

Jadwiga Maria Jaraczewska, Anna Derwich

Terapia poznawczo-behawioralna i dialog motywujący w pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie

Podręcznik praktyka dla lekarzy

SPIS TREŚCI

Przedmowa

Wprowadzenie

1. Elementy dialogu motywującego i terapii poznawczo-behawioralnej w pracy lekarza
2. Style komunikacji i umiejętności pomocne w pracy lekarza
3. Efektywność krótkich konsultacji w praktyce lekarza
4. Konsultacja lekarska jako spotkanie dwóch ekspertów

Podsumowanie

Przedmowa

Większość chorób to schorzenia przewlekłe, dlatego nawiązanie z pacjentem relacji opartej na zaufaniu jest kluczowe w procesie zachęcania go do przestrzegania zaleceń. 70 procent specjalistów zdaje sobie sprawę z tego, że dobra komunikacja z pacjentem sprzyja przestrzeganiu zaleceń (Roncero i in., 2016). Zaburzenia związane z uzależnieniami nie są tu wyjątkiem. Dialog motywujący (DM) stał się złotym standardem (Lopez San Roman, Bermejo, 2006) w podejściu do zachowań związanych z uzależnieniem, co więcej, jest to metoda łatwa do opanowania, a jej stosowanie wiąże się z lepszym przestrzeganiem zaleceń oraz większym prawdopodobieństwem zmiany niezdrowych nawyków wśród pacjentów.

Z literatury wynika, że od 25 do 65 procent uzależnionych dorosłych nie przyjmuje przepisanych leków, a w 35 procentach przypadków brak stosowania się do zaleceń lekarza nie jest kwestią zapomnienia czy niezrozumienia instrukcji, ale dobrowolnego wyboru pacjenta (Lopez San Roman, Bermejo, 2006).

Wśród przyczyn nieprzestrzegania zaleceń wskazano czynniki, które zależą od rodzaju choroby, zastosowanego leczenia, charakterystyki pacjenta (niski stopień wglądu w siebie) lub relacji pacjenta ze specjalistą, a jako możliwe rozwiązania zaproponowano uproszczenie systemu dawkowania, edukowanie pacjenta i poprawę relacji z nim.

Z drugiej strony, specjalista w swojej codziennej praktyce staje przed żmudnym zadaniem kontrolowania choroby, wypisania odpowiedniej recepty, identyfikacji współwystępujących problemów psychologicznych i pielęgnowania terapeutycznej relacji opartej na zaufaniu. Jednakże zwykły brak czasu i znacząco większe wyszkolenie lekarza w ogólnych aspektach medycyny powodują, że objawy kliniczne i leki są traktowane priorytetowo, pozostawiając niewiele miejsca na poświęcenie uwagi emocjonalnemu wpływowi uzależnienia na pacjenta oraz samej relacji terapeutycznej. Zaniedbywanie dyskomfortu psychicznego pacjenta ma negatywny wpływ na rozwój jego choroby i wiąże się z mniejszym przestrzeganiem zaleceń, większą liczbą nawrotów i niższą jakością życia (Bannaga, Selinger, 2015).

Dialog motywujący (DM) jest metodą, która może pomóc specjalistom pracującym z pacjentami uzależnionymi poprawić relację terapeutyczną, a jednocześnie, nawet gdy nie są oni psychologami, zająć się emocjonalnymi aspektami funkcjonowania pacjenta i poprowadzić go w kierunku zmiany, ułatwiając mu wybór zdrowszego trybu życia. DM jest

modelem opieki zgodnym z obecną w medycynie tendencją do zajmowania się zaburzeniami przewlekłymi, zgodnie z którą tradycyjna paternalistyczna rola lekarza zostaje zastąpiona bardziej rolą przewodnika, uwzględniającego preferencje i obawy pacjenta, a nauka technik komunikacyjnych jest koniecznością, ponieważ przez większość czasu interakcja między lekarzem i pacjentem odbywa się poprzez dialog.

Czym jest dialog motywujący (DM)?

Dialog motywujący to oparty na współpracy, ukierunkowany na pacjenta styl opieki, który ma na celu wzmocnienie motywacji do zmiany poprzez pomoc pacjentowi w rozwiązaniu ambiwalencji, prowadzącym do zmiany za pomocą własnych powodów do tejże zmiany (Rollnick, 2008). W dialogu motywującym specjalista akceptuje to, że ambiwalencja w dążeniu do zmiany jest normalnym, uniwersalnym doświadczeniem, pojawiającym się przed rozwiązaniem dylematu, które jest analizowane z perspektywy jego zalet i wad. Lekarz pełni rolę przewodnika, wyjaśniając aspiracje i mocne strony pacjenta, wsłuchując się w jego obawy, wzmacniając jego pewność siebie i współpracując przy nakreśleniu planu zmian (Rollnick, 2010).

Dzisiaj dialog motywujący staje się coraz bardziej powszechny i jest stosowany w różnych kontekstach medycznych, ale początkowo stosowano go głównie w terapii uzależnień. Uzależniony pacjent tradycyjnie traktowany był jako osoba zaprzeczająca i oporna wobec uznania swojego problemu, a najczęściej stosowanym podejściem była konfrontacja, w której specjalista jednoznacznie wskazywał na problemy pacjentów spowodowane przez zażywane substancje. Zaobserwowano jednak, że wolne od uprzedzeń słuchanie pacjentów ujawniło, iż nie są oni ani tak zaprzeczający problemom, ani tak niechętni zmianom. Okazało się też, że konfrontacyjna postawa specjalisty powodowała zarówno nawrót choroby, jak i wczesne zaniechanie leczenia (Moyers, Miller, 2013).

Dowody na skuteczność dialogu motywującego w zwiększaniu stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich

Pierwsze dowody skuteczności dialogu motywującego uzyskano w terapii uzależnień, gdzie wykazano, że w porównaniu z tradycyjnymi metodami interwencja oparta na pracy z motywacją wiązała się z silniejszym sojuszem terapeutycznym i niższym wskaźnikiem nawrotów (Moyers, Miller, 2013). Dialog motywujący, w odróżnieniu od tradycyjnego modelu pracy, promuje opartą na współpracy relację lekarz–pacjent, w której informacja jest

przekazywana zgodnie z potrzebami pacjenta (Stavropoulou, 2011). Jest to niezwykle ważne, jeśli chodzi o poprawę stopnia przestrzegania zaleceń przez pacjenta z przewlekłym zaburzeniem, takim jak uzależnienie. Chociaż wykazano, że interwencje edukacyjne odgrywają rolę w poprawie nieintencjonalnego niestosowania się do zaleceń (tzn. z powodu zapomnienia lub niezrozumienia wytycznych), nie mają one wpływu na dobrowolne stosowanie się do zaleceń lekarza, na co wpływają zmienne emocjonalne, takie jak obawa o skutki uboczne działania leków lub niedostrzeżenie potrzeby ich przyjmowania. Tego ostatniego czynnika można uniknąć jedynie przy pełnej współpracy i empatycznej relacji z pacjentem (Emmons, Rollnick, 2001).

W ostatnich dziesięcioleciach dialog motywujący stał się coraz bardziej powszechny w wielu dziedzinach medycyny i obecnie istnieje kilkaset randomizowanych badań kontrolnych nad stosowaniem DM w różnych sytuacjach klinicznych. Systematyczny przegląd badań z 2005 roku wykazał istotny efekt kliniczny w 3 z 4 badań, DM w 80 procentach badań dawał lepsze efekty niż metody tradycyjne. W krótkich sesjach trwających mniej niż 15 minut DM okazał się skuteczny w 64 procentach badań (Rubak, Sandbaek, Lauritzen, Christensen, 2005).

*dr Pilar Lucilla**

* Przełożyła Joanna Dudek.

Wprowadzenie

W książce skupiamy się na pracy lekarza związanej z motywowaniem pacjentów do zmiany, zwłaszcza szkodliwych zachowań z obszaru uzależnień behawioralnych. Mając to na uwadze przedstawiamy elementy dwóch podejść o naukowo potwierdzonej skuteczności - dialogu motywującego i podejścia poznawczo-behawioralnego, które okazują się przydatne w pełniejszym rozumieniu pacjenta i efektywniejszej współpracy.

Niniejsza książka jest częścią składającej się z trzech tomów serii pod wspólnym tytułem „Terapia poznawczo-behawioralna i dialog motywujący w pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie”. Każdy z tomów odnosi się do specyfiki pracy różnych grup zawodowych (terapeutów, realizatorów programów profilaktycznych i lekarzy). Dialog motywujący odnosi się do umiejętności komunikacyjnych a podejście poznawczo-behawioralne koncentruje się specyficznie na zmianie zachowania. Przewodnik dla lekarzy ma stanowić zachętę do stosowania elementów tych podejść w celu jak najskuteczniejszego wykorzystania ograniczonego czasu pracy z pacjentem.

W obecnej serii nie piszemy o szczegółach dialogu motywującego i terapii poznawczo-behawioralnej. W Polsce jest wiele opracowań dotyczących tego tematu (m.in. Miller, Rollnick, 2015, Beck, 2007, Prochaska, Di Clemente, Norcross, 1992). Z tego samego powodu nie piszemy też o specyfice uzależnień behawioralnych i ich konsekwencjach zdrowotnych (patrz: Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2018; Jaraczewska, Adamczyk-Zientara, 2015, Rowicka, 2015). Warto jedynie podkreślić, iż wśród pacjentów ośrodków zdrowia i poradni zdrowia psychicznego odsetek osób mających problemy z uzależnieniem wynosi między 20 a 50 % w zależności od kontekstu (Miller i in. 2014). Oznacza to, że specjaliści pracujący w placówkach opieki zdrowotnej często leczą następstwa najróżniejszych form uzależnień.

W prowadzonej przez nas Akademii Motywacji i Edukacji stworzyliśmy system szkoleń dla wielu różnych grup specjalistów, w tym dla lekarzy, który opiera się na połączeniu tych dwóch metod. Zdecydowałyśmy się napisać tę książkę, zachęcane pozytywnym odbiorem integracji dialogu motywującego i podejścia poznawczo-behawioralnego przez lekarzy i innych specjalistów opieki zdrowotnej, którzy byli uczestnikami naszych szkoleń. Dla wielu z nich niezwykle cennym odkryciem jest to, że nawet krótka rozmowa prowadzona w oparciu

o te metody może zainspirować pacjentów do zmiany i że z pewnością lekarz w trakcie konsultacji może tę zmianę aktywnie wspierać.

1. Podstawy dialogu motywującego w pracy lekarza

Współczesne systemy opieki zdrowotnej na świecie w coraz większym stopniu wymagają radzenia sobie z dużą liczbą pacjentów, problemów klinicznych, ogromnym tempem pracy, oznakami pogarszania się zdrowia ludzi młodych, często spowodowanego niekorzystnymi czynnikami, takimi jak: palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, nieodpowiednia dieta, brak ruchu (tzw. wielka czwórka). Mamy bardzo dobre rozumienie istoty tych problemów medycznych, wiemy, co i dlaczego w medycynie działa, jakie metody leczenia należy stosować w przypadku konkretnych objawów. A jednak w procesie leczenia natrafiamy niekiedy na trudności, które nie zawsze można przewidzieć, nie wydają się one logiczne i uzasadnione, toteż nie bardzo wiadomo, jak wobec nich postępować (Rollnick i in., 2010). Trapią nas, profesjonalistów, różnego rodzaju zwątpienia, obawy i niepokojące myśli: „Mój pacjent nie chce brać leków”, „Mój pacjent ciągle szuka w internecie opisu różnych chorób, a potem się boi, że je ma”, „Mój pacjent unika brania odpowiedzialności za swoje zdrowie”, „Mój pacjent nie dopuszcza mnie do głosu”, „Mój pacjent nie przestaje nadużywać alkoholu (narkotyków, hazardu)”, „Mój pacjent twierdzi, że to leczenie nic mu nie daje”.

Okazuje się, że tym, co może być bardzo pomocne w praktycznym radzeniu sobie z takimi wyzwaniem, jest specyficzny sposób komunikacji i adekwatny poziom empatii w pracy z pacjentem (Crane, Chang, Azamfirei, 2020). Sposób prowadzenia rozmowy może istotnie wpłynąć na postawę pacjenta, na jego zaangażowanie w proces leczenia, przestrzeganie zaleceń i ogólną motywację do wzięcia odpowiedzialności za swoje zdrowie, czyli na uporanie się z bieżącym problemem medycznym, ale często także na długotrwałą zmianę postaw pacjenta, a w konsekwencji na poprawę jego stanu zdrowia. Istnieje wiele badań wskazujących na to, że już kilka minut rozmowy z pacjentem, prowadzonej w określony sposób, a czasem jedynie odpowiedni komentarz, może skutkować poprawą jakości relacji. To z kolei przekłada się na wymierne efekty: pacjenci mają poczucie, że poświęcono im więcej czasu, czują się spokojniejsi i zadowoleni z przebiegu leczenia, częściej stosują się do zaleceń personelu medycznego. Co więcej, także u pracowników ochrony zdrowia wzrasta poziom satysfakcji z pozytywnych wyników zastosowanego leczenia, co jest bardzo ważnym elementem motywującym specjalistę do pracy (Rollnick i in. 2010).

Wielu problemom medycznym, z powodu których lekarze udzielają pacjentom fachowej pomocy, można by zapobiec, gdyż zależą one od zachowania i trybu życia pacjentów. I chociaż wiele z nich można byłoby wyleczyć poprzez zmianę zachowania na prozdrowotne, to pacjenci często przyjmują bierną postawę, zakładając, że odpowiedzialność za efekty leczenia leży wyłącznie po stronie specjalisty. Nie każdy specjalista wie, jak skutecznie aktywizować biernych pacjentów i jak wpływać na ich decyzje dotyczące własnego zdrowia, gdy racjonalne argumenty nie wystarczają.

Podczas konferencji zorganizowanej w 2018 roku przez Akademię Motywacji i Edukacji prof. William Miller powołał się na badanie z obszaru psychologii zdrowia, w którym uczestnikom zaproponowano wykonanie dwóch zadań (Miller, 2018): przez pierwszy tydzień mieli jeździć do pracy autem możliwie szybko. Po dotarciu na miejsce dokonywano pomiaru czasu jazdy, ciśnienia krwi i poziomu stresu. Uczestnicy byli bardzo zadowoleni z takiego zadania. W następnym tygodniu dostali inne zadanie: mieli jechać do pracy tylko prawym pasem i trzymać się go podczas całego przejazdu, a więc musieli jechać, ustępując innym i pozwalając się wyprzedzać. Większość uczestników zareagowała sprzeciwem: „To chyba niemożliwe. Jak mam to zrobić? Nie zniosę tego, dostanę zawału!”. Ale po badaniach w drugim tygodniu okazało się, że i ciśnienie krwi, i poziom stresu były dużo niższe, a dotarcie do pracy zabrało im tylko o 101 sekund więcej! A więc jechali niewiele ponad półtorej minuty dłużej. To pokazuje jak pozornie oczywiste informacje, nie zawsze do nas docierają.

Podczas prowadzonych przez nas szkoleń dla lekarzy często padają pytania: jak pomagać pacjentom w stosowaniu się do zaleceń, jak radzić sobie z frustrującym brakiem oczekiwanych postępów w leczeniu pacjenta, jak budować i utrzymywać w pacjencie postanowienie zmiany, jak pobudzać w nim motywację, jak skutecznie działać nawet podczas krótkiego kontaktu z pacjentem.

Te pytania dowodzą, że stajemy się coraz bardziej uważni na sposób podejścia do pacjenta. Jeżeli potraktujemy pacjenta głównie w kategoriach diagnozy i dysfunkcji, zostanie on zredukowany do bardzo schematycznej, uproszczonej, uprzedmiotowionej rzeczywistości. To tak jakby pacjentowi wyznaczyć „rolę wtórną, bierną – ograniczoną do respektowania zaleceń, wymogów kuracji, standardów leczenia albo innych decyzji kompetentnego specjalisty” (Wciórka, 2015, s.16). Podmiotowe potraktowanie pacjenta natomiast odnosi konkretną trudną sytuację do jego osobistego doświadczenia. Wyznacza też kierunek pracy

specjalisty. Zamiast koncentrowania się na zachowaniu problemowym, skupia on uwagę na osobie i wzmocnieniu jej dążeń i celów, jej systemu wartości oraz poczucia wartości własnej.

W jednej z najnowszych publikacji autorstwa dwóch lekarzy-naukowców, Stephena Trzeciaka i Anthonego Mazzarellego (Trzeciak, Mazzarelli, 2019), przedstawiono wyniki ponad tysiąca prac badawczych, opublikowanych w prestiżowych czasopismach naukowych, w których przytoczono ogromną liczbę dowodów na skuteczność włączania w proces leczenia postawy troski i współczucia wobec pacjenta przez pracowników systemu opieki zdrowotnej. Przekłada się to nie tylko na zdrowie pacjentów, ale i na samopoczucie specjalistów. Jeśli lekarz w kontakcie z pacjentem wykazuje troskę, pacjenci osiągają lepsze i szybsze efekty zdrowotne (np. w leczeniu cukrzycy pacjenci doświadczają o 41 procent mniej poważnych powikłań, w chirurgii potrzebują mniej środków znieczulających i mają krótszy czas hospitalizacji), a lekarze mają większe poczucie zadowolenia z pracy i rzadsze objawy wypalenia.

