacjent nie bierze pod uwagę zmiany swojego zachowania. Czasem wynika to nie z tego, że nie widzi problemu, ale bardziej z tego, że nie bardzo widzi możliwość zmiany, zwłaszcza jeśli wcześniej już próbował i odniósł porażkę (tzw. pacjenci zdemoralizowani), brak mu wiary we własną skuteczność oraz nadziei, że zmiana w ogóle jest możliwa. W przypadku uzależnienia ma także zwykle świadomość (lub doświadczenie) braku wpływu na swoje zachowanie. W efekcie łatwiej jest wówczas postrzegać negatywne konsekwencje picia jako nieznaczące, a swoje zachowania jako akceptowalne.

Jeśli pacjent jest w fazie prekontemplacji jedyne ku czemu możemy go skłaniać to etap kontemplacji czyli zastanawiania się czy aby na pewno z jego pićm jest wszystko w

porządku i czy jest to jego wybór. Nie chodzi tu o wmawianie pacjentowi „masz problem tylko go nie widzisz”. Kontemplacja polega na zachęcaniu do zastanowienia się, np. co jest dla ciebie naprawdę ważne? na ile obecnie udaje ci się to realizować w życiu? Z czego jesteś w swoim aktualnym życiu najbardziej dumny, a z czego najmniej? W rozmowie możemy wprowadzać wątki odnoszące się do tego w jaki sposób picie pomaga a w jaki przeszkadza w realizacji tego co dla pacjenta istotne w życiu. Rozmawiając budujemy wzajemną relację, zaufanie czy zrozumienie, poznajemy pacjenta i jego problemy oraz wartości. Jeśli uda nam się to dobrze wykorzystać być może pacjent otworzy się przed nami w tym co jest jego problemem i zechce z nas skorzystać szukając jego rozwiązania.

Gotowość do rozważania zmieniać się czy nie

Zwykle pacjenci uzależnieni zgłaszający się na terapię są już świadomi, że mają problem z alkoholem. Czasem wynika to z faktu, że już byli na terapii, albo już sami próbowali przestać i stwierdzili że nie dadzą rady. Często nie są w stanie w pełni zaprzeczyć faktom, które mówią że nie mają wpływu na swoje zachowania pod wpływem alkoholu. Wówczas są gotowi zastawiać się nad swoją ambiwalencją co do picia alkoholu oraz wyrażają obawy co do zmiany zachowania. W tej fazie pacjenci wiedzą już, że picie szkodzi (może słyszeli od lekarza, przeczytali, albo ponieśli już konsekwencje w postaci równych kłopotów), ale też doświadczają korzyści z picia (poprawia im nastrój, pozwala nie słyszeć wyrzutów itp.). W ich myśleniu jest więc dużo ambiwalencji, niepewności i niepokoju jak sobie poradzą z tym wszystkim co trudne w ich życiu bez picia alkoholu.

W tej sytuacji chcą o tym móc opowiedzieć i poczuć się zrozumianymi. Chętnie wówczas usłyszają i zobaczą jak sobie poradzili inni. Z tego powodu alkoholicy mogą dobrze reagować na terapeute, który sam poradził sobie z problemem picia. Ale także chętnie wysłuchają świadectw, obejrzą film o wychodzeniu z problemu, albo pójdą na miting (o ile nie mają zbyt nasilonych lęków społecznych). W swoich obawach przed licznymi zmianami, jakie go czekają, pacjent potrzebuje nie tylko uspokojenia ale przede wszystkim wzorców, które pozwolą mu myśleć że zmiana jest możliwa i istnieją tacy, którym się udało. Potrzebuje także wiedzieć że jest możliwe utrzymanie korzyści jakie miał z picia, choć bez picia (np. czuć się swobodnie wśród ludzi, mieć przyjaciół, albo mieć dobry nastrój bez sięgania po alkohol).