Wprowadzenie do dialogu motywującego

Zaskakująco prostym, a jednocześnie skutecznym sposobem dopingowania pacjentów do wprowadzania i utrzymywania zmian prozdrowotnych okazuje się prowadzenie rozmowy zgodnie z zasadami dialogu motywującego. Jest to nowatorska metoda wyzwiania i wzmacniania motywacji, oparta na głęboko humanistycznych zasadach. Kluczem do niej jest umiejętność właściwej komunikacji i budowania relacji z pacjentem, polegającej na spokojnej i nieoceniającej współpracy, zawsze pozostawiając mu prawo ostatecznego wyboru.

Dialog motywujący jako metoda kliniczna został szczegółowo opracowany przez Williama Millera (Miller, 1983), który pracując z osobami uzależnionymi, zauważył, że wielu pacjentów osiągało najlepsze wyniki wtedy, kiedy ustalili własny plan działania, sami wyznaczyli sobie cele i znaleźli rozwiązanie problemu (Miller, Rollnick, 1991). Od tamtego czasu DM został przetestowany w badaniach naukowych dotyczących bardzo wielu innych problemów zdrowotnych (Rollnick, Miller, Butler, 2010), przynosząc pozytywne efekty m.in. w leczeniu osób z chorobą sercowo-naczyniową, nadciśnieniem, psychozą, zakażonych wirusem HIV, chorych z powodu stosowania niewłaściwej diety, w opiece diabetologicznej (Rubak, Sandbaek, Lauritzen, Christensen, 2005), w leczeniu pediatrycznym (Gold, Kokotailo, 2007), w sytuacjach unikania opieki dentystycznej, niestosowania antykoncepcji

(Solhkhah, Gaveras, 2010), problemów z wagą (Naar-King, Safren, 2017). W ostatnich metaanalizach wykazano skuteczność DM w osiągnięciu zmian behawioralnych (ograniczenie siedzącego trybu życia, poprawa diety lub zwiększenie aktywności fizycznej, a także w ściślejszym stosowaniu się do zaleceń niezwiązanych z uzależnieniami – w porównaniu z tradycyjnymi interwencjami) (Lundahl i in., 2013).

Dużym atutem DM jest możliwość integrowania tej metody z innymi podejściami, m.in. takimi jak terapia poznawczo-behawioralna (TPB), na przykład w celu zwiększenia stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich (Pengchit i in., 2011; Spoelstra i in., 2015) oraz w chorobach przewlekłych, w których zmiana zachowań i nawyków, a także wzmocnienie motywacji pacjenta są szczególnie ważne (Miller i in., 2019).

Dialog motywujący znajduje również wiele zastosowań podczas krótkich interwencji prowadzonych przez lekarzy i innych pracowników systemu opieki zdrowotnej: na przykład jako pomoc osobom, które trafiły na oddział nagłych wypadków (odpowiednik SOR-u) wskutek zdarzenia spowodowanego spożyciem alkoholu (Bailey, Baker, Webster, 2004), oraz w programach profilaktycznych służących zapobieganiu zakażeniom wirusem HIV (Rosengren, 2013).

W wielu krajach dialog motywujący jest traktowany jako metoda zalecana w odniesieniu do problemu uzależnień: nadużywania i uzależnienia od alkoholu (Miller, Rollnick, 2014; Jaraczewska, 2009), marihuany (Knopes, 2004) czy uzależnienia od nikotyny (Heckman, Egleston, Hofmann, 2010). Ostatnie doniesienia naukowe wskazują, że DM pomaga zmieniać niekorzystne zachowania dotyczące patologicznego hazardu (Diskin, Hodgins, 2009; Petry i in., 2008), uzależnienia od internetu (Shek, Tang, Lo, 2009), kompulsywnego kupowania (Benson, Eisenach, 2013), uzależnienia od seksu (Del Giudice, Kutinsky, 2007). Dzieje się tak z powodu możliwości, jakie daje DM w ułatwianiu komunikacji z pacjentem. Odwołując się chociażby do przykładu kompulsywnych zachowań seksualnych, badacze wymieniają wiele zalet podejścia opartego na DM, podczas którego – jako zasada – z jednej strony wyraża się bezwarunkową akceptację dla pacjenta, z drugiej powstrzymuje się od wyrażania ocen. Jest to niezwykle pomocne w pracy z osobami uzależnionymi od seksu, u których podstawowym problemem są deficyty w zakresie relacji, a także poczucie wstydu (Del Giudice, Kutinsky, 2007).

Poprawa komunikacji i relacji terapeutycznej

W przeciwieństwie do tradycyjnego dyrektywnego stylu pracy dialog motywujący zachęca lekarza do rozwijania empatii i przyjmowania roli przewodnika pacjenta, która polega na słuchaniu, a jednocześnie udzielaniu wsparcia i w razie potrzeby fachowych informacji. Gdy lekarz postawi się w sytuacji pacjenta i wykaże zainteresowanie jego obawami i opiniami dotyczącymi leczenia, wzrasta prawdopodobieństwo, że pacjent zastosuje się do zaleceń, w przeciwieństwie do suchego wystawienia recepty, co do której pacjent ma poważne wątpliwości. Inaczej mówiąc, chodzi o taką pracę, która ma skłonić pacjenta do ważnych refleksji i pomóc mu uświadomić sobie, dlaczego w ogóle ma dbać o zdrowie, co dla niego stanowi w tym wartość, co będzie jego siłą napędową. DM podsuwa wiele praktycznych podpowiedzi i wskazuje na konkretne umiejętności lekarza, dzięki którym możliwe jest wzbudzanie u pacjenta motywacji do zmiany postaw na takie, które służą jego zdrowiu.

Ambiwalencja wobec zmiany

Zmiana stylu życia, wymagająca od pacjenta podejmowania nowych zachowań prozdrowotnych, na ogół związana jest z naturalnym stanem ambiwalencji, to znaczy jednoczesnym występowaniem sprzecznych motywacji lub uczuć.

Przykłady ambiwalencji

„Chcę brać lekarstwa, ale ciągle zapominam”.

„Chciałbym na dobre zerwać z hazardem, ale nie mam na to siły”.

„Czasem mi się wydaje, że potrafię z tym skończyć, a czasem, że nigdy z tego nie wyjdę”.

My, profesjonaliści, często odbieramy ambiwalencję pacjenta jako sprzeczność i to wywołuje w nas naturalną skłonność do poprawiania tego, co uznajemy za niewłaściwe. W takich sytuacjach lekarz, próbując w dobrej wierze przywołać pacjenta do porządku, może poszukiwać różnych sposobów dotarcia do niego: może tego pacjenta trzeba trochę postraszyć?, przedstawić mu więcej argumentów?, pogrozić?, zawstydzić?, skrytykować?, skonfrontować?, dodiagnozować?.

Ta naturalna chęć naprawienia istniejącego stanu rzeczy, przejawiająca się w próbach pokierowania działaniem innych osób, została opisana i zdefiniowana przez Millera i Rollnicka (2014) jako „odruch naprawiania”. Rzecz w tym, że wypowiedzi lekarza w rodzaju: „Powinien pan ograniczyć takie zachowania (objadanie się, siedzenie przed komputerem, przeciążanie kręgosłupa, nadużywanie alkoholu itp.) albo całkowicie z nich

zrezygnować” mogą wywołać reakcję odwrotną od zamierzonej (tj. wywołać drugą stronę ambiwalencji): „Nie jest tak źle, panie doktorze, nie mam żadnych problemów, robię to, co każdy”.

Duch dialogu motywującego

Miller i Rollnick uczulają nas na wartość tworzenia ducha dialogu motywującego, czyli specyficznej atmosfery rozmowy z pacjentem, która przekłada się na lepsze (i szybsze) efekty pracy (Miller, Rollnick, 2014). Duch DM oparty jest na czterech elementach: budowaniu relacji partnerskiej współpracy, wyrażaniu akceptacji i troski oraz wywoływaniu siły tkwiącej w pacjencie.

Współpraca – chodzi tu o atmosferę partnerskiej współpracy, zapewniającą aktywność obydwu uczestników rozmowy. Pacjenci już podczas pierwszej wizyty decydują m.in., czy ten specjalista im odpowiada i czy zamierzają do niego wrócić. Pierwsze wrażenie można zrobić tylko raz, choć nie jest ono nieodwołalne. Rollnick (2011) zaleca, aby 20 procent czasu, jaki mamy na pracę z pacjentem, poświęcić na angażowanie go w partnerską współpracę.

Akceptacja – sprzyja podejmowaniu ważnych i trudnych zmian. Gdy ludzie czują, że są akceptowani tacy, jacy są, stają się bardziej otwarci na zmianę. Wyrażenie akceptacji przez specjalistę pomaga pacjentowi zastanowić się nad sobą, poznawać samego siebie, oceniać swoje przekonania i zachowania oraz dokonywać wyborów związanych z poprawą jakości życia i zdrowia. Doświadczenie akceptacji jest cenne nawet w kontekście niepowodzeń, potknięć i problemów z utrzymaniem zmian (oczywiście akceptacja nie oznacza aprobaty czy zgody).

Wywoływanie siły – DM zachęca do takiego ukierunkowania rozmowy z pacjentem, aby uruchomić tkwiące w nim siły, które będą mu pomocne w dbaniu o zdrowie.

Podobno Michał Anioł na pytanie, jak tworzy swoje cudowne rzeźby, odparł, że to bardzo proste: bloki marmuru ukrywają już w sobie idealne figury, trzeba je tylko wydobyć, usuwając te fragmenty kamienia, które je zasłaniają.

Troska – to składnik ducha DM, przypominający, że w naszej pracy chodzi o to, by jak najlepiej zadbać o interes pacjenta. Relacje zawodowe związane z pomaganiem wymagają wyższych standardów postępowania niż zwykle relacje interpersonalne. Wymaga to od specjalisty dużej otwartości, ale jest kluczowym elementem w pracy nad zmianą, zwłaszcza w sytuacji, gdy pacjent nie do końca chce współpracować, a sytuacja jest dla niego

zagrożająca. Podkreślanie autonomii pacjenta połączone z postawą troski bardzo często zwiększa szanse na jego zaangażowanie się w proces leczenia.

Procesy dialogu motywującego

Przedstawiając podstawowe koncepcje DM, trzeba wspomnieć o czterech procesach, wokół których organizujemy pracę z pacjentem. Są to: **angażowanie, ukierunkowywanie, wywoływanie i planowanie**. To tak, jakbyśmy wspinali się razem z nim po drabinie: nie możemy wejść o stopień wyżej, dopóki nie pokonamy poprzedniego. Pracę z pacjentem rozpoczynamy od angażowania –nawiązania relacji opartej na zaufaniu i budowania sojuszu. Podczas procesu ukierunkowywania lekarz i pacjent pracują nad określeniem, jaki jest cel i jakie problemy należy rozwiązać. Po ich zdefiniowaniu rozpoczyna się poszukiwanie rozwiązań, podczas którego pod uwagę brane są własne pomysły pacjenta (proces wywoływania). Ostatni proces – planowanie polega na zaprojektowaniu, w porozumieniu z pacjentem, akceptowalnego planu leczenia, precyzyjnie dostosowanego do potrzeb pacjenta. To nie znaczy, że dialog motywujący jest dyrektywny, on wskazuje kierunek, jak najskuteczniej pomóc pacjentowi zmienić się i osiągnąć założone cele.

Wykorzystywanie elementów terapii poznawczo-behawioralnej

Zobaczmy też, w jaki sposób podstawowa wiedza z terapii poznawczo-behawioralnej może być przydatna w zrozumieniu przez lekarza trudności, jakie mogą towarzyszyć pacjentowi zagrożonemu ryzykiem uzależnienia. Elementy terapii poznawczo-behawioralnej mają zastosowanie w medycynie np. leczeniu depresji, zaburzenia lękowego uogólnionego, fobii społecznej, zespołu lęku napadowego (z agorafobią i bez), zaburzenia stresowego pourazowego, stanowi uzupełnienie w leczeniu farmakologicznym schizofrenii (Butler i in., 2006; Hofmann i in., 2012)., jest skutecznym podejściem w leczeniu uzależnień (Beck i in. 2007) , w tym uzależnieniach behawioralnych takich jak hazard (Hodgins, Currie, el-Guebalay, 2001; Hodgins i in. 2004; Wulfert i in., 2006; Calbring i Smit, 2008; Oei, Raylu i Casey, 2010), kompulsyjne kupowanie (Donahue, Odlaug i Grant, 2011). Model poznawczo – behawioralny zakłada, że to nie zdarzenia budzą emocje, lecz

znaczenie, jakie człowiek nadaje określonej sytuacji. Interpretacje czy też znaczenia to myśli, które przychodzą człowiekowi do głowy w sposób mimowolny i automatyczny. A zatem jedno zdarzenie może nieść różne emocjonalne konsekwencje w zależności od interpretacji osób, które biorą w nim udział. W podejściu poznawczo-behawioralnym można wyróżnić trzy kluczowe zasady:

1. myśli to opinie a nie fakty

Oznacza to że myśli mogą być stronnicze inietrafne. Mogą być formułowane w sprzeczności z dostępnymi dowodami.

2. Aby zmienić samopoczucie warto zmienić swoje myślenie

To jak myślimy ma znaczący wpływ na to jak się czujemy. Stąd automatyczne myśli nazywane są w tym podejściu negatywnymi. Jeśli pomyślimy „Jestem beznadziejnie chory” mogą odczuwać rozpacz i lęk. Jeśli natomiast zmienię swoje nastawienie i pomyślę „Jestem w dobrym miejscu, lekarze mi pomogą, sam też postaram się sobie pomóc” mogą zacząć odczuwać nadzieję i energię. Zmiana sposobu myślenia o danej sytuacji okazuje się często skutecznym sposobem zmiany samopoczucia.

3. Samo zrozumienie, wgląd, nie wystarcza do zmiany, konieczne jest działanie.

Zrozumienie, świadomość i wgląd dotyczące problemu są ważne, ale same w sobie zazwyczaj nie powodują zmiany. Zmiana wymaga działania w prawdziwym świecie, gdzie sprawdzane są nowe informacje. W pracy lekarza warto więc zachęcać pacjenta do podejmowania prób zmiany swojego zachowania, tak by sprzyjało ono zdrowiu pacjenta

Negatywne automatyczne myśli są subiektywne i indywidualne. Każda osoba nadaje inne znaczenie tym samym wydarzeniom. Są więc różne dla różnych osób, choć ich temat może być wspólny dla osób z podobnym problemem. Ktoś, kto odebrał od szefa telefon w dzień wolny od pracy z poleceniem wykonania dodatkowego pilnego zadania, pomyśli: „Muszę to szybko zrobić, żeby szef był ze mnie zadowolony”, ktoś inny pomyśli tak: „Zrobię to, ale porozmawiam z nim w poniedziałek, żebyśmy na przyszłość unikali takich sytuacji”, jeszcze inna osoba pomyśli: „Mógłby sobie darować te telefony podczas weekendu, najgorzej jak się ma niekompetentnego szefa”. Pierwszej osobie może towarzyszyć niepokój i napięcie, drugiej spokój, a trzeciej złość. Łatwo też zidentyfikować w pierwszym przypadku osobę, której grozi większe ryzyko popadania w przesadne zaangażowanie w pracę, co może prowadzić do problemu jakim jest pracoholizm.

W modelu poznawczo-behawioralnym podkreślamy, że aby zrozumieć cierpienie ludzi, trzeba zrozumieć ich sposób myślenia – treści poznawcze, to znaczy ich własny sposób spostrzegania siebie, ludzi czy świata. To oznacza, że możemy zmniejszać cierpienie i podatność na ryzyko uzależnienia behawioralnego, pomagając ludziom zmieniać ich sposób myślenia.

Podejście poznawczo-behawioralne to „aktywne, dyrektywne, czasowo ograniczone ustruktrowane podejście (...) oparte na podstawowym założeniu, że afekt i zachowanie jednostki są w dużym stopniu zdeterminowane przez sposób interpretowania rzeczywistości” (Beck i in., 2007).

Ten specyficzny sposób interpretowania wyraża się w postaci tzw. automatycznych myśli, które bardzo często są bezpośrednio związane z emocjami. Jeśli są to przykre emocje, takiej osobie często towarzyszą negatywne automatyczne myśli. Te myśli nie są intencjonalne, jednak gdy osoba przeżywa silne emocje, to bez względu na stan faktyczny, te myśli wydają się bardziej realistyczne. Taką osobę trudno jest przekonać do zmiany.

Osoby narażone na ryzyko uzależnienia behawioralnego, bez względu na jego formę, często werbalizują automatyczne myśli, które przewidują przyjemność związaną z zachowaniem (np. „Zakupy online mnie relaksują”, „Zamówię sobie jakiegoś fast fooda i będzie miło”), oraz myśli, które przyzwalają na określone zachowanie (np. „Tyle się napracowałam, więc chyba należy mi się trochę przyjemności”, „Cały dzień się uczyłem, to teraz mogę sobie pograć”, „Zagram jeszcze tylko raz”, „Kupię ostatnią rzecz dzisiaj w necie”, „Jeszcze tylko raz obstawię zakład”). Takim myślom często towarzyszą inne automatyczne myśli, m.in. na własny temat, na przykład: „Liczę się tylko w internecie”, „Internet jest jedynym miejscem, w którym cieszę się szacunkiem innych osób”, na temat ludzi: „Ludzie spoza sieci traktują mnie źle”. Wysłuchiwanie tych myśli w naturalnych wypowiedziach pacjenta może nieść informację o tym, jak pacjent postrzega swoje zachowanie – jako coś, co „musi robić”, coś co daje mu „jedyną taką przyjemność”, ulgę czy też „sposób na odcięcie się”, coś co „nie jest takie szkodliwe, jak mówią inni”. Takie wypowiedzi mogą świadczyć o szczególnej funkcji określonego zachowania.