Dla wielu alkoholików ważne jest uczciwe rozważenie, zysków i kosztów także z braku zmiany czyli co będzie jak nie przestanę pić. Na etapie kontemplacji zwykle zyski z picia przeważają nad zyskami z niepicia, a koszty jakie trzeba ponieść w związku ze zmianą (terapią, stylem życia itp.) wydają się być znacznie większe niż koszty z kontynuowania picia (nic nie trzeba robić). Zobaczenie nieco innego bilansu, w którym perspektywa niepicia wydają się realna i pociągająca na tyle by się w nią zaangażować wymaga od terapeuty i pacjenta sporo wysiłku i umiejętności.

Gotowość do planowania działania ku zmianie

Jeśli uda nam się uzgodnić z pacjentem, że zmiana w zakresie stylu picia jest w jego przypadku potrzebna, możliwa i ważna to pacjent staje się gotów by przygotować się do zmiany. Na tym etapie pacjent chce zmiany, ale nie wie jak ją osiągnąć i potrzebuje współpracy aby stworzyć realny plan efektywnej zmiany. Podejmując się trudnego wyzwania potrzebuje wsparcia społecznego i pomocy w zaplanowaniu takich kroków i dobraniu takich metod, które okażą się efektywne w stosunku do jego osoby. Jednym z najczęstszych błędów popełnianych na tym etapie jest stawianie sobie zbyt wygórowanych celów, np. pacjent obiecuje sobie i terapeutce, że teraz to już na pewno nie będzie pił i... najdalej po 3 dniach wraca do picia nałogowego. Zadaniem terapeuty jest zatem skorygowanie nierealistycznych celów i zaplanowanie kroków tak, by pacjent miała szanse odnieść sukces, np. proponując by

próbował nie pić do kolejnej wizyty, która wyznacza kierując się tym, jak długo dotychczas udawało się pacjentowi nie pić (np. za 5 dni, albo za tydzień, albo następnego dnia). Mały cel gwarantuje sukces a ten jest swoistą nagrodą dla pacjenta za podjęte leczenie. Dodatkowo pacjent podnosi swoje poczucie skuteczności (mogę! Udało mi się!) oraz zyskuje nadzieję, że zmiana jest w jego zasięgu. Kolejny cel czy krok jaki zaplanujemy wspólnie z pacjentem może być już większy, ale zawsze ważne jest, by był realny do osiągnięcia. Niektórzy „dobrzy uczniowie” próbują zbyt szybko osiągnąć cel w postaci pełnej abstynencji - i jest to oczywiście możliwe ale pewnym kosztem. Mówią językiem trzeźwych ludzi, prezentują niezbędną wiedzę i naśladują w swoim zachowaniu innych trzeźwych alkoholików, ale jest to zmiana powierzchowna, niezbyt ugruntowana. Terapeuta powinien umieć rozeznaczyć się w możliwościach pacjenta i zaplanować tak kroki jego zmiany by gwarantowały stopniową wewnętrzną zmianę. Dla wielu pacjentów wyzwaniem będzie nie tyle zrozumienie swojej choroby i jej przebiegu, ale doświadczenie stanów, których unikali dzięki niepieniu. Uzależnienie jest jednym z zachowań unikających, ale każdy z pacjentów unikał dzięki chorobie innych rzeczy, z którymi sobie nie radzili (np. trudnych uczuć, rozwiązywania problemów czy stawiania sobie wyzwań). Czasem zanim pacjent będzie gotów zrezygnować w pełni z picia musi nauczyć się innych sposobów radzenia sobie (np. redukcji napięcia, stawiania innym granic). Plan zmiany musi zatem uwzględniać także inne obszary zmiany nie tylko związane bezpośrednio z pićciem.

Gotowość do działania na rzecz zmiany

W etapie podejmowania zmiany czyli realnego działania pacjenci potrzebują naszego wsparcia w realizacji zaplanowanych kroków oraz wzmocnienia czyli jasnych ocen czy dobrze czy źle realizują poszczególne kroki swojego planu. Uczą się wówczas wielu nowych zachowań oraz sprawdzają je w realnym życiu.

Gotowość do utrwalania zaistniałych zmian

W fazie podtrzymania zmiany umiejętności niezbędne do utrzymania trzeźwego stylu życia są już opanowane i wymagają jedynie dalszego ich wykorzystywania. Zachowania nawrotowe (myśli, emocje, sny, czy nawet wpadki) są naturalnym elementem tej fazy, prowokującym ponownemu zanurzeniu się w fazie kontemplacji i sprawdzeniu czego jeszcze nie uwzględniłem w moim rozumieniu problemu gdyż skoro się pojawiają to jakieś moje potrzeby nadal nie zostały uwzględnione w mojej pracy nad trzeźwieniem. Sygnały nawrotowe prowokują nas ku ponownemu przejściu koła zmiany ale na głębszym poziomie wglądu w swoje potrzeby.

Zgodnie z TTMZ zadaniem terapeuty uzależnień jest zidentyfikowanie, do jakiej zmiany jest gotów pacjent i dostosowanie interwencji terapeutycznych do tej gotowości. Ważne jest, aby pamiętać, że terapeuta może pomóc zrealizować etap zmiany, do którego pacjent jest gotów i w ten sposób pomóc mu przejść do kolejnego etapu, nie ma natomiast mocy sprawić, by pacjent był gotów przejść do innej fazy niż jedna dalej w stosunku do tej, w której jest aktualnie.

Warto też pamiętać, że zmiana jest procesem cyklicznym i spiralnym – etapy zmiany trzeba czasem przechodzić kilkakrotnie, za każdym razem na głębszym poziomie zrozumienia swoich problemów. W przypadku alkoholików etap trwałej zmiany uzyskiwany jest w okresie około 2 lat od rozpoczęcia.

Osiągnięcie trwałej zmiany zależy od ilości procesów zmiany, które uda nam się uruchomić, poczucia własnej skuteczności pacjenta oraz wyniku jego bilansu zysków i strat związanych z wprowadzeniem zmiany.

Procesy zmiany są to działania nastawione na radzenie sobie lub strategię wykorzystywane przez ludzi w próbach zmiany. Dzieli się na empiryczne (związane z doświadczeniem) i behawioralne. Empiryczne procesy zmiany to działania nastawione na zmiany w sposobie przeżywania lub myślenia o zachowaniu problemowym, zaś behawioralne procesy zmiany to działania ukierunkowane na zmianę zachowań problemowych.

Poza procesami zmiany ważnym czynnikiem dla wprowadzania zmiany jest poczucie własnej skuteczności (Bandura, 1977, 1982). Zwiększanie poczucia własnej skuteczności czy pewności siebie co do możliwości wprowadzenia zmian najszybciej dokonuje się poprzez eksperymentowanie i doświadczanie siebie jako osoby, której udaje się coś zrobić inaczej niż dotychczas (np. nie napić się przez cały dzień, albo dobrze czuć się z innymi mimo, że nie pijemy alkoholu). Innym efektywnym sposobem budowania wiary w siebie jest obserwowanie innych ludzi, podobnych do nas, którym udało się wprowadzić zmianę albo słuchanie autorytetów dających nam pozytywne informacje zwrotne. Jeśli udaje nam się stawić czoła choćby drobnej ale trudnej sytuacji, widzimy jak innym się to też udaje, słyszymy od ważnych dla nas osób, że są z nas dumni to przeżywamy przyjemne emocje i czujemy się pewni. Niestety najmniej prezentowane przez pacjenta. Jest ono wiarą jednostki w jej zdolność do zaprzestania nałogowego zachowania i opierania się pokusom. Wiara jednostki w jej zdolność opierania się pokusom, takim jak negatywne stany emocjonalne czy stres, pozytywne społeczne sytuacje i zespół odstawienia, jest najniższa w prekontemplacji, zaś najwyższa w fazie podtrzymania. Najmniej efektywnym budowaniem sposobem budowania pewności siebie jest perswazja słowna czyli mówienie komuś „możesz to zrobić”.