Oczywiście celem lekarza nie jest praca z pacjentem narzędziami terapeutycznymi, jednakże posiadanie wiedzy w tej dziedzinie pozwoli szybciej zidentyfikować w wypowiedziach pacjenta powtarzające się myśli, które mogą nieść ze sobą ryzyko uzależnienia

behawioralnego i jednocześnie być bezpośrednią przyczyną zgłaszanych przez pacjenta objawów.

Dla zilustrowania opisanych metod przywołajmy przykład z pracy dr Pilar Lusilli, która stosuje dialog motywujący w swojej praktyce lekarskiej.

Informacje o pacjencie. Joseph jest 31-letnim programistą. Jest jedynakiem i mieszka sam w mieszkaniu należącym do jego rodziców, którzy mieszkają w tym samym budynku. Od kilku lat ma partnerkę, która pochodzi z innego kraju europejskiego i pracuje jako stewardesa. Nie mieszkają razem i nie widują się zbyt często, średnio co dwa, trzy miesiące. Pacjent stawia się na konsultację, doprowadzony przez matkę, która martwi się, bo przynajmniej raz lub dwa razy w miesiącu Joseph traci nad sobą kontrolę, pije alkohol i zażywa kokainę oraz kompulsywnie uprawia ryzykowny seks. Trwa to dwa, trzy dni i skutkuje nieusprawiedliwioną nieobecnością w pracy, stąd Joseph kilkakrotnie już tracił pracę, ale dzięki urokowi osobistemu szybko znajdował inną. Epizody te powtarzają się od kilku lat i problemy narastają. W trakcie rozmowy ustalono, że jego kompulsywne zachowania seksualne następują zawsze po spożyciu dużej ilości alkoholu, ale pacjent nie chce się poddać terapii ukierunkowanej na abstynencję. Wolałby jedynie ograniczyć spożywanie alkoholu, dlatego myśli o rozpoczęciu leczenia farmakologicznego.

Oto zapis rozmowy wstępnej z pacjentem, którą przeprowadziła dr Pilar Lusilla. Przykład ten dobrze ilustruje istotny dla dialogu motywującego sposób prowadzenia konsultacji lekarskich, podczas których do ukierunkowania rozmowy z pacjentem zastosowano wszystkie „wiosła”.

Rozmowa wstępna z pacjentem

Lekarz: Dzień dobry, Josephie, nazywam się Pilar Lusilla i jestem lekarzem psychiatrą. Powiedz, proszę, jakie masz doświadczenia z tego rodzaju wizytami? *(Pytanie zachęcające pacjenta do zaangażowania się w rozmowę.)*

Joseph: Dzień dobry, żadne, jestem tutaj, ponieważ moja matka nalegała, żebym przyszedł.

Lekarz: Dziękuję, że mimo wszystko przyszedłeś. Powiedz, proszę, dlaczego twoja mama uważa, że powinieneś tu przyjść? *(Docenienie, że pacjent przyszedł, jeszcze bardziej zachęca pacjenta do rozmowy. Poznanie sposobu myślenia pacjenta o sytuacji).*

Joseph: Ona zawsze powtarza, że za dużo piję, prawda jest taka, że nie jest z tym aż tak źle, ale nalegała, że powinienem się spotkać z psychiatrą.

Lekarz: Twoja mama martwi się o ciebie. *(Próba doprecyzowanie i zrozumienia sytuacji).*

Joseph: Tak, ona się wszystkim przejmuje i jest bardzo kontrolująca.

Lekarz: Sądzisz, że przesadza, a jednak zgodziłeś się przyjść na konsultację. *(Wyrażenie zrozumienia dla sposobu myślenia pacjenta).*

Joseph: Tak, ale nie w tym rzecz, poniekąd ona ma rację, ale jak ją znam, to gdybym dziś nie przyszedł, ona przez cały tydzień suszyłaby mi głowę, narzekała.

Lekarz: Sądzisz, że może trochę ma rację, i nie chcesz, żeby na ciebie narzekała. *(Wyrażenie zrozumienia dla sposobu myślenia pacjenta).*

Joseph: Oczywiście, nie chcę dodawać zmartwień rodzicom, przecież mam tylko ich.

Lekarz: Twoi rodzice są dla ciebie bardzo ważni, nie chcesz ich martwić

Joseph: Nie, oczywiście, że nie. Chodzi o to, że dużo pracuję i w weekendy lubię gdzieś wyskoczyć z przyjaciółmi, trochę się zabawić. No i wtedy zdarza się ten przygodny seks, nie mogę się powstrzymać. W weekendy... To nie jest znów tak często...

Lekarz: W czasie weekendu tracisz nad sobą kontrolę. *(pokazanie związku pomiędzy przekonaniem pacjenta że nie może się powstrzymać a jego zachowaniem).*

Joseph: Tak, przed seksem muszę się zawsze napić, ale tylko trochę, tak jak moi przyjaciele, żeby się zrelaksować i dobrze bawić, czasem jednak nieco przesadzam.

Lekarz: Czasem nieco przesadzasz. *(Ukierunkowanie toku rozmowy na zachowania ryzykowne).*

Joseph: Tak, prawdę mówiąc, po jednym drinku jest następny i następny, a potem w zależności od tego, czy jestem już na haju, czy nie, wciągam jedną albo dwie kreski kokainy, wie pani, żeby jeszcze lepiej się poczuć... A potem to już nie wiem, co robię, i nie mogę przestać.

Lekarz: Zauważasz, że czasem jest bardzo trudno przestać, kiedy już zaczniesz zażywać. *(Zwrócenie uwagi na konsekwencje zachowania pacjenta).*

Joseph: Tak, zażywam na przemian kokainę i alkohol, i tak przez całą noc... I...wtedy cały czas uprawiam seks... bez zabezpieczenia.

Lekarz: Czasem sprawy wymykają się spod kontroli i to cię martwi. *(dalsze ukierunkowywanie rozmowy na konsekwencje zachowań pacjenta)*.

Joseph: Wiem, że to ryzykowne, ale zrobiłem badanie krwi i wyniki były dobre.

Lekarz: Cieszę się, że wyniki były dobre, zdrowie jest także dla ciebie ważne. *(Dowartościowanie pacjenta)*.

Joseph: Tak, oczywiście, nie chcę mieć dodatkowych kłopotów.

Lekarz: Josephie, już jakiś czas rozmawiamy, pozwól więc, że podsumuję twoją sytuację i sprawdzę, czy dobrze cię zrozumiałam.

Joseph: Ok.

Lekarz: Przyszedłeś właściwie dlatego, że twoja matka martwi się o ciebie. Czujesz, że może mieć rację, bo zdarza ci się pić alkohol i zażywać kokainę. W konsekwencji sypiasz z przygodnymi partnerkami. Tracisz nad sobą kontrolę i stwarzasz ryzyko dla swojego zdrowia. Co o tym myślisz? *(Wywoływanie informacji na temat powodów do wprowadzenia potencjalnych zmian)*.

Joseph: Tak to o czym pani mówi pomaga mi zrozumieć błędne koło w jakie ciągle wpadam i jak toksycznie wpływa to na moje zdrowie. Coraz wyraźniej widzę, że nie jest to fajne

Przytoczony fragment rozmowy prezentuje prowadzenie konsultacji lekarskiej w oparciu o opisane procesy oraz podkreślanie związku myślenia pacjenta z jego zachowaniem

2. Style komunikacji i umiejętności pomocne w pracy lekarza z osobą uzależnioną behawioralnie

Rozmowa pacjent–lekarz odbywa się w różnych warunkach i okolicznościach. Determinują one często styl rozmowy, który spełniając wymogi formalne, pozwala na sprawne zaspokojenie potrzeb pacjenta. W rozdziale tym opiszemy różne style komunikacji pomocne w pracy lekarza, uzupełniając teorię przykładami, przedstawimy także mikroumiejętności dialogu motywującego. Ponadto przekażemy podstawowe informacje dotyczące terapii poznawczo-behawioralnej, które pozwolą lekarzowi na szybkie rozpoznanie w trakcie rozmowy tych wypowiedzi i zachowań pacjentów, które mogą pomóc w dostrzeżeniu ryzyka uzależnienia behawioralnego i wskazać trudności, z jakimi zмага się pacjent. Te trudności nierzadko są bezpośrednią przyczyną objawów, z którymi pacjent się zgłasza.

Style komunikacji z pacjentem

W pracy lekarza stosujemy różne style komunikacji, które wzajemnie się uzupełniają i wzbogacają kontakt z pacjentem. Wyróżniamy styl kierowania, podążania, i prowadzenia (Rollnick i in., 2010).

Styl kierowania – to styl, kiedy lekarz jest ekspertem, dzieli się posiadaną specjalistyczną wiedzą i umiejętnościami, które mogą pomóc pacjentowi w zdrowieniu. W stosowaniu tego stylu celem jest udzielanie informacji, omawianie zaleceń lekarskich i poradnictwo. Relacja między pacjentem a lekarzem nie jest równa. Pacjent ma się stosować do zaleceń. To styl bliski stylowi, który lekarze często stosują. W stylu kierowania pacjent jest odbiorcą, który powinien korzystać z przekazanych informacji i zaleceń. Nie zawsze jest tu brana pod uwagę gotowość pacjenta do skorzystania z porad lekarza, trudno jest też określić, na ile realnie pacjent szacuje swoje możliwości stosowania się do zaleceń. Celem ilustracji tego stylu będzie doprecyzowanie, kiedy przysłuży się on przebiegowi rozmowy z korzyścią dla pacjenta, a kiedy warto z niego zrezygnować.

Styl podążania – to styl wyrażający się w postawie pełnej skupienia na wypowiedzi pacjenta. Jego celem jest próba jak najlepszego zrozumienia pacjenta i jego myślenia o danej

sytuacji, to wyraz chęci dobrego zrozumienia objawów, które pacjent zgłasza, poznania jego historii i pozyskania wiedzy o jego sposobie życia. Pracując w stylu podążania nie mówimy pacjentowi, że powinien się zmienić albo że wymaga leczenia. Stosowanie tego stylu jest pomocne w poznawaniu pacjenta, towarzyszeniu mu w chorobie czy też niepowodzeniach w procesie leczenia. Styl ten może chwilami być postrzegany jako bardziej wpisujący się w inny zawód – psychologa lub psychoterapeuty. Może być też postrzegany jako wymagający znacznie więcej czasu, którego lekarze nie mają za dużo. To prawda, pacjenci mogą reagować nadmiernym zbaczaniem z kwestii zasadniczych, na które powinien być przeznaczony czas rozmowy lekarza i pacjenta.

Styl prowadzenia – to styl, w którym staramy się wejść w rolę przewodnika. Lekarz dzieli się wiedzą, wyraża opinię, ale jednocześnie daje pacjentowi możliwość samodzielnego podejmowania decyzji. Pacjent może z nim skonsultować własne pomysły na zmianę i otrzymać informację zwrotną na temat pomysłu wedle aktualnej wiedzy lekarza i jego doświadczenia. W tym stylu często buduje się relacja oparta na zaufaniu, a pacjent czuje się zachęcony do wprowadzania zmiany. Styl prowadzenia pozwala lekarzowi na bycie przewodnikiem, który ma dobrze rozpoznany teren, na którym pracuje, i wie, jakie są obowiązkowe punkty wspólnej podróży. Prowadzi jednak pacjenta w zgodzie z jego możliwościami oraz buduje jego zaangażowanie. Styl ten przekłada się na współpracę w relacji pacjent–lekarz, która daje możliwość przejęcia przez pacjenta odpowiedzialności za przebieg leczenia i poczucie wpływu na planowanie związanych z tym działań. „DM stanowi udoskonaloną formę tego stylu” (Rollnick i in, 2010, s. 40).

W każdym z opisanych stylów używamy pytań, informujemy i słuchamy. Jednak w każdym z nich te umiejętności mogą mieć inny charakter.

Zadawanie pytań. W stylu kierowania będą to bardzo konkretne pytania, nastawione na uzyskanie szczególnych informacji, na przykład: „Ile godzin w ciągu dnia spędza pan przy komputerze?”. Styl podążania zachęca rozmówcę do przedstawienia jego perspektywy, na przykład: „Co może pan opowiedzieć o swoim zwykłym dniu w pracy?”. Styl prowadzenia będzie zmierzał do dania pacjentowi swobody w przedstawianiu jego poglądu, ale będzie go dodatkowo ukierunkowywał na wydobywanie informacji pomocnych w budowaniu motywacji, na przykład: „Co pomogłoby panu ograniczyć czas spędzany przed komputerem w ciągu dnia?”. Podobną różnicę można zauważyć w informowaniu.

Informowanie. Styl kierowania będzie się skupiał na przekazaniu zaleceń, na przykład: „W pana sytuacji zdrowotnej nie powinien pan przebywać w pozycji siedzącej dłużej niż cztery, pięć godzin dziennie. Styl podążania opiera na informacjach, które wnosi pacjent, na przykład: „To rzeczywiście trudne, ograniczać czas siedzenia przy komputerze, jeśli ma się na głowie całą firmę”. Styl prowadzenia skupia się na przekazaniu informacji i sprawdzeniu, w jaki sposób mogą one pomóc pacjentowi, na przykład: „Pana problemy z kręgosłupem mogą się nasilić i z czasem konieczna będzie operacja, co pan o tym myśli?”

Słuchanie. Inaczej w poszczególnych stylach będą wyglądały również wypowiedzi, które mają dać pacjentowi poczucie, że jest słuchany przez lekarza. W stylu kierowania nie będziemy się starali zachęcać pacjenta do rozbudowywania wypowiedzi, na przykład: „Powinien mieć pan świadomość, jakie konsekwencje niesie uprawianie seksu bez zabezpieczenia z przygodnymi partnerkami”. W stylu podążania staramy się być blisko wypowiedzi pacjenta i dawać wyraz swojemu zainteresowaniu, na przykład: „Musiał się pan niepokoić, oczekując na wyniki badań”. Styl prowadzenia będzie wyrazem dostrzegania perspektywy pacjenta i próbą ukierunkowania go na dążenie do zmiany, na przykład: „Niepokoił się pan, oczekując na wyniki testu na HIV, a jednak zdecydował się pan go zrobić”.

„Podczas jednej wizyty pacjenta styl komunikacji może się zmieniać kilkakrotnie. To jeden z wyznaczników dobrej praktyki lekarskiej” (Rollnick i in, 2010, s. 51).

Porównajmy przykłady.

Wypowiedź pacjentki z wyraźnymi oznakami przepracowania, która zgłasza brak satysfakcji z pracy, oraz konsekwencje w postaci uczucia chronicznego zmęczenia, obniżenia nastroju: „Doktorze, ta praca to moje życie, muszę wykonywać swoje obowiązki”. Myśl pacjentki nacechowana jest przymusem dalszego działania w ten sam sposób. Może to być sygnał, że pacjentka niezależnie od zgłaszanych dolegliwości nie zamierza zmieniać swojego zachowania. Lekarz może dokładnie określić konsekwencje tego zachowania, opierając się na wynikach przeprowadzonych badań oraz opisie objawów fizjologicznych. Warto w takiej sytuacji skupić się na stylu prowadzenia i podzielić się zauważalnymi skutkami nadmiernego zaangażowania w pracę, ale też zachęcić pacjentkę do refleksji, jak może wpłynąć na jej życie kontynuowanie takiego zachowania. Może to być ważny impuls dla pacjentki do zastanowienia się nad zmianą lub poszukaniem dla siebie innej formy pomocy.

Inaczej będziemy pracować z pacjentką, która zgłasza podobne objawy, ale mówi: „Panie doktorze, wiem, że muszę uważać, ten sezon mnie wykończył, teraz trochę odpocznę”. W takiej sytuacji możemy skorzystać ze stylu kierowania i zachęcić pacjentkę, aby znalazła czas potrzebny na regenerację sił, i zalecić jej powtórzenie za jakiś czas podstawowych badań.

Pacjentka z pierwszego przykładu tkwi w błędnym kole, w którym chce zapobiec jakiegóż przewidywanej przez siebie „katastrofie”, do której może dojść, jeśli nie będzie pracowała ponad siły. Tym samym udowadnia sobie, że jedynym sposobem na uchronienie się przed przewidywaną katastrofą jest jej ciężka praca.

Oto przykłady pacjentów przejawiających szkodliwe zachowania związane z modelowaniem ciała.

Pacjent lat 47, po skręceniu kostki w czasie biegania, zamiast czekać na wyleczenie kontuzji, postanawia wrócić do treningów na siłowni. W trakcie wizyty pacjent mówi: „Panie doktorze, muszę wrócić do aktywności, bo wszystko mnie denerwuje, nie jestem w stanie skupić się na pracy”. Pacjent sygnalizuje, że ważną rolę w jego życiu odgrywa sport. Prawdopodobnie w dużym stopniu pomagał mu w codziennej regulacji emocji, a teraz, pozbawiony takiej możliwości, pacjent nie znalazł niczego w zamian. Zastosowanie stylu prowadzenia może wspierać go w poszukiwaniu alternatywnych form aktywności, które jednocześnie pozwoliłyby mu leczyć skręconą kostkę. Zastosowanie stylu kierowania i podanie zaleceń dotyczących dalszego ograniczania aktywności fizycznej mogłyby zostać przez pacjenta odebrane jako niezrozumienie jego sytuacji i, paradoksalnie, wzmocnić chęć powrotu do treningów, bez względu na dokuczliwą kontuzję.

Drugim przykładem pacjenta przejawiającego szkodliwe zachowania związane z modelowaniem ciała jest pacjentka z tanoreksją*. Pacjentka lat 19 zgłosiła się do lekarza z oparzeniami skóry na plecach po opalaniu się w solarium. W wywiadzie rodzinnym opowiada o bliskiej osobie chorej na raka (czerniak skóry). W wypowiedzi zaznacza: „Nie chce mieć widocznych śladów na skórze, wygląd jest wszystkim w dzisiejszych czasach”. Reakcja lekarza w stylu kierowania i podanie faktów związanych z ryzykiem zachowania pacjentki byłaby jak najbardziej uzasadniona. Jednocześnie wypowiedź w stylu prowadzenia mogłaby dać wyraz akceptacji myślenia pacjentki, że „wygląd jest wszystkim w dzisiejszych

* Tanoreksja jest to celowe, okresowe opalanie się światłem słonecznym albo korzystanie z solariów (za: Grzegorzewska, Cierpiałkowska, 2018, s. 261).

czasach” oraz wesprzeć wypracowanie innego rozwiązania – bezpieczniejszego korzystania z opalania na słońcu.

Uwzględnienie specyfiki myślenia pacjenta może być kluczem do precyzyjnego doboru stylu komunikacji z nim. „Precyzyjny dobór słów, język ciała, milczenie w odpowiednich momentach oraz ogólna atmosfera wizyty lekarskiej potrafią zdziałać naprawdę wiele” (Rollnick i in, 2010, s. 53).

Umiejętności w terapii poznawczo-behawioralnej

Stosując określony styl komunikacji warto brać pod uwagę typowe zniekształcenia poznawcze, które mogą wkraść się w wypowiedzi pacjenta.

W pracy z pacjentami warto zwrócić uwagę na rozpoznawanie tzw. zniekształceń poznawczych. Są to często nam towarzyszące wzorce myślenia, które wpływają na spostrzeganie otaczającej nas rzeczywistości w krzywym zwierciadle. W ujęciu poznawczo-behawioralnym podkreśla się jak przykre emocje często wiążą się z tendencyjnością i zniekształceniami w myśleniu. Spójrzmy na przykłady niektórych z tych zniekształceń poznawczych (Leahy, 2008):

Myślenie w kategoriach wszystko albo nic to często towarzyszące nam myślenie w kategoriach czarno-białych, zerojedynekowych. W tego typu myśleniu często używamy słów typu “zawsze”, “wszystko”, “nigdy” np. „Nigdy nie będę zdrowy”. Automatyczne myśli o tej treści często powodują nasilenie towarzyszących im emocji. Przeżywane silne emocje mogą prowadzić do podejmowania zachowań typu np. unikanie kolejnych wizyt lekarskich, mniejsze zaangażowanie w leczenie. Jeśli pacjent upiera się w myśleniu czarno-białym nie warto stosować stylu kierowania. Warto przez chwilę skupić się na stylu podążania

Innym przykładem może być nadmierne uogólnianie, kiedy dostrzegamy ogólny negatywny wzorzec w pojedynczym zdarzeniu np. „kolejna wizyta i zapowiedź dalszych badań, to leczenie to tylko męczenie mnie jako pacjenta”. Podobnie, jak w poprzednim przykładzie tego typu myślenie może obniżać nam nastrój i skłaniać do szukania ulgi w zachowaniach niosących ze sobą ryzyko uzależnienia behawioralnego.

Uzasadnienie (rozumowanie) emocjonalne to zniekształcenie poznawcze w którym wyraźnie uczucia rządzą naszą interpretacją rzeczywistości np. „mam depresję, nic dobrego mnie już w życiu nie spotka”

Psychoedukacja i pomoc w zakresie rozpoznawania zniekształceń poznawczych jest szansą na wzmocnienie myślenia sprzyjającego równowadze psychicznej, które może zapobiegać angażowaniu się w zachowania uzależniające. Zastosowanie stylu prowadzenia dobrze wpisuje się w tego typu interwencje.

Umiejętności w dialogu motywującym

Skuteczność pracy lekarza opiera się m.in. na jego wiedzy dotyczącej procesów motywacyjnych i umiejętności wykorzystania psychologicznych mechanizmów służących rozwojowi i wzmocnieniu motywacji pacjenta do leczenia. Dialog motywujący pomaga inspirować pacjenta, by nabywał zachowań prozdrowotnych oraz aktywnie i w sposób odpowiedzialny włączał się w proces leczenia. Przełamuje to dotychczasowe nawyki traktowania lekarza jako tego, który wie najlepiej.

Do najbardziej podstawowych i najczęściej stosowanych metod pracy należą tzw. wiosła. Jest to polskie tłumaczenie angielskiego akronimu OARS: pytania otwarte (*open questions*), dowartościowania (*affirmations*), odzwierciedlenia (*reflections*) i podsumowania (*summaries*).

Badania wskazują, że 53 procent pacjentów z przewlekłą chorobą opuszcza gabinet, nie ujawniając swoich głównych obaw związanych z chorobą (Panes i in., 2014). Okazuje się, że stosowanie wiosła ułatwia rozmowę między lekarzem a pacjentem – swobodne wyrażanie przez pacjenta myśli i obaw sprawia, że pacjent postrzega, iż lekarz jest nim zainteresowany i rozumie jego punkt widzenia. Omówimy pokrótce każde z wiosła.

Jedną z najbardziej podstawowych umiejętności lekarza i innych specjalistów systemu opieki zdrowotnej jest zadawanie pytań. Pytania stosowane w DM, poza uzyskaniem istotnych informacji, mają też wyrażać zainteresowanie sytuacją pacjenta i stworzyć okazję do jego poznania. Pozwalają ustalić, jakie pacjent ma problemy, jaki jest poziom jego motywacji, jakie ma plany dotyczące wprowadzenia zmiany i co zrobił w tym kierunku. Pacjentowi mają dać możliwość przyjrzenia się swojej sytuacji. Ważne, aby pytania były proste i zrozumiałe i by nie zawierały elementów oceny bądź krytyki. Nie wszyscy lekarze radzą sobie z tą umiejętnością skutecznie. Niektórzy stosują pytania, które bardzo szybko wywołują u pacjenta

odruch obronny, na przykład: „Dlaczego nie chce pan...?“, „Dlaczego nie może pani...?“, „Dlaczego nie ma pani jeszcze...?“, „Dlaczego ma pan zawsze...?“, „Dlaczego nie pójdzie pan...?“. Chcąc udzielić pomocy zgodnie z duchem DM, tak sformułowanych pytań powinno się unikać.

Na ogół niezbyt pomocne są również pytania zamykające. Wprawdzie służą one lekarzowi do zebrania niezbędnych informacji, bez szczegółów i subiektywnego spojrzenia osoby pytanej, ale często dotyczą wyłącznie tego, co lekarz uznaje za ważne, potwierdzając jego hipotezy i ograniczając wypowiedź osoby pytanej do tego, co chce usłyszeć pytający. Często też prowokują krótkie odpowiedzi w rodzaju: „tak” lub „nie”. Pytania zamykające są jak lekko uchylone drzwi. Nie zapraszają do dalszej rozmowy. Czasami są niezbędne, ale w dialogu motywującym ograniczamy je do minimum. Pamiętajmy też, że należy unikać zadawania zbyt wielu pytań jednego po drugim, gdyż to odwraca uwagę pacjenta od jego własnej refleksji i aktywności. Podczas takiego przepytывania pacjent staje się pasywnym odpowiedzaczem. Najważniejsze jest stosowanie takich pytań, które mają efekt otwierający.

Pytania otwarte – to pytania, na które nie można udzielić odpowiedzi „tak” lub „nie”, bądź używając tylko kilku słów. Mają one za zadanie zachęcić pacjenta do otwartego wypowiedzenia się. Umożliwiają zbieranie użytecznych i ważnych informacji oraz danych, które pomogą lekarzowi poznać pogląd pacjenta na temat, który jest przedmiotem rozmowy. Pomagają w jego zrozumieniu. Osobie pytanej dają szansę na wsłuchanie się w siebie, lekarzowi – na usłyszenie, wychwycenie i wydobywanie istotnych wypowiedzi świadczących o zmianie (język zmiany).

Zwykle bardziej otwierające są pytania: „co...?“, „jak...?” niż „dlaczego...?”, na przykład: „Co sprawiło, że przyszła pani dzisiaj?”, „Jak sobie pani wcześniej radziła z tymi problemami?”, „Jak przemęczenie po nocy spędzonej przy komputerze wpływa na pani życie?”, „Jakie powody skłoniły panią do przyjmowania leków?”, „Jakie ma pan obawy związane z przyjmowaniem leków?”, „Co pana zdaniem nie działa tak jak powinno?”.

Tak sformułowane pytania mogą pomóc otworzyć pacjenta nie tylko na to, by przyjrzał się swojej sytuacji, ale również na wprowadzenie zmian, na przykład: „W jaki sposób chciałaby pani zadbać o zdrowie po zakończeniu leczenia?”, „W jaki sposób mogłaby pani zadbać o swoje zdrowie?”, „Co w tym momencie byłoby dla pani najbardziej pomocne?”. Stawianie pytań w życzliwej atmosferze skłania pacjenta do bardziej rozbudowanej wypowiedzi o

własnym dylemacie. Takie pytania zwiększają zaangażowanie pacjenta podczas rozmowy z lekarzem.

Przykłady pytań otwierających, kierowanych do pacjenta, który nadużywa internetu i gier komputerowych

Jak gry komputerowe wpływają na twoje życie?

Co lubisz w grach komputerowych?

Jakie widzisz ujemne strony tego, że grasz?

Jakie są najważniejsze powody, dla których chciałbyś przestać grać?

Co ci pomogło w przeszłości nie grać przez miesiąc?

Wielu lekarzy odczuwa niepokój na myśl o tak sformułowanych pytaniach. Jak to robić, kiedy czasu na wizytę jest bardzo niewiele? Pacjent się rozgada, a potem nie wiadomo, jak mu przerwać? Choć może się to wydać zaskakujące, zadawanie pytań otwartych często przynosi więcej informacji w krótszym czasie (Levinson, Pizzo, 2011).

Odzwierciedlenia (lub słuchanie odzwierciedlające) mają potrójne działanie: pacjent automatycznie czuje, że został wysłuchany; klinicysta sprawdza, czy dobrze zrozumiał, co pacjent powiedział; to, że pacjent słucha własnych słów wypowiedzianych przez lekarza, prowadzi go do głębszej refleksji. Odzwierciedlenie pozwala na komunikację bez dokonywania ocen, ponieważ lekarz tylko powtarza słowa pacjenta. Nie jest to pytanie, a użyty ton jest z założenia neutralny. Odzwierciedlenie to stwierdzenie, które ma oddawać sens wypowiedzi rozmówcy.

Po uzyskaniu odpowiedzi na pytanie otwierające warto odzwierciedlić to, co usłyszeliśmy od pacjenta. W ten sposób pogłębiany temat rozmowy i pokazujemy, że słuchamy z uwagą tego, co pacjent ma nam do powiedzenia (Miller, Rollnick, 2014). To dominująca metoda pracy w dialogu motywującym, gdzie zadaniem profesjonalisty jest sformułowanie uzasadnionego pomysłu co do znaczenia wcześniejszej wypowiedzi pacjenta (Jaraczewska, 2008). Wymaga to uważnego słuchania i formułowania naszego rozumienia tego, co usłyszeliśmy. Nie chodzi bowiem o to, by odzwierciedlać wszystko, co słyszymy, lecz robić to selektywnie, uwypuklić zagadnienia związane z motywacją. Odzwierciedlenia komunikują uważność, zainteresowanie i szacunek słuchającego do osoby mówiącej. Ugruntowują wypowiedziane myśli. Zachęcają do rozwijania i uszczegółowiania wątków. (Więcej o odzwierciedleniach w rozdziale 4).

Dowartościowania – to kolejny sposób budowania dobrej relacji i wzmacniania otwartej analizy problemów. Wspierając pacjenta i budując jego poczucie własnej wartości, zwiększamy jego samoskuteczność i szansę na wprowadzenie zmian. Dowartościowania to sformułowania typu: „Dostrzegasz, jak ważne jest dbanie o zdrowie”, „Umiesz refleksyjnie przyjrzeć się swojemu zachowaniu”, ale również staramy się dostrzec wysiłki pacjenta w podejmowaniu prób zmiany, na przykład: „Wcześniej byłeś przekonany, że media społecznościowe to jedyna możliwa forma kontaktu z rówieśnikami, teraz coraz częściej inaczej o tym myślisz”.

Podsumowania – to strategia służąca porządkowaniu treści, które pojawiły się w wywiadzie i są przekazywane pacjentowi z szacunkiem do niego i w sposób informujący. Jest to swoiste rozwinięcie odzwierciedleń, w których zbierane są wypowiedzi pacjenta z całej rozmowy. Warto zawrzeć w nich te informacje, które chcemy, żeby pacjent usłyszał jeszcze raz i żeby zapamiętał. Informacje do podsumowania dobiera się bardzo precyzyjnie. Łączy się pozytywne i negatywne aspekty ambiwalencji, włącza inne dostępne informacje (np. wyniki badań, opinie innych osób/specjalistów). Lekarz koncentruje się na sygnałach motywacji pacjenta, podkreślając te jego wypowiedzi, które świadczą o zobowiązaniu do zmiany. Oznacza to, że zbiera się wypowiedzi dotyczące pragnienia zmiany, zdolności do zmiany, powodów oraz potrzeb zgłaszanych przez pacjenta. Podsumowania powinny być krótkie i częste, stosowane nie tylko na zakończenie spotkania, lecz także w jego trakcie. Wzmacniają one to, co powiedział pacjent, porządkują wypowiedziane treści, pokazują pacjentowi, że był uważnie słuchany. Mogą stanowić dla niego okazję, by coś poprawić lub zmienić. Dobre podsumowanie powinno raz jeszcze przedstawić pacjentowi wszystkie za i przeciw, omówione podczas rozmowy. Podsumowanie pozwala, w razie potrzeby, na przekierowanie tematu rozmowy na inne sprawy służące jego zdrowiu.

Ilustracją wymienionych procesów i zastosowania ducha dialogu motywującego niech będzie przykład konsultacji medycznej w ramach brytyjskiego systemu opieki zdrowotnej, którą opisała Melanie Seddon, specjalistka DM z Wielkiej Brytanii. Transkrypt jest zapisem drugiej konsultacji u lekarza ogólnego pacjenta – czterdziestoletniego rozwiedzionego mężczyzny, który mieszka sam i od trzech tygodni przebywa na zwolnieniu lekarskim z powodu silnego bólu ramienia. Podczas pierwszej wizyty lekarz zalecił mu powstrzymanie się od pracy przez dwa tygodnie i przepisał leki mające obniżyć odczuwanie bólu. Zalecił też ćwiczenia, które powinny zwiększyć mobilności pacjenta. Podczas pierwszej konsultacji

pacjent wspominał o uczuciu samotności i izolacji, niezdrowej diecie i braku ćwiczeń fizycznych. Opisując swój typowy dzień, mówił o spędzaniu czasu na graniu w gry komputerowe. Większość czasu poza pracą spędzał przy komputerze, zachowanie to nasiliło się podczas przebywania na zwolnieniu. Ten wzorzec zachowania został uznany przez lekarza za problematyczny, niestety, nie przez pacjenta.

Zobaczymy, jak lekarz zachęca pacjenta do zaangażowania się w proces leczenia, ale również zwraca uwagę na sposób myślenia pacjenta o swojej sytuacji (w komentarzach do rozmowy odwołujemy się do umiejętności DM, które zostaną szczegółowo opisane w następnych rozdziałach (rozdział 2 – „wiosła”: odzwierciedlenia, pytania otwarte, dowartościowania, podsumowania; rozdział 3 – strategia udzielania informacji: ~~Wydobywanie–Dostarczenie–Wydobywanie~~, znana także jako Zapytaj–Powiedz–Zapytaj; język zmiany; pytanie o zgodę; rozdział 4 – język podtrzymania).

Lekarz: Dzień dobry, panie Jones. Proszę wejść i usiąść. Jak pana ramię?

Lekarz zadaje otwarte pytanie skłaniające pacjenta do udzielenia odpowiedzi i zaangażowania się w konsultację.

Pacjent: Cały czas boli, panie doktorze. Mogę nim nieco poruszać, a leki uśmierzają ból, więc sypiam trochę lepiej.

Lekarz: To znaczy, że jest poprawa, jeśli chodzi o możliwość poruszania ramieniem, a leki obniżają odczuwanie bólu, więc zaczął pan lepiej sypiać.

Wsluchanie się w tok myślenia pacjenta o swojej sytuacji (pacjent stosuje zniekształcenie poznawcze w postaci uogólniania) i odzwierciedlenie w celu weryfikacji i zachęcenia pacjenta do rozwinięcia tematu.

Pacjent: Tak, jestem w stanie nieco więcej ruszać ramieniem, ale tylko pod warunkiem, że raz na jakiś czas uda mi się odpocząć.

Lekarz: Starał się pan zwiększyć mobilność, tak jak rozmawialiśmy o tym ostatnio, i widać poprawę. Jeśli się pan zgodzi, chciałbym, żebyśmy poświęcili nieco czasu na rozmowę o pana pracy i o powrocie do niej.

Lekarz dostrzega czarno-białe myślenie pacjenta i w odpowiedzi na nie stosuje odzwierciedlenia i stawia pytania otwarte w celu uzyskania zgody na skupienie się na konkretnej sprawie.

Pacjent: Nie sędę, abym był gotów do powrotu do pracy, panie doktorze. W pracy muszę sporo podnosić i przenosić różne przedmioty. Powiniennem jak najszybciej wrócić do pracy, bo potrzebuję pieniędzy, ale nie sędę, żebym był w stanie to zrobić, martwię się, że mogę pogorszyć swój stan. Dobrze byłoby zobaczyć kolegów, stęskniłem się za nimi.