W badaniach Millera i Sancheza nad czynnikami powodującymi wzrost motywacji do zmiany pacjentów uzależnionych ustalili, iż najefektywniejsze są następujące interwencje:

- Informacje zwrotne o zagrożeniu dla zdrowia pacjenta lub zaistniałej już szkodzi zdrowotnej, np.: „ma pan uszkodzoną wątrobę z powodu picia”
- podkreślenie osobistej odpowiedzialności za zmianę, np.: „to od pana zależy, co zrobi pan ze swoim życiem”
- jednoznaczna porada o konieczności zmiany, np.: „ja uważam, że niezbędna jest zmiana jeśli chodzi o picie, jeśli chce pan pozbyć się kłopotów ze zdrowiem;
- lista różnych alternatywnych możliwości osiągnięcia zmiany, np.: „może pan spróbować leczenia farmakologicznego, zacząć chodzić na AA lub skorzystać z pomocy w poradni uzależnień”.

oraz empatia terapeuty, skoncentrowanego na problemie uzależnienia, potrafiącego go uwypuklić w sposób nieagresywny, słuchającego i okazującego zrozumienie dla pacjenta i jego trudności.

William Miller wraz z Stephenem Rollnick opracowali zasady rozmowy motywującej ukierunkowanej osoby uzależnionej na zmianę (Motivational Interviewing: Preparing People for Change in 1991). Podstawą takiej rozmowy jest akceptacja przez terapeutę ambiwalencji klienta, co do zmiany zachowania, przegląd pozytywnych i negatywnych konsekwencji wprowadzenia zmiany oraz podkreślenie pozytywnych jej konsekwencji. Terapeuta motywując posługuje się głównie następującymi interwencjami:

- proponowanie różnych opcji możliwości wprowadzenia zmiany;
- zachęcanie klienta do podjęcia osobistej odpowiedzialności za swoje decyzje;
- wspomaganie zaradności pacjenta;
- dostarczanie wiedzy w zakresie możliwości zmiany oraz konsekwencji braku zmiany;
- ocena poznawcza (za i przeciw zmianie);
- autoewaluacja czyli samoocena własnych stanów i postępów na drodze zmiany.

Następnie wykorzystano wyniki powyższych badań i opierając się o TTMZ stworzono MET-Program Podwyższania Motywacji pacjentów uzależnionych od alkoholu- (Motivational Enhancement Therapy Wiliam R. Miller, Allen Zweben, Carlo C.DiClemente, Roberto G. Rychtarik). Podręcznik opisujący ten program został także wydany dwukrotnie w języku polskim przez PARPA (Motywowanie do zmiany), a ostatnio w nowszej wersji jako Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapiach nadużywania substancji W.R.Millera.