W wypowiedzi można zauważyć, jak pacjent analizuje swoją ambiwalencję, używając zarówno języka podtrzymania, jak i języka zmiany.

Lekarz: Wydaje się, że ważne jest dla pana, aby jak najszybciej wrócić do pracy, ale nie jest pan przekonany, czy da sobie radę, nie czuje się pan pewnie. Czy może mi pan powiedzieć, jakie zadania w pracy mógłby pan wykonywać?

Lekarz wyraża empatię, odzwierciedlając ambiwalencję odczuwaną przez pacjenta i używając wypowiedzi pacjenta odnoszących się do gotowości do dokonania zmiany, a więc poczucia pewności siebie oraz dużego znaczenia powrotu do pracy.

Zastosowane procesy to: wywoływanie, angażowanie oraz ukierunkowywanie z zastosowaniem otwartego pytania, odwołującego się do wiedzy i opinii pacjenta.

Pacjent: Pewnie mógłbym pracować za ladą, odbierać telefony i zająć się papierkową robotą. Mógłbym przez krótki czas używać komputera, pewnie robiłbym to wszystko powoli, ale myślę, że dałbym radę. Ale nie sędę, żebym wytrzymał tam cały dzień. Zazwyczaj mam w tygodniu trzy dwunastogodzinne zmiany.

Lekarz: A zatem zidentyfikował pan zadania, które mógłby pan wykonywać, ale obawia się pan też, że dwunastogodzinne zmiany to zbyt duże obciążenie. Czy może mi pan opowiedzieć o innych zadaniach w swojej pracy, które byłoby panu trudno wykonywać?

Odzwierciedlenie w celu dokonania klaryfikacji oraz pytanie otwarte w celu zachęcania pacjenta do rozwinięcia tematu, co pozwoli lekarzowi lepiej zrozumieć zadania pacjenta związane z pracą oraz jego obawy.

Pacjent: Jak już powiedziałem, mógłbym wykonywać prace biurowe, ale problemem są te zadania, gdzie trzeba coś dostarczyć albo wysłać pocztą. Niektóre przedmioty są duże, inne są małe, ale ciężkie, wie pan, części do maszyn. Muszę je układać na półkach w sklepie, zanosić do różnych działów, załadowywać i rozładowywać wózek, pchać go i ciągnąć, to byłoby trudne.

Lekarz: Dziękuję za te wyjaśnienia, teraz mam pełniejszy obraz pracy, którą pan wykonuje, i wygląda na to, że udało się panu zidentyfikować te czynności, które mógłby pan wykonywać, i takie, co do których ma pan obawy. Czy może mi pan powiedzieć, jakie zalecenia, dotyczące czasowych modyfikacji wykonywanych przez pana czynności mógłbym przekazać pańskiemu pracodawcy? Być może takie zaświadczenie pozwoliłyby panu wrócić do pracy?

Współpraca. Odzwierciedlenie w celu dokonania klaryfikacji i dowartościowania. Otwarte pytanie jako pierwszy element strategii Wydobywanie–Dostarczenie–Wydobywanie, znanej też jako Zapytaj–Powiedz–Zapytaj (ask-tell-ask).

Pacjent: Niewiele wiem na ten temat, zauważyłem, że na liście zaleceń, którą mi pan ostatnio dał, było coś o zmniejszeniu wymiaru obowiązków i godzin pracy, ale nic więcej nie wiem.

Lekarz: Czy chciałby pan, żebym ja to wyjaśnił?

Pytanie o zgodę.

Pacjent: Tak, proszę.

Lekarz: Mogę więc wydać panu zaświadczenie dla pana przełożonego, informujące, na jakich zasadach mógłby pan wrócić do pracy. Oznacza to, że spotkałby się pan z przełożonym, żeby przedyskutować z nim to, co napiszę. Jeśli on się zgodzi na takie zmiany, będzie pan mógł wrócić do pracy, jeśli nie, to zaświadczenie posłuży jako podstawa do przedłużenia zwolnienia. Co pan o tym myśli?

Dostarczanie informacji oraz wydobywanie poziomu ich zrozumienia przez pacjenta.

Pacjent: Sądzę, że warto spróbować, wiem, że mają w pracy problemy ze znalezieniem ludzi. Co pan napisze w tym zaświadczeniu? Jak długo będzie ono obowiązywać?

Lekarz: Zaświadczenie będzie obejmowało okres czterech tygodni, licząc od dzisiaj. Będę zalecał, aby na początku pracował pan krócej, początkowo sześć godzin dziennie, a potem każdego tygodnia o dwie godziny więcej. Napiszę też, że powinien pan przez cztery tygodnie unikać dźwigania ciężkich przedmiotów oraz żeby wziął pan udział w treningu bezpiecznego podnoszenia ciężarów. Co pan o tym sądzi?

Zastosowany proces to planowanie. Lekarz dostarcza jasnych informacji w odpowiedzi na pytanie pacjenta i zadaje otwarte pytanie, aby poznać opinię rozmówcy na temat planu.

Pacjent: Odpowiada mi to. Jeżeli dobrze zrozumiałem, powiedział pan, że jeśli przełożony nie zgodzi się na zalecane zmiany, to będzie oznaczało, że nie jestem na tyle zdrowy, żeby wrócić do pracy i wtedy już nie muszę przychodzić do pana po przedłużenie zwolnienia?

Lekarz: Tak, zgadza się. Proszę pamiętać o wykonywaniu ćwiczeń zapisanych na liście zaleceń, którą panu ostatnio dałem, i o braniu leków, kiedy będzie taka potrzeba, to znaczy, gdy będzie pan odczuwał ból.

Lekarz udziela dalszych informacji w odpowiedzi na pytanie pacjenta.

Pacjent: Dziękuję, panie doktorze. Pójdę się zobaczyć z moim szefem i porozmawiam z nim dzisiaj. Zrobię wszystko, co w mojej mocy, żeby go przekonać go, aby pozwolił mi wrócić do pracy.

Pacjent wyraża zaangażowanie w realizację planu powrotu do pracy i dziękuje lekarzowi.

Lekarz: Zanim pan wyjdzie, chciałbym jeszcze porozmawiać o czasie, który spędza pan, grając w gry komputerowe. Czy pan się zgodzi?

Lekarz prosi o pozwolenie na zgłoszenie obaw oraz przekierowanie tematu rozmowy.

Pacjent: Jeśli pan tak chce, bo dla mnie to naprawdę żaden problem. Kiedy wrócę do pracy, to i tak nie będę miał czasu na gry, więc wszystko będzie w porządku.

Pacjent niechętnie wyraża zgodę, używając jednocześnie języka podtrzymania.

Lekarz: Rozumiem, że powrót do pracy ograniczy czas, jaki będzie pan miał na granie. Czy zastanawiał się pan nad tym, jak pan potraktuje granie w dni wolne od pracy?

Lekarz odzwierciedla i zadaje pytanie otwarte.

Pacjent: Ale ja się w ten sposób relaksuję. Kiedy gram, zapominam o wszystkich swoich problemach. To mi pomaga.

Pacjent odpowiada, używając nadal języka podtrzymania.

Lekarz: Więc kiedy pan gra, odsuwa pan na bok swoje zmartwienia. Jakie sprawy pana martwią?

Lekarz odzwierciedla i zadaje pytanie otwarte, zachęcając pacjenta do rozwinięcia tematu.

Pacjent: Od czasu rozwodu trudno jest mi poradzić sobie z samotnością i z tym, że rzadko widuję moje dzieci. Również ze wszystkimi czynnościami, które wykonywała żona, z zakupami, gotowaniem, sprzątaniami. Ciężko pracuję i nie mam siły na to wszystko.

Lekarz: Rozstanie było dla pana trudne, tęskni pan za rodziną i żoną. Łatwiej jest zapomnieć, kiedy pan gra. Czas mija wtedy szybciej.

Lekarz odzwierciedla i wyraża empatię.

Pacjent: Tak, to prawda, mam też znajomych z całego świata, z którymi regularnie grywam w sieci, więc często gram po nocach, a śpię w dzień.

Pacjent rozwija temat.

Lekarz: Gra pan w międzynarodowej grupie graczy i chce być dostępny w grze w tym samym czasie, co oni. Czy widzi pan jakieś minusy takiego działania?

Lekarz odzwierciedla i dowartościowuje, po czym zadaje pytanie otwarte, aby zachęcić pacjenta to wyrażania obaw.

Pacjent: Mam coraz większy bałagan w mieszkaniu, jest w nim brudno, żona mówi, że muszę posprzątać, zanim dzieci do mnie przyjdą. Moi najbliżsi przyjaciele przestali mnie już prosić o spotkania, bo zawsze znajdę jakąś wymówkę, żeby się nie spotkać i więcej grać.

Lekarz: Granie jest dobre, ponieważ wypełnia panu czas i czuje się pan częścią wirtualnej społeczności, ale ma niedobry wpływ na pana spotkania z dziećmi i przyjaźnie. Jak pan myśli, co jest tym najgorszym, co mogłoby się wydarzyć, gdyby nic się nie zmieniło w tej sprawie?

Lekarz podsumowuje obie strony ambiwalencji, na końcu opisując minusy obecnego stanu. Zadaje pytanie otwarte, aby wywołać język zmiany.

Pacjent: Najgorsze byłoby to, że nie mógłbym zobaczyć dzieci, ja naprawdę za nimi tęsknię. Tęsknię też za przyjaciółmi, zawsze dużo się śmialiśmy i żartowaliśmy, spędzając razem czas, mogliby o mnie zapomnieć, poznaliby nowych przyjaciół. Mógłbym też stracić pracę. Miałem już kilka ostrzeżeń w związku ze spóźnianiem się, kiedy grałem w nocy.

Lekarz: Kiedy odpowiadał pan na to pytanie i mówił o przyszłości, wyglądał pan i mówił pan takim tonem jak osoba niezbyt zachwycona obrotem spraw. Co pan w tej chwili myśli?

Lekarz odzwierciedla, włączając do wypowiedzi obserwacje dotyczące mimiki i tonu głosu pacjenta. Następnie zadaje otwarte pytanie w celu wywołania języka zmiany.

Pacjent: Nie chcę, żeby tak się stało. Chcę widywać moje dzieci i spotykać się z przyjaciółmi. Coś musi się zmienić, czuję się, jakbym dryfował w jakimś niedobrym kierunku, a granie przejęło nade mną kontrolę.

Lekarz: Co pan zrobi?

Lekarz zadaje pytanie otwarte i jednocześnie uznaje autonomię pacjenta oraz skłania go do zgłoszenia pomysłów na działanie.

Pacjent: Jeszcze nie wiem. Myślę, że będę próbował ograniczyć granie, żeby zadbać o wysypianie się w nocy, no i posprzątam mieszkanie, żeby dzieci mogły mnie odwiedzać.

Lekarz: To wygląda na dobry plan. Proszę mi dać znać, jeśli będzie pan potrzebował kogoś, z kim chciałby pan porozmawiać, jeśli trudno będzie panu zrobić to, co pan zaplanował. Mogę pana skierować do dobrej poradni, gdzie mogą panu pomóc. W recepcji znajdzie pan ulotkę.

Lekarz dowartościowuje pacjenta i proponuje dalszą pomoc, gdyby taka była konieczna.

Pacjent: Dziękuję, panie doktorze, oczywiście wezmę ulotkę.

Podczas tej krótkiej konsultacji postawa lekarza wyrażała ducha dialogu motywującego (dbałość o autonomię i współpracę, wywoływanie języka zmiany i wyrażanie troski). Pacjent był aktywnym uczestnikiem konsultacji. Miał okazję wzmacniać swoją wewnętrzną motywację do zmiany zarówno jeśli chodzi o powrót do pracy, jak i ograniczenia grania w gry online. Konsultacja przeprowadzona w duchu DM pomogła pacjentowi przyjrzeć się zachowaniu, którego on sam nie spostrzegł jako problemowego.

3. Efektywność krótkich konsultacji w praktyce lekarza

Kluczową sprawą dla zwykle bardzo zajętych lekarzy i innych specjalistów opieki zdrowotnej jest to, w jaki sposób rozmawiać z pacjentem, by nawet najkrótszy kontakt z nim skutecznie wykorzystać do budowania motywacji do zmiany. Krótki czas przeznaczony na konsultację czy wizytę kontrolną zmusza do ograniczenia wymiany informacji do minimum. W jaki sposób lekarze mogą zastosować elementy dialogu motywującego w swojej praktyce mimo pośpiechu i zgiełku dnia codziennego?

Jak mówi prof. Christopher Butler, lekarz jest jak przewodnik prowadzący ludzi do celu, bo sensem jego pracy jest pomaganie im. I jak dobry przewodnik „pyta, dokąd chcemy się udać, stara się dowiedzieć o nas czegoś więcej; informuje nas o różnych możliwościach i sugeruje te najlepsze; słucha i respektuje nasze wybory, niosąc pomoc, kiedy jej potrzebujemy” (Rollnick, Miller, Butler, 2010, s. 57). Ten rozdział podpowiada, jak te wskazówki wykorzystać w praktyce, aby zoptymalizować efektywność oddziaływań.

To, co lekarz mówi, i w jaki sposób to mówi, może mieć istotne przełożenie na wynik leczenia. Komunikacja niewerbalna może wzmocnić komunikaty ze strony lekarza. Rzeczą pomocną jest na przykład to, że lekarz rozmawia z pacjentem w gabinecie, gdzie obaj mogą usiąść, a nie w biegu, na stojąco, że jest zwrócony twarzą do pacjenta i nawiązuje z nim kontakt wzrokowy, okazuje zainteresowanie jego samopoczuciem emocjonalnym i psychologicznym (Trzeciak, Mazzarelli, 2019). Sygnały niewerbalne potrafią być czasem bardziej znaczące niż słowa.

Wielu lekarzy jest przekonanych, że jeśli pozwolą pacjentom na dłuższą wypowiedź, to ci nigdy nie przestaną mówić, a przecież lekarz najczęściej ma tylko kilka minut na konsultację. Obserwacje kliniczne wskazują, że lekarze przerywają pacjentom już po około 11 sekundach. Są przekonani, że muszą to zrobić, w obawie, że pacjenci wywrócą im cały harmonogram wizyt, jeśli się im pozwoli na swobodne wypowiedzi (Trzeciak, Mazzarelli, 2019).

Ciekawe badania prowadzili Langewitz i współpracownicy w klinice chorób wewnętrznych (2002). Próba badanych składała się z 335 pacjentów zgłaszających się po raz pierwszy do kliniki i z 14 doświadczonych internistów, którzy zostali przeszkoleni, by aktywnie słuchać i

nie przerywać pacjentowi, aż ten zasygnalizuje, że opowiedział już o wszystkich problemach. Pacjenci nie wiedzieli, że mierzono im czas. Pomimo wielokierunkowości wpisanej w charakter tego typu placówki, średni spontaniczny czas wypowiedzi wynosił tylko 92 sekundy, a 78 procent pacjentów lub wszyscy pacjenci ukończyli wypowiedź w dwie minuty. Siedmiu pacjentów mówiło dłużej niż pięć minut, ale prowadzący ich lekarze uznali, że informacje, które przekazywali, były na tyle ważne, że im nie przerywali.

Inny przykład z literatury przedmiotu, dotyczący interwencji motywującej, został przywołany w pierwszej książce polskich autorów na temat metody DM (Jaraczewska, Krasiejko, 2012). Interwencja polegała na tym, że lekarz prowadzący zadawał jedno krótkie (ale motywująco sformułowane) pytanie: „Czy chciałby się pan dowiedzieć, jak może pan pozytywnie wpłynąć na zdrowie swojej rodziny?”. Nie jest to pytanie w rodzaju: „Czy chciałby pan rzucić palenie?”, „Czy nie powinien pan rzucić palenia?”, „Dlaczego pan jeszcze nie rzucił palenia?”, ale pytanie o szerszy kontekst. Na tak sformułowane pytanie pacjenci zwykle odpowiadali twierdząco, a wtedy lekarz udzielał krótkiej informacji: „Na zdrowie pana rodziny może wpłynąć to, że pan zaprzestał palenia”. Po tak krótkiej interwencji około 5 procent pacjentów rzucało palenie.

Niektórzy lekarze zachęcają pacjentów do zaprzestania palenia w taki sposób: „Jeśli dalej będzie pan palił, to coraz trudniej będzie panu oddychać”. Lub bardziej pozytywnie: „Jeśli przestanie pan palić, będzie się panu lepiej oddychało”. Do pacjenta, który z powodu wielogodzinnego grania w gry komputerowe zaczyna się mocno garbić i odczuwa ostre bóle karku, można powiedzieć: „Spędzając tyle czasu przy komputerze, niedługo nabawi się pan przepukliny kręgosłupa szyjnego” lub „Ograniczenie czasu spędzanego przy komputerze pozwoli panu utrzymać prostą sylwetkę i zapobiegnie dolegliwościom bólowym”. Różnica jest wyraźna.

Ważne jest budowanie pozytywnej perspektywy na zmianę. Ludzie bardziej (i szybciej) angażują się w zmianę, gdy widzą, że po jej dokonaniu, ich życie staje się lepsze, inaczej mówiąc, gdy uświadamiają sobie, że zmiana się opłaca i że są warci tej zmiany (wyższe poczucie własnej wartości).

Czynniki sprzyjające zmianie

Badania prowadzone przez Millera i Sancheza (1994) pozwoliły wyodrębnić sześć czynników sprzyjających uruchomieniu szybkiej zmiany:

- Informacja zwrotna o zagrożeniu:

„Codzienne siedzenie po 10 godzin przy komputerze może się odbić bardzo negatywnie na stanie pańskiego kręgosłupa...”.

- Podkreślenie osobistej odpowiedzialności za zmianę:

„Oczywiście to zależy od pani, co pani zdecyduje...”.

- Porada jednoznacznie sugerująca potrzebę zmiany:

„Wyniki badań wskazują na pilną potrzebę zmiany...”.

- Przedstawienie do wyboru alternatyw dotyczących zmiany:

„Możliwości jest kilka: może się pani poddać operacji, ale można też już od dziś zacząć systematyczne ćwiczyć...”.

- Wyrażenie empatii ze strony specjalisty:

„Rozumiem, że żadne z tych rozwiązań może nie być łatwe do wykonania...”.

- Rozwinięcie optymistycznego spojrzenia na zmianę i wzmacnianie poczucia skuteczności:

„Ale wierzę, że jak tylko dobrze się pani zastanowi, to...”).

Jeśli czas wizyty jest ograniczony, to zamiast dopytywać pacjenta o przyczyny trwania w nałogu gier komputerowych, warto zapytać o powód, dla którego mógłby przestać grać, o sposób, w jaki mógłby tego dokonać oraz jakie ma to dla niego znaczenie. Pytamy więc o pragnienia, możliwości, powody i potrzeby, które mogą się okazać pomocne w porzucaniu szkodliwych nawyków. To, jak się okazuje, przynosi lepsze efekty niż pouczanie.

Język zmiany

W dialogu motywującym chodzi o możliwie szybką zmianę w możliwie krótkim czasie. Pacjenci najbardziej skłonni są zmieniać swoje postępowanie, gdy sami znajdują powody ku temu. Kluczem do powodzenia jest zrozumienie punktu widzenia pacjenta poprzez powołanie się na racje i argumenty do zmiany, które pochodzą od niego samego (język zmiany) (Amrhein i in., 2003).

Język zmiany to wypowiedzi mające charakter automotywuujący. Dotyczą one takich aspektów funkcjonowania pacjenta, jak: pragnienie zmiany (chcę, marzę, np. „Chcę przestać grać i odzyskać moje dobre zdrowie”), zdolność do zmiany (potrafię, mógłbym, np. „W przeszłości mogłem nie grać”), powody dążenia do zmiany (konkretne argumenty przemawiające za zmianą, np. „Będę się lepiej czuł, jeśli zacznę kontrolować, ile gram”), potrzeba zmiany (muszę, potrzebuję, powinienem, np. „Muszę coś zrobić z moim graniem”), wreszcie – zobowiązanie do zmiany (zrobię, robię, np. „Dzisiaj po pracy nie będę grać”). Wypowiedzi świadczące o zobowiązaniu do zmiany są sprawą kluczową, gdyż pozwalają dojrzeć szansę na zmianę.

Warto pamiętać, że zmiana następuje wtedy, kiedy człowiek jej chce, bo jest dla niego ważna i czuje się zdolny do jej wprowadzenia. Istnieje pozytywna korelacja między ilością i intensywnością języka zmiany generowanego przez pacjenta a prawdopodobieństwem tego, że pacjent rzeczywiście osiągnie założony cel.

Odwołując się to tych samych badań, stwierdzono też, że im więcej pacjent mówi o utrzymaniu dotychczasowego zachowania (język podtrzymania), tym jest mniej prawdopodobne, że osiągnie swój cel (Moyers i in., 2007).

W przedmowie do naszego podręcznika dla terapeutów (Jaraczewska, Derwich, 2020) prof. William Miller podkreśla, że specjalista ma niebagatelny wpływ na to, jaki rodzaj wypowiedzi usłyszymy od pacjenta w wyniku zastosowanej interwencji. Rozmawiamy w taki sposób, aby dać pacjentowi przestrzeń do powiedzenia o minusach status quo, korzyściach związanych ze zmianą, optymizmie związanym za zmianą i zamiarze wprowadzenia zmiany. Ważne jest zatem, aby pacjent wyartykułował argumenty przemawiające za zmianą, a specjalista tak poprowadził rozmowę, żeby mu to umożliwić.

W tym aspekcie posłużymy się wskazówkami Stephena Andrew, jednego ze znanych specjalistów dialogu motywującego, i przywołamy podane przez niego przykłady wydobywania i wzmacniania języka zmiany (Andrew, 2015). Najprostszym sposobem wydobywania języka zmiany jest zadawanie pytań o pragnienia, umiejętności, powody i potrzeby pacjenta (są to przykłady języka zmiany). Może to być też sprawdzanie skrajności – dopytywanie pacjenta o to, co jego zdaniem jest największym pozytywnym zyskiem lub najbardziej negatywną konsekwencją wprowadzania lub niewprowadzania zmiany

Pragnienie zmiany

Lekarz: „Gdyby pani miała ograniczyć wizyty w solarium i tak intensywne opalanie, po co miałyby pani to robić?”.

Pacjentka: „No cóż, moja skóra coraz szybciej się starzeje, mam coraz więcej zmarszczek. Przestałabym doświadczać bolesnych pęknięć na skórze i stale myśleć o własnym wyglądzie”.

Zdolność do zmiany

Lekarz: „Wiem, że nie jest pan gotowy, by ograniczyć liczbę godzin, jaką pan spędza przy komputerze. Gdyby pan jednak chciał wziąć pod uwagę dolegliwości bólowe, jakie pan odczuwa w kręgosłupie szyjnym, to jakie kroki mógłby pan podjąć?”.

Pacjent: To będzie dla mnie bardzo trudne, bo kocham grać. Musiałbym zacząć od postawienia granicy i na przykład grać nie dłużej niż godzinę dziennie”.

Powody do zmiany

Lekarz: „Gdyby zdecydował pan ograniczyć liczbę godzin poświęconych pracy, to jakie powody mogłyby za tym przemawiać?”.

Pacjent: Przede wszystkim moja żona przestałaby mi to wypominać. Ona lubi wydawać pieniądze, które przynoszę do domu, ale twierdzi, że przestałem robić cokolwiek wspólnie z nią i z dziećmi, bo tak dużo pracuję. Czyli uniknąłbym wiecznego wypominania i rzeczywiście może spędzałbym więcej czasu z żoną i dziećmi”.

Potrzeba zmiany

Lekarz: Jak ważna jest dla pana zmiana nawyków żywieniowych w tej chwili?.

Pacjent: Niezbyt ważna.

Lekarz: Co sprawia, że tak jest?

Pacjent: Mam wiele innych powodów, by martwić się swoim zdrowiem.

Lekarz: Czyli w obecnej chwili pana sposób odżywiania nie jest sprawą najważniejszą. Co musiałoby się stać, żeby przywiązywał pan większą wagę do tego, jak się pan odżywia?

Pacjent: Myślę, że gdybym znów miał te dotkliwe problemy gastryczne, to zacząłbym o tym poważniej myśleć.

Zobowiązanie do zmiany

Lekarz: Mówi pan o tym, jak bardzo jest pan zestresowany i jak duży udział ma w tym pana nawyk obstawiania. Co mógłby pan zrobić w związku z tym, że tak często pan obstawia? Jakie ma pan pomysły?

Pacjent: Nie jestem pewien. Mógłbym zrobić tak jak mój kumpel i pójść na spotkanie Anonimowych Hazardzistów, choćby po to, żeby zobaczyć, jak takie spotkania wyglądają.

Ukierunkowanie pacjentów na wypowiedzi świadczące o zmianie może być zaskakująco szybkim i skutecznym sposobem na uświadomienie im ich własnej, niekiedy głęboko ukrytej motywacji do zmiany. Ludzie są niekwestionowanymi ekspertami we własnych sprawach. Wróćmy jeszcze do przykładu pochodzącego ze spotkania Josepha z dr Lucillą i przyjrzyjmy się wydobywaniu języka zmiany w dłuższym fragmencie ich rozmowy:

Lekarz: Inna rzecz, która cię martwi, to to, że po takich weekendach jesteś wyczerpany i że nie raz tra ciłeś pracę. (*Odzwierciedlenie – świadomość problemu*).

Joseph: No tak, kilka razy mnie zwalniali.

Lekarz: Kilka razy straciłeś pracę. (*Odzwierciedlenie*).

Joseph: Tak, i to jest duży kłopot, bo trzeba zaczynać od nowa na dużo niższym stanowisku, no i kiedy ponownie dostaje się pracę, to traci się niewykorzystany urlop i inne przywileje.

Lekarz: Zdaje się, że te epizody są dla ciebie dość kosztowne... (*Odzwierciedlenie – powody*).

Joseph: Też tak uważam, czasami zdaje mi się, że jest z tym coraz gorzej...

Lekarz: Martwisz się, bo zdajesz sobie sprawę, że musisz stawić czoła coraz większej liczbie trudności związanych z tą sprawą... (*Odzwierciedlenie – odzwierciedlenie uczuć*).

Joseph: Tak, i to, że moi rodzice się martwią, też jest dla mnie ważne.

Lekarz: Nie chcesz dodawać im zmartwień. (*Odzwierciedlenie – pragnienia*).

Joseph: Nie chcę, to starsi ludzie. Nie chcę dodawać im zmartwień. Za każdym razem, kiedy tracę nad sobą kontrolę, w domu jest awantura (*świadomość problemu*).

Lekarz: Jesteś dobrym synem i nie chcesz sprawiać kłopotów rodzicom... (*Odzwierciedlenie /Dowartościowanie*).

Joseph: Nie chcę, chodzi o to, że kiedy nie wypiję, to nie potrafię się tak dobrze bawić, po alkoholu jestem bardziej aktywny, lepiej rozmawia mi się z dziewczynami.

Lekarz: Zauważasz, że kiedy pijesz, to lepiej się bawisz, ale mówiłeś też, że te epizody zdarzają się tylko od czasu do czasu, co robisz, żeby dobrze się bawić w innych sytuacjach? (*Odzwierciedlenie /Pytanie – zdolność*).

Joseph: No cóż, prawda jest taka, że zazwyczaj robię to samo, inaczej jest wtedy, kiedy idę do klubu. Kiedy jem kolację z przyjaciółmi, to wypijam lampkę wina, no może dwie, i to wszystko, ale kiedy idę do klubu i zaczynam pić gin z tonikiem, to wtedy szybko tracę kontrolę...

Lekarz: Wydaje się więc, że nie zawsze musisz dużo wypić, żeby się dobrze bawić. (*Odzwierciedlenie potrzeb*).

Joseph: Nie, na szczęście to się nie zdarza w każdy weekend.

Lekarz: To byłby duży problem, chociaż nie jesteś zbyt zadowolony nawet z obecnej sytuacji z epizodami utraty kontroli. (*Odzwierciedlenie uczuć*).

Joseph: Tak, i chociaż zawsze, jak idę do klubu, mówię sobie: „Dziś nie stracę nad sobą kontroli”, to kiedy zaczynam pić gin z tonikiem, sytuacja wymyka się spod kontroli.

Lekarz: Pozwól, Josephie, że jeszcze raz podsumuję sytuację: wygląda na to, że odkryłeś, że pijesz po to, żeby się dobrze bawić. I są takie momenty, na przykład, kiedy chcesz być bardziej towarzyski, szczególnie w klubie, gdy tracisz nad sobą kontrolę i wtedy dochodzi do przygodnego seksu. Ale wiesz także, że miło spędzasz czas na kolacji z przyjaciółmi, kiedy wypijasz tylko jedną albo dwie lampki wina. (*Podsumowanie – wzmocnienie sprawczości*).

Joseph: Tak, i byłoby świetnie, gdybym mógł pozostać na tym poziomie i nie przekraczać go.

Lekarz: Chciałbyś znaleźć jakiś sposób na ograniczenie spożycia alkoholu, aby uniknąć utraty kontroli nad sytuacją. (*Odzwierciedlenie – pragnienia*).

Joseph: Tak sądzę.

Ten przykład pokazuje, jak ważna jest reakcja na język zmiany.

Kiedy słyszymy język zmiany, warto poprosić o rozwinięcie wypowiedzi o więcej szczegółów oraz wzmocnić język zaangażowania, chociażby za pomocą takich pytań:

„Co chciałby pan zrobić?”

„Jakie widzi pan powody, żeby to zrobić?”

„Jak to jest dla pana ważne?”

„W jaki sposób pan to zrobi?”

„Co może pan zrobić?”

To jeszcze bardziej ukierunkuje i wzmocni motywację pacjenta do zaangażowania się w proces leczenia.

Praca ze skalą

W pracy nad wydobywaniem i wzmacnianiem języka zmiany bardzo pomocne jest skalowanie. Skale pewności siebie i ważności mają na celu uświadomienie pacjentowi znaczenia zmian i wzmocnienie jego pewności siebie w ich wprowadzaniu. Stosując te metody, prosimy pacjenta o określenie, na jakim poziomie się znajduje na wyimaginowanej skali od 1 do 10, gdzie 1 oznacza, że przywiązuje niewielką wagę do zmiany (lub że w bardzo niewielkim stopniu jest zdolny do zmiany), a 10 – że ma dużą pewność siebie w kwestii zmiany (lub że zmiana jest dla niego bardzo ważna). Zadaniem praktyka jest zbadanie przyczyn, które sprawiły, że pacjent znajduje się w tym konkretnym punkcie skali. Posłużmy się jeszcze raz przykładem rozmowy z Josephem.

Lekarz: Joseph, a w kwestii unikania epizodów utraty kontroli, gdzie jesteś na skali od 0 do 10, gdzie 0 to „zupełnie nieważne”, a 10 – „bardzo ważne”?

Joseph: Sądzę, że na 9 albo 10. Nie lubię się budzić następnego dnia i nie pamiętać, co robiłem, lub biec na badania, żeby sprawdzić, czy złapałem HIV, czy nie...

Lekarz: Jest dla ciebie naprawdę ważne, na skali to miejsce 9 lub 10, żeby nie mieć już tych epizodów z utratą kontroli. (*Odzwierciedlenie*).

Joseph: To prawda, tak właśnie jest.

Lekarz: Powiedz, Josephie, a na podobnej skali, gdzie 10 oznacza dużą pewność siebie w zakresie samokontroli, a 0 zupełny brak takiej pewności, na jakim poziomie byś siebie umieścił?

Joseph: No w tym wypadku na 3.

Lekarz: Hmm, 3 to jednak nie zero. Dlaczego podałeś 3, a nie 1?

Joseph: Bo za każdym razem się staram...

Lekarz: Masz na myśli, że za każdym razem, kiedy stawiasz czoła podobnej sytuacji, masz jasny zamiar, żeby nie utracić kontroli nad sobą. (*Odzwierciedlenie*).

Joseph: Tak.

Lekarz: Powiedz mi, a co twoim zdaniem powinno się zdarzyć, żeby twoja pewność siebie z 3 przeskoczyła na 4?

Joseph: Mam poczucie, że uzyskanie pomocy by mnie wzmocniło.

Lekarz: Czyli myślisz, że gdybyś nie był sam z tą sprawą i mógłbyś liczyć na czyjąś pomoc, to wtedy czułbyś się bardziej pewny siebie. (*Odzwierciedlenie*).

Joseph: Tak właśnie myślę.

Doktor Peter Selby (Herie M., Selby P., 2007) stworzył zestaw 10 przydatnych podpowiedzi dla lekarza, dotyczących stosowania umiejętności DM w trakcie krótkiej wizyty lekarskiej.

10 przydatnych podpowiedzi dla lekarza

1. W jaki sposób rozpocząć rozmowę w DM? Zaczynj od pytania otwartego:

„W czym mogę panu dzisiaj pomóc?”

„Pamiętając, że mamy dziś tylko 10 minut, o czym chciałby pan porozmawiać?”

„Co udało się panu zmienić od czasu naszego ostatniego spotkania?”

2. Wysłuchuj sygnałów języka zmiany, tj. wypowiedzi dotyczących potrzeby zmiany, pragnienia, możliwości, powodów do wprowadzenia zmiany.

3. Stwórz dwa odzwierciedlenia do każdego z elementów języka zmiany, który usłyszysz. To, jak bardzo złożone będą twoje odzwierciedlenia, zależy od ciebie i od czasu, jakim dysponujesz. Bądź uważny. Na przykład:

„Słyszę, że mówi pan o”.

„Wygląda na to, że czuje pan”.

„To ma dla pana duże znaczenie, a jednocześnie”.

4. Zastosuj co najmniej jedno dowartościowanie (lepiej, gdyby było ich więcej), które może wywołać język zmiany. Na przykład:

„Rozumiem, że pamiętanie o tym przez cały czas musi być dla pana bardzo uciążliwe, ale doceniam determinację, z jaką pan nad tym pracuje”.

5. Jeśli utknąłeś, zawsze możesz zapytać:

„Co jeszcze?”

„Czy może pan coś więcej o tym powiedzieć?”.

6. Podsumuj, tak by zaznaczyć przejście do procesu ukierunkowywania.

7. Zastosuj skalę gotowości do zmiany:

• „Biorąc pod uwagę to wszystko, co obecnie dzieje się w pana życiu, jak ważne jest dla pana wprowadzenie tej zmiany (podaj, o jaką zmianę chodzi, np. regularne przyjmowanie leków) na skali od 0 do 10, gdzie 0 oznacza *nieważne*, a 10 *bardzo ważne*. Od kiedy chce pan wprowadzić tę zmianę?”

• „Proszę określić na tej samej skali, do jakiego stopnia jest pan pewny, że wprowadzi tę zmianę w życie (podaj, o jaką zmianę chodzi, np. regularne przyjmowanie leków)?”

• „Proszę określić na tej samej skali, na ile jest pan gotowy, by wprowadzić tę zmianę w życie (podaj, o jaką zmianę chodzi, np. regularne przyjmowanie leków)? Od kiedy chce pan wprowadzić tę zmianę?”