Postawa terapeuty, jaka zdaniem autorów programu MET jest niezbędna przy efektywnym motywowaniu, to okazywanie szacunku dla pacjenta, wspieranie go w zmianie, bycie dla niego konsultantem, który szanuje jego prawo do samostanowienia, chwali go i podbudowuje w jego wysiłkach nakierowanych na zmianę, a w przypadku braku tych wysiłków stosuje delikatną nieagresywną perswazję, rodzaj dialogu sokratejskiego. Autorzy programu MET i wywiadu motywującego podkreślają, iż aby osiągnąć zmianę w zakresie picia niezbędna jest decyzja i wysiłek pacjenta. Tylko on może wprowadzić zmianę w życie, a ponieważ jest to dla niego niezmiernie trudne potrzebuje naszej pomocy. Pomoc terapeuty nie oznacza jednak że jesteśmy w stanie zrobić cokolwiek bez współpracy z pacjentem lub za niego. Wyniki badań Millera (1993) wskazują, iż konfrontacyjny styl terapeuty wiąże się z gorszymi wynikami terapii pacjentów uzależnionych. Styl konfrontacyjny kojarzy się pacjentom z negatywną oceną lub wręcz próbą ukarania. Tymczasem w terapii uzależnień najważniejsze są pozytywne wzmocnienia warunkowe stosowane przez terapeutę przez pacjenta. Ludzie generalnie robią więcej tego za co inni ich chwalą lub choćby na co zwracają uwagę. Follette wyróżnił dwa typy takich wzmocnień (1996): ogólne i szczegółowe. Wzmocnienie ogólne to zauważenie czy docenienie czegoś co wynika z kontekstu sytuacji, np. stwierdzenie „widzę jak panu trudno pogodzić się z faktem, że musiał pan przyjść do poradni uzależnień i tym bardziej doceniam, że mimo wszystko wytrzymał pan tutaj całą sesję”. Wzmocnienia szczególne czyli konkretne możliwe są jedynie w sytuacji gdy znamy pacjenta i wiemy, co jest dla niego wyzwaniem. Możemy wówczas wzmacniać właśnie te zachowania, o których wiemy, iż stanowiły wysiłek, np. pójście na mityng mimo nasilonych lęków społecznych lub wytrwanie na spotkaniu bez wychodzenia mimo dużego napięcia wewnętrznego.

Badania ewaluacyjne potwierdziły skuteczność tego typu postawy terapeuty. Najlepsze wyniki w metaanalizie badań w której przeanalizowano 221 projektów w 43 podejściach terapeutycznych (w: R.K. Hester & W.R. Miller (Eds), Handbook of Alcoholism Treatment Approaches: Effective Alternatives) najwyższą efektywności leczenia osób uzależnionych uzyskały terapie:

- interwencje krótkoterminowe
- trening umiejętności społecznych
- program wzmocnienia motywacji (MET)
- podejścia oparte o wzmocnienia środowiskowe
- kontrakt odnośnie zachowania

i inne, w tym zapobieganie nawrotom, terapia małżeństw i terapia poznawcza.

Motywowanie pacjentów uzależnionych do zmiany w obszarze picia jest zagadnieniem bardzo trudnym, a zarazem wydaje się kluczowym dla podjęcia i utrzymania zmiany. Sprawa wtórna wydaje się być, z jakich sposobów skorzysta pacjent by ją wprowadzić w swoje życie. Zadaniem terapeuty jest wspierać go na drodze poszukiwania zarówno własnej motywacji jak i efektywnych dla niego sposobów zmiany. Pacjent często je gubi, potyka, przestaje wierzyć. To oznacza, że ważne by terapeuta miała w sobie dużo nadziei i nie poddawał się zwątpieniu. Ambiwalencja pacjenta jest czymś oczywistym i nie jest skierowana przeciw terapeutce czy

terapii. Prof. Eduardo Keegan podczas wykładu o uzależnieniach wspominał o czymś oczywistym dla terapeutów uzależnień: samoistna remisja pacjentów uzależnionych praktycznie nieistnieje, jeśli zatem uda ci się spowodować że zaczniesz się zmieniać choćby jedna czy dwie osoby to i tak już jesteś efektywny. A im więcej wiesz o trudnym procesie zmiany tym większa jest szansa że będziesz skutecznym terapeutą.

Literatura uzupełniająca:

- Wiliam R. Miller, Allen Zweben, Carlo DiClemente, Roberto G. Rychtarik; [Motywowanie do zmiany](#) - PARPA, 1995
- Wiliam R. Miller, [Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapiach nadużywania substancji](#) - PARPA, 2009
- Beck T. A., Wright, f. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive Therapy of Substance Abuse*. New York: Guilford Press. ([Terapia Poznawcza Uzależnień WUJ](#), 2007)