8. „Proszę pozwolić mi zrozumieć, co byłoby dla pana korzystne w dalszym utrzymywaniu bieżącej sytuacji, to znaczy bez wprowadzania jakichkolwiek zmian (np. nadal nieregularne przyjmowanie leków)?”

• Zastosuj wiosła:

„A co byłoby dla pana niekorzystne w utrzymaniu bieżącej sytuacji, to znaczy bez wprowadzania jakichkolwiek zmian?”.

• Zapytaj:

„A więc jak pan myśli, co pan z tym dalej zrobi?”.

• Wysłuchuj przykładów języka zmiany lub języka podtrzymania.

• Jeśli pojawi się język zobowiązania, zapytaj:

„Co mogłoby utrudnić osiągnięcie celu, jaki pan sobie wytyczył?”.

• Jeśli pojawi się język podtrzymania, zastosuj „wiosła”, aby wywołać język zmiany.

9. Planowanie: zastosuj zasadę SMART do doprecyzowania celów. Wysłuchaj określenia celu jako czegoś konkretnego, mierzalnego, możliwego do osiągnięcia, realistycznego i określonego w czasie.

10. Zakończ rozmowę krótkim podsumowaniem i zapytaniem:

„Kiedy chciałby pan przyjść na kolejną wizytę, aby porozmawiać o tym, jak się panu udaje realizować te pomysły?”

„Czy podczas następnej wizyty moglibyśmy porozmawiać o tym, jak udaje się panu realizować pomysły/zalecenia?”.

Dzięki tak prowadzonej rozmowie pacjent staje się zaangażowany, aktywny, głośno myśli, zastanawia się, dlaczego powinien zmienić swoje zachowanie i w jaki sposób mógłby tego dokonać. Ma wtedy większą szansę szybkiego wprowadzenia zmian w życie.

Udzielanie informacji

Obowiązki lekarza wymagają również przekazywania pacjentowi (i jego rodzinie) ważnych informacji medyczno-prawnych lub informacji innego rodzaju. Jak to robić sprawnie i efektywnie?

Przyjęło się uważać, że to lekarz powinien udzielić porady. Tego jesteśmy uczeni, do tego zachęcają nas przełożeni i koledzy: trzeba pacjentowi powiedzieć, jak ma wprowadzić zmiany, jeśli pacjent nie widzi problemu, to trzeba mu go wskazać, trzeba wytłumaczyć, trzeba uświadomić. Tradycyjne podejście związane z przekazywaniem informacji, a następnie zwiększaniem nacisku na to, by pacjent coś zrobił z tą informacją, często przybiera formę „urabiania” pacjenta do zrobienia tego, czego chce dla niego lekarz. Jak wspominaliśmy w rozdziale 1, niektórzy pacjenci odbierają takie postępowanie jako zbyt kategoryczne. Zresztą mogą czuć się niegotowi do przyjęcia tego, co chcemy im przekazać. Mogą się tego bać (bo czasem muszą usłyszeć niezbyt pomyślne informacje). Mogą też stwierdzić, że nic nowego się nie dowiedzieli. W pracy z pacjentem chodzi o to, by to on stanął twarzą w twarz z trudnymi realiami, wsłuchał się w siebie, przyjął to do wiadomości i wykorzystał do podjęcia decyzji.

Motywuujący sposób udzielania informacji jest nie tylko jasny, zwięzły i przyjazny, wolny specjalistycznych terminów i zawodowego żargonu, a lekarz upewnia się, czy pacjent zrozumiał to, co zostało mu przekazane. Udzielać informacji można na kilka sposobów. Jeden z nich składa się z trzech prostych kroków:

1. zapytania o zgodę,
2. przekazania informacji,
3. zapytania pacjenta, co o tym myśli.

Ad 1. Najprościej, gdy udzielamy informacji na prośbę pacjenta, w przeciwnym razie zapytajmy go o zgodę na udzielenie informacji. Oto kilka przykładów, jak to zrobić:

„Jest kilka sposobów na pozbycie się tego problemu, czy chciałaby je pani teraz poznać, czy są inne sprawy, o których chce pani najpierw porozmawiać?”

„Jeśli mógłbym panu coś zasugerować, to...”

„Czy będzie to pomocne dla pani, jeśli powiem, jak w podobnych sytuacjach radzą sobie inni pacjenci?”

Udzielanie informacji po uzyskaniu zgody pacjenta jest wyrazem partnerstwa, a przede wszystkim umacnia w pacjencie autonomię i siłę do wzięcia sprawy zdrowia w swoje ręce.

Ad 2. Zazwyczaj informowanie odbywa się w jednym kierunku – od lekarza do pacjenta. Jest to sytuacja, kiedy pacjent pozostaje w roli biernego odbiorcy komunikatu. Łatwo wtedy o przeoczenia i nieporozumienia. Aby tego uniknąć, w dialogu motywującym stosuje się różne sposoby informowania, na przykład:

- Informowanie – Sprawdzanie – Informowanie

Jest to format rozmowy, a nie wykładu. Lekarz dawkuje przekazywanie informacji. Najpierw podaje tylko jej część i pyta pacjenta o jego pogląd na ten temat. Po uściśleniu i sprawdzeniu, czy pacjent zrozumiał przekaz, podaje kolejne elementy informacji.

- Zapytanie–Przekazanie–Zapytanie

Dialog motywujący proponuje nową strategię decyzyjną: ZPZ, czyli Zapytanie–Przekazanie–Zapytanie (wcześniejsza, ciągle jeszcze popularna jej nazwa to WDW: W –wydobycie tego, co pacjent już wie; Dostarczenie – przekazanie informacji; Wydobycie – wydobycie tego, jak pacjent to rozumiał). Jest ona przydatna wtedy, kiedy pacjent już wyraził zgodę na zmianę (np. na podjęcie leczenia), lub jest jeszcze przed podjęciem decyzji (np. pacjent chce poznać opinię innego specjalisty). Pierwsze Z – jest pytaniem otwartym, które ma na celu uzyskanie (wydobycie) informacji od pacjenta („Co wiesz na temat leczenia, które można podjąć w twojej sytuacji?”). P – oznacza przekazanie informacji („Widzę, że wiesz już wiele rzeczy, czy możemy omówić inne możliwości?”). Ostatnie Z jest również pytaniem otwartym, za pomocą którego sprawdzamy, czy pacjent przyswoił sobie podane informacje, i poznajemy jego opinię na ich temat („Co sądzisz o tym, co ci powiedziałem?”, „Jak myślisz, co jest najlepsze w twoim przypadku?”).

Ad 3. Na końcu tej sekwencji dobrze jest zapytać pacjenta o jego zdanie. Tak jak w przywołanym wcześniej przykładzie: „Co z tego, o czym rozmawialiśmy, wydaje się panu najbardziej pomocne?”. Po co to robić? To oszczędza czas. Poza tym skoncentrowanie się na zrozumieniu potrzeb i pragnień pacjenta zwiększa jego zaangażowanie w proces leczenia.

Proponowanie wyboru

Jeśli powiemy komuś w sposób dyrektywny, co ma zrobić, może to być odebrane jako wyraz postawy konfrontacyjnej, co sprzyja powstawaniu niechęci i oporu ze strony pacjenta. Tym, co może pomóc ten opór zmniejszyć, jest właśnie proste zapytanie o zgodę („Czy mogę się

podzielić z panem tym, co mówią na ten temat badania kliniczne?”), ale również po udzieleniu informacji zachęcenie pacjenta do dokonania wyboru („Ja zaprezentowałem kilka scenariuszy, ale to pan ostatecznie zdecyduje, co jest dla pana najlepsze”) i kontroli nad własnymi problemami („To pana zdrowie/życie i to do pana należy ostateczna decyzja”). Zamiast argumentowania za jedną konkretną zmianą, którą pacjent odrzuci, przedstawmy mu kilka możliwości do wyboru:

„Do najtrudniejszych sytuacji zwiększonego ryzyka nawrotu należą te, które wiążą się z naszymi wewnętrznymi odczuciami i przykrymi stanami psychicznymi, wynikającymi z samotności, przeżywanego smutku czy depresji. Dla wielu ludzi komputer staje się wtedy ucieczką od problemów, jedynym sposobem na oderwanie się od trosk i kłopotów. Nie ma potrzeby, by cierpieć w samotności. W sytuacjach obniżonego nastroju niektórzy pacjenci decydują się na farmakoterapię, inni korzystają z psychoterapii, jeszcze inni podejmują aktywności, które kiedyś sprawiały im przyjemność. Wybór należy do pana. A co pan myśli o takich możliwościach?”

Podkreślanie indywidualnego wyboru i kontroli jest szczególnie przydatne, gdy musimy udzielić niezbyt popularnej informacji. Na przykład gdy w odniesieniu do problemu uzależnienia od alkoholu zalecamy abstynencję, podczas pacjent chce tylko ograniczyć picie. Można wtedy udzielić następujących informacji:

„Badania, w których obserwowano osoby znajdujące się w podobnej do pana sytuacji, pokazują, że takim osobom nie udaje się skutecznie ograniczyć picia. Takie osoby najlepsze wyniki osiągają wtedy, gdy podejmują całkowitą abstynencję. Rozwiązaniem pośrednim może być krótkotrwała abstynencja na próbę lub stopniowe ograniczanie picia doprowadzające do abstynencji. A jak pan to widzi? Które z tych rozwiązań byłoby dla pana najbardziej odpowiednie?”

Ważne, aby w trudnych sytuacjach mówić bezosobowo i stopniować przekazywanie informacji. Dzięki temu pacjent zamiast pogłębiania w sobie poczucia winy, ma przestrzeń, by przemyśleć swoje postępowanie i wprowadzić ważne zmiany w swoim życiu. Jest to wyraz współpracy, szacunku dla pacjenta i wzmocnienia jego autonomii, co zwiększa aktywność pacjenta w procesie leczenia. Pacjent jest wtedy bardziej skłonny do wysłuchania tego, co mamy mu do powiedzenia. A to pozwala oszczędzać czas.

Ocena własna problemu i jego rozwiązań

Bardzo ważne jest też wzmacnianie pacjenta przez pomaganie mu w odkrywaniu sposobów na poprawę własnego stanu. Niekiedy lepsze niż udzielanie porad jest: 1. wysłuchanie pacjenta, 2. zachęcanie go do własnej oceny problemu, 3. zachęcanie do własnej oceny rozwiązań. Chodzi o tworzenie okazji, by pacjent mógł uzmysłowić sobie własne zasoby i wyartykułować własne pomysły. Tylko pacjent będzie wiedział, jak ogólne zalecenia, które dostał od lekarza, wdrożyć w swoje codzienne życie.

Oto przykład konsultacji z pacjentką po operacji kręgosłupa szyjnego, uzależnioną od komputera (rozmowa trwała 5 minut):

Pacjentka: Proszę pana, ja jestem osobą na stanowisku i w pracy nie mogę się zajmować jakimiś pobocznymi tematami, takimi jak ćwiczenia kręgosłupa. Pracuję na pierwszej linii frontu i wszyscy mnie widzą. Muszę się dobrze prezentować, skupić na zadaniach, a poza tym praca to nie jest czas na dbanie o siebie, tylko o firmę.

Lekarz: Mówi pani o różnych trudnościach zawodowych, o tym, że trudno jest wykonywać ćwiczenia w godzinach pracy. (*Odzwierciedlenie*). A co tak w ogóle udało się pani zrobić? Jak pani zaczęła dbać o swój kręgosłup, o swoje zdrowie? (*Pytanie o język zmiany*).

Pacjentka: Kupiłam sobie twarde materac i codziennie rano ćwiczę.

Lekarz: Na czym polegają te ćwiczenia? (*Pytanie o język zmiany*).

Pacjentka: No takie delikatne skłony i krążenia ramion.

Lekarz: Czyli materac zmieniła pani na bardziej odpowiedni do pani schorzenia, ale również zaczęła pani ćwiczyć. (*Odzwierciedlenie*). I dodatkowo codziennie rano wykonuje pani jakieś delikatne ćwiczenia ruchowe. (*Dowartościowanie*). Co jeszcze? Jak jeszcze pani zaczęła dbać o swój kręgosłup, o swoje zdrowie? (*Pytanie o język zmiany*).

Pacjentka: Kupiłam wreszcie wózek na kółkach do robienia zakupów.

Lekarz: To znakomity pomysł. Wózek na kółkach, który pomaga pani unikać obciążenia kręgosłupa. (*Dowartościowanie*). Chciałbym jeszcze nawiązać do warunków panujących w pani pracy. Jak dokładnie wygląda pani praca? (*Przekierowanie uwagi*).

Pacjentka: Przez wiele godzin muszę siedzieć przy biurku. Jest to bardzo ważne, bo prowadzę duży dział handlowy i pod żadnym pozorem nie mogę odejść od komputera.

Lekarz: Dobrze wykonywanie pracy jest dla pani dużą wartością. (*Dowartościowanie*). Czy mogę jednak podzielić się z panią pewnymi pomysłami, które wynikają z obserwacji klinicznych? (*Pytanie o zgodę*).

Pacjentka: Tak, proszę.

Lekarz: Niektóre osoby mówią, że bardzo im pomaga wstawanie co 15 minut, inne wstają od biurka raz na 30–40 minut. Może pani też mogłaby zmieniać pozycję swojego ciała. (*Udzielanie informacji, dawanie wyboru*).

Pacjentka: Nie wiem, czy to jest rozwiązanie dobre dla mnie. Nie mogę tak co chwila wstawać od biurka.

Lekarz: Ma pani rację, trudno byłoby co chwilę odrywać się od pracy. (*Odzwierciedlenie, reakcja na język podtrzymania*).

Pacjentka: No, ale może dałabym radę wstać co godzinę. A może czasem po prostu poruszać barkami, siedząc przy biurku

Lekarz: To brzmi jak bardzo ważny pierwszy krok. (*Dowartościowanie*). Może pani jeszcze zadbać o to, by się poruszać nawet bez wstawania od biurka. (*Odzwierciedlenie języka zobowiązania*). Jakie z tych rozwiązań mogłaby pani zastosować poza pracą? (*Pytanie o kolejne przykłady języka zobowiązania*).

Pacjentka: Rzeczywiście. Kiedy wracam do domu, jestem tak zmęczona, że głównie siedzę przed telewizorem. Chyba trzeba będzie wprowadzić trochę ruchu.

Lekarz: Na skali od 1 do 10 jak pewna się pani czuje, że będzie pani mogła podjąć takie działania, zmieniać pozycję ciała i wprowadzić trochę ruchu? (*Skalowanie pewności, pytanie o język zobowiązania*).

Pacjentka: Na jakieś 6–7.

Lekarz: Co wpływa na to, że to jest 6–7, a nie na przykład 3–4? (*Skalowanie pewności, pytanie o język zmiany*).

Pacjentka: Bo jednak już zaczęłam o tym myśleć i traktować to bardziej poważnie (*śmiech*). No i kupiłam wózek, i robię już podstawowe ćwiczenia.

Lekarz: Jakie korzyści mogą wyniknąć dla pani z tego, że będzie pani dbać o zmianę pozycji ciała i wprowadzać trochę ruchu? (*Pytanie o wartości*).

Pacjentka: Nareszcie będę mogła pojechać w moje ukochane góry i rozkoszować się pięszymi wycieczkami po Beskidach. Zawsze mi to dobrze robiło (*śmiech*).

W taki sposób można pomagać pacjentom w stosowaniu się do zaleceń i zmianie złych nawyków, wydobywając ich potencjał do szukania rozwiązań w codziennym życiu. Dzięki zastosowaniu metod DM specjalista poszerzył pacjentce perspektywę postrzegania problemu i wzmocnił jej gotowość do zmiany. Niekiedy wystarczy krótka rozmowa, by pacjenci zaczęli dokonywać ważnych dla siebie odkryć, inaczej postrzegać swoje zachowanie i zestrajać je ze swoimi wartościami i celami.

Realizacja postanowień

Ważnym etapem pracy jest przejście od myśli do czynów, od postanowienia zmiany do jej realizacji. Profesor Stephan Cole i grupa kanadyjskich lekarzy zaproponowali prosty plan działania, składający się z trzech kroków (Cole. i in., 2015):

1. Zapytaj: „Jak udało się z realizacją pana planu?”.
2. Dopasuj swoją reakcję do odpowiedzi pacjenta (zgodnie z tabelą 1).
3. Zapytaj: „Co chciałby pan zrobić w najbliższym czasie?”.

Tabela 1. Bardzo zwięzły plan działania (Cole i in., 2015). Jak poszło z realizacją pana planu?’

2. Odpowiedź pacjenta:	Zrobiłem wszystko	Zrobiłem częściowo	Nie udało mi się nic zrobić
Reakcja specjalisty:	Docień efekty	Docień częściowe efekty	Podkreśl, że wiele osób ma z tym problem

3. Pytanie: „Co chciałby pan zrobić w najbliższym czasie?”.

Z tabeli wynikają trzy możliwe scenariusze:

1. Jeśli pacjent odpowiada: „Zrobiłem wszystko”, lekarz docenia efekty
2. Jeśli pacjent odpowiada: „Zrobiłem częściowo”, lekarz docenia częściowe efekty
3. Jeśli pacjent odpowiada: „Nie udało mi się nic zrobić”, lekarz podkreśla, że wiele osób ma z tym problem.

Po każdym scenariuszu lekarz stawia pytanie: „Co w najbliższym czasie chciałby pan jeszcze zrobić?”.

Posłużmy się kolejnym przykładem rozmowy z Josephem

Lekarz: Chciałbyś więc zacząć leczenie, które ograniczyłyby twój głód alkoholu.
(*Odzwierciedlenie*).

Joseph: Myślę, że to będzie dla mnie najlepsze.

Lekarz: Bardzo dobrze, możemy spróbować i zobaczymy się za miesiąc na kolejnej wizycie.
Co ty na to? (*Pytanie otwarte*).

Joseph: W porządku, zobaczymy, jak to będzie działać przez miesiąc.

Lekarz: Świetnie, bardzo ci dziękuję, Josephie, za zaufanie i podzielenie się ze mną swoimi trudnościami, chcę ci powiedzieć, że gdybyś miał jakiegokolwiek trudności z przebiegiem leczenia w tym miesiącu albo chciałbyś się ze mną spotkać, to możesz do mnie zadzwonić albo wysłać maila. Wiedz też, że choć to ty jesteś tu główną postacią, to jeśli twoja mama miałaby ochotę przyjść z tobą na wizytę, to zapraszam, będzie mile widziana.
(*Dowartościowanie*).

Joseph: Powiem jej o tym i poproszę, żeby przyszła ze mną następnym razem, będzie spokojniejsza. Bardzo dziękuję, pani doktor, do zobaczenia za miesiąc.

Kiedy pacjent przyjdzie na kolejną wizytę, ważne jest sprawdzenie, jak radzi sobie z realizacją planu. A na koniec każdej z nim pracy nie zapomnijmy o dowartościowaniu.

4. Konsultacja lekarska jako spotkanie dwóch ekspertów

Czasem pacjent może wyrażać tęsknotę za dawnym zachowaniem, wątpić w zasadność zmiany, podważać jej potrzebę, wyliczać zalety związane z problemowym zachowaniem (np. objadaniem się czy graniem w gry online). Świadczy to o niechęci pacjenta do zmiany, co może być wynikiem jego naturalnego dążenia do utrzymania status quo, obawą przed zmianą lub wynikiem trudności zachodzących w interakcji między pacjentem a specjalistą (Miller i in., 2014). W DM takie wypowiedzi pacjenta nazywamy **językiem podtrzymania**. Aby konsultacja lekarska w takiej sytuacji dalej mogła być wymianą informacji dwóch ekspertów – pacjenta, który posiada wiedzę o zgłaszanym problemie oraz lekarza, który jest specjalistą, w rozdziale poszerzymy wiedzę na temat umiejętności w tym pomocnych w tym umiejętności. Umiejętności te, które pomagają w tonowaniu języka podtrzymania status quo. Rozpocznijmy od specyficznego użycia odzwierciedleń.

Odzwierciedlenie dwustronne – jest to odzwierciedlenie, które daje możliwość podkreślenia dwóch stron ambiwalencji wobec zmiany. Sformułowanie takiego odzwierciedlenia wymaga wprawy w wyłuskiwaniu z wypowiedzi klienta elementów przemawiających na rzecz status quo – języka podtrzymania oraz elementów argumentujących na rzecz zmiany – języka zmiany.

Przykład 1.

Pacjentka (kobieta lat 33, zgłasza się z problemem bezsenności): „Nie mogę spać. Miotam się w łóżku, nim zasnę, a co gorsza w nocy też się wybudzam. I ciągle myślę o pracy. Rozumie pan. Mam odpowiedzialną pracę, nie mogę być nieprzytomna. Potrzebne mi są jakieś dobre leki”.

Lekarz: „Z jednej strony praca jest dla pani ważna i jednocześnie trudno jest pani od niej odpocząć i mieć spokojny sen. (Odzwierciedlenie ambiwalencji).

Przykład 2.

Pacjent (mężczyzna lat 43, zgłasza napady lęku, które zaczęły się od momentu dużej straty finansowej na giełdzie): „Panie doktorze, jak mnie dopadnie, to wydaje mi się, że nie dam rady złapać tchu. Boje się jeździć samochodem. Żeby odrobić straty na giełdzie, muszę mieć spokojną głowę. Tak się nie da”.

Lekarz: „Zależy panu, żeby dalej móc inwestować na giełdzie i jednocześnie dostrzega pan, jak ostatnie niepowodzenie odbija się na pana zdrowiu. (*Odzwierciedlenie ambiwalencji*).

Odzwierciedlenie ambiwalencji ma być próbą równoważnego pokazania argumentów jednej i drugiej strony. Kolejność ich użycia w odzwierciedleniu nie jest przypadkowa. Podsumowanie w pierwszej części argumentów na rzecz status quo daje pacjentowi sygnał, że jego ważne powody, intencje są przez lekarza słyszane. Podsumowanie w drugiej części argumentów na rzecz zmiany ukierunkowuje dalszą rozmowę na sprawy związane ze zmianą zachowania (Miller, Rollnick, 2010).

Odzwierciedlenie proste – to odzwierciedlenie, które może być zwyczajnym powtórzeniem wypowiedzianych przez pacjenta słów, ale równie dobrze może być narzędziem, które precyzyjnie ukierunkuje uwagę pacjenta na ważny element jego wypowiedzi. Dzięki temu spróbujemy zogniskować jego uwagę na temacie, o którym chcemy porozmawiać, pomijając pozostałe elementy jego wypowiedzi.

Przykład 1.

Pacjent (ojciec dziecka z nadwagą, regularnie jadającego fast foody): „Panie doktorze, jestem tak zagoniony, że trudno nawet było mi się zwolnić, żeby tu do pana dotrzeć. Domyślam się, co je moje dziecko. Ja nie mogę przecież być wszędzie. To już duży chłopak i sam decyduje, co sobie kupić na przekąskę”.

Lekarz: „Domyśla się pan, co je pana dziecko. (*Odzwierciedlenie proste*).

Przykład 2.

Pacjentka (matka 4-letniego chłopca, który ma próchnicę zębów z powodu nadmiernej ilości cukru w diecie): „Co ja poradzę, że on tak lubi słodczy. Dziadkom też nie można wytłumaczyć, żeby mu nie dawali. Mogłabym tego mniej kupować, ale nie wiem, czy to coś da”.

Lekarz: „Mogłaby pani kupować mniej słodczy. (*Odzwierciedlenie proste*).

Przykłady prostych odzwierciedleń wskazują na możliwość wybiórczego powtórzenia wypowiedzi pacjenta. Warto wziąć też pod uwagę, że równie ważny jest nieoceniający ton wypowiedzi.

Odzwierciedlenie emocji – to próba nazwania emocji, jakie towarzyszą pacjentowi. Często ich nazwanie zmienia przebieg rozmowy i ukierunkowuje myślenie pacjenta na lepsze rozumienie motywów jego zachowania, dzięki czemu może on uzyskać wpływ na złagodzenie języka status quo.

Przykład 1.

Pacjent (mężczyzna lat 68, cierpiący na bezsenność): „Panie doktorze, ja naprawdę wszystko sobie przeanalizowałem. Rozpracowałem wszystkie możliwości i wiem, jak obstawiać zakłady. Wie pan, doktorze, coś zawsze skapnie do tej emerytury. Tylko że ostatnio spać nie mogę. Nawet w nocy myślę”.

Lekarz: „Niepokoi się pan i nie może pan spać”. (*Odzwierciedlenie emocji*).

Przykład 2.

Pacjentka (kobieta lat 28, w pierwszej ciąży, zgłasza niepokojące skoki ciśnienia): „Pani doktor, wiem, że może za dużo czytam w internecie, ale chciałabym mieć pewność, że z dzieckiem jest wszystko w porządku. Jak już zacznę czytać, to zawsze znajdę coś, co mi nie pasuje do przebiegu mojej ciąży”.

Lekarz: „To nowa dla pani sytuacja i boi się pani o prawidłowy przebieg ciąży”. (*Odzwierciedlenie emocji*).

Odzwierciedlenie emocji może zachęcić pacjenta do rozmowy o tym, co niesie ze sobą konkretne zachowanie – czemu służy (np. radzeniu sobie z niepokojem) lub jakie emocje wywołuje. Często jest to klucz do zobaczenia swojego zachowania w innym świetle i próby jego zmiany.

Podkreślenie autonomii pacjenta – to odzwierciedlenie zawierające w sobie wyraz podkreślenia autonomii, decyzyjności i wpływu pacjenta na swoje zdrowie; często może być pomocne i kluczowe w pracy z pacjentem niechętnym wobec zmiany.

Przykład 1.

Pacjent (chłopiec lat 16, zgłoszony przez rodziców z powodu ciągłego przemęczenia): „Moi rodzice jak zwykle przesadzają. To, że raz czy dwa przysnąłem na lekcji, jeszcze niczego złego nie oznacza. Może chwilę za długo grałem w nocy, wielka mi rzecz”.

Lekarz: „Umiesz sam dobrze ocenić, ile czasu potrzeba ci na wypoczynek. (*Podkreślenie autonomii w odzwierciedleniu*).

Przykład 2.

Pacjentka (dziewczynka lat 15, która ostatnio bardzo przytyła): „Po prostu nie mogłam się powstrzymać od słodyczy. Grałyśmy dużo z dziewczynami i tak jakoś odruchowo jadłam. Zdaję sobie z tego sprawę. Mama jak zawsze panikuje”.

Lekarz: „Sama dostrzegasz potrzebę zmiany”.(*podkreślenie autonomii*).

Przykład 3.

Pacjent (mężczyzna lat 56, cierpi na depresję): „Pani doktor, hazard to fantastyczna, ale niebezpieczna rzecz. Ja już naprawdę przegrałem wiele, teraz próbuję z tego wyjść”.

Lekarz: „Ma pan świadomość, że podjęte przez pana działania mogą pomóc”. (*Podkreślenie autonomii*).

Skupienie się na podkreśleniu w wypowiedzi autonomii pacjenta daje mu wyraźny sygnał obszaru wpływu. Tym samym często wzbudza motywację i zachęca do szukania rozwiązań.

Przeformułowanie – to odzwierciedlenie, które ma zachęcić pacjenta do spojrzenia na sytuację z innej perspektywy. Często w swojej formie wychodzi poza zakres wypowiedzi pacjenta. Zachęca go do nowego spojrzenia.

Przykład 1.

Pacjent (mężczyzna lat 35, zgłasza się z problemami w koncentracji uwagi i uczuciem przemęczenia): „Staralem się jakoś ograniczać godziny pracy, ale w moim zawodzie to chyba niemożliwe. Jestem bardzo zmęczony, potrzebuję jakichś leków na wzmocnienie”.

Lekarz: „Jest pan wytrwały w szukaniu wyjścia z tej sytuacji”. (*Przeformułowanie*).

Przykład 2.

Pacjentka (kobieta lat 33, matka 3-letniej dziewczynki): „Pani doktor, ona je spokojnie tylko wtedy, jak jej włączę bajkę na tablecie. Nie jestem w stanie inaczej utrzymać jej przy stole, bez bajek nie je”.

Lekarz: „Zależy pani na tym, żeby córka regularnie i zdrowo się odżywiała. (*Przeformułowanie*).

Przykład 3.

Pacjent (mężczyzna lat 45, w trakcie rozwodu, zgłasza myśli rezygnacyjne): „Granie po nocach online i spanie w dzień na pewno nie pomagają w tej sytuacji. Ale po prostu mogę chociaż przez chwilę przestać tęsknić za dziećmi i oderwać się od tego całego bałaganu”.

Lekarz: „Szuka pan pomocy, bo dzieci są dla pana bardzo ważne”. (*Przeformułowanie*).

Przeformułowanie może skierować rozmowę na nowy obszar, wytrącić pacjenta z myślenia o tym, że jego sytuacja jest bez wyjścia, lub pozwolić mu dostrzec plusy trudnej sytuacji.

Dowartościowanie – to rodzaj odzwierciedlenia, które w sytuacji trwania pacjenta przy argumentach wspierających status quo pozwala na dostrzeżenie umiejętności, kompetencji oraz wartości, którymi się on kieruje.

Przykład 1.

Pacjentka (dziewczynka lat 14, skrzywienie kręgosłupa, otyłość): „Mama nie może mnie zmusić do ćwiczenia na głupim wuefie. Mówiłam, że nigdy w życiu nie pójdę na basen ze swoją klasą. Nie obchodzi mnie, że wychowawczyni ma z tym jakiś problem”.

Lekarz: „Umiesz być stanowcza w swoich decyzjach”. (*Dowartościowanie*).

Przykład 2.

Pacjentka (kobieta lat 54, matka 17-letniego chłopca): „Może pani doktor mu wytłumaczy, że przy jego problemach z jelitami jedzenie na mieście i picie alkoholu to nic dobrego. Ja już nie mam siły, skończyły mi się argumenty”.

Lekarz: „Wytrwale szuka pani skutecznej pomocy w tej sytuacji”. (*Dowartościowanie*).

Przykład 3.

Pacjent (mężczyzna lat 70, ma w rodzinie zastępczej 17-letnią wnuczkę): „Panie doktorze, ja już nie mam życia. Od kiedy miesiąc temu wnuczka dostała nowy telefon, bawi się nim non stop. Na każdą moją prośbę o naprawę zwykłe rzeczy – wyniesienie śmieci czy zmywanie reaguje agresją. Pościągła jakieś aplikacje i teraz opłaty za to idą z mojego konta, ja już od miesiąca nie mogę spać, bo nie wiem, czy będę miał na chleb”.

Lekarz: „Postanowił pan szybko poszukać pomocy dla siebie i dla niej”. (*Dowartościowanie*).

Dowartościowanie pomaga skierować uwagę pacjentów na ich własne zasoby i mocne strony. Często jest impulsem do myślenia o aktywnej zmianie.

Odzwierciedlenie wzmocnione – nadaje intensywniejszy charakter elementom wypowiedzi, związanych z oporem. Zasadniczo nieco wzmacnia siłę wypowiedzi pacjenta, zwiększając jego intensywność lub pewność siebie. Celem takiego przesadnego stwierdzenia jest wywołanie drugiej strony ambiwalencji w wypowiedzi pacjenta – języka zmiany.

Przykład 1.

Pacjent (mężczyzna lat 57, po dwóch zawałach serca): „Pani doktor, ja nie mogę mniej pracować. Kto mi zapewni godziwą emeryturę?”

Lekarz: „Nie ma pan żadnej możliwości, by o siebie zadbać”. (*Odzwierciedlenie wzmocnione*).

Przykład 2.

Pacjent (mężczyzna lat 25, w ciągu czterech miesięcy po raz trzeci na badaniach u lekarza medycyny pracy): „Co ja poradzę, że każdy szef teraz wymaga punktualności. Sam pan rozumie, że po pracy należy się człowiekowi trochę przyjemności. Ja nawet nie piję. A że pogram sobie w nocy na playstation, to chyba nikomu nie przeszkadza. Wielka mi rzecz spóźnienie”.

Lekarz: „Nie ma pan żadnego wpływu na swoją punktualność”. (*Odzwierciedlenie wzmocnione*).

Przykład 3.

Pacjentka (kobieta lat 25, zgłasza problemy ze snem): „Panie doktorze, zrobiłam już wszystko, żeby ograniczyć godziny pracy. Ale ja ze stresu, że następnego dnia mam tam iść, to spać nie mogę”.

Lekarz: „Zrobiła już pani absolutnie wszystko, żeby mniej pracować”. (*Odzwierciedlenie wzmocnione*).

Warto, aby mimo zwiększania intensywności czy pewności stwierdzenia wypowiedź zabrzmiała łagodnie i nieoceniająco. Należy też dać pacjentowi trochę czasu na udzielenie odpowiedzi. Nie zadawać żadnych dodatkowych pytań.

Zgoda z podkreślonym znaczeniem polega na sformułowaniu odzwierciedlenia bądź przytaknięcia, po którym następuje przeformułowanie. Zgoda z podkreślonym znaczeniem łączy zalety odzwierciedlenia z zachętą do spojrzenia na sytuację z innego punktu widzenia.

Przykład 1.

Pacjent (chłopiec lat 16, przechodzi kolejne badania wzroku, zgłaszając pogorszenie): „Przecież to normalne, że teraz wszyscy dużo siedzą przed komputerem, nawet w nocy. Nie ma innej możliwości, przecież dzisiaj wszystko się dzieje w necie”.

Lekarz: „To prawda. Znalezienie złotego środka w używaniu przez ciebie komputera to dla twoich oczu ważna sprawa”. (*Zgoda z podkreślonym znaczeniem*).

Przykład 2.

Pacjentka (kobieta lat 21, regularnie korzystająca z solarium i naturalnego opalania): „Panie doktorze, znamiona znamionami, ale to chyba normalne, że chcę ładnie wyglądać. Jestem młoda, nic mi nie będzie”.

Lekarz: „Nie ma nic złego w ładnym wyglądzie. Mówimy o pani opalaniu właśnie po to, żeby mogła się pani jeszcze długo nim cieszyć”. (*Zgoda z podkreślonym znaczeniem*).

Przykład 3.

Pacjentka (kobieta lat 26, zgłasza przemęczenie, wypadanie włosów i utratę wagi): „Panie doktorze, muszę jeszcze się sprężyć, żeby osiągnąć jak najlepszy wynik w pracy na koniec roku i dostać premię. Pan nie rozumie, jakie to dla mnie ważne. Potrzebuję tych pieniędzy. Czy mógłby mi pan przepisać jakieś witaminy albo coś na uspokojenie?”

Lekarz: „Pieniądze niewątpliwie są ważne. Zrobienie podstawowych badań pozwoli nam ustalić, na ile ważne jest też zadbanie o pani zdrowie”. (*Zgoda z podkreślonym znaczeniem*).

Zachęcenie do spojrzenia z innego punktu widzenia na sytuację wymaga od pacjenta chwili refleksji. Pacjent może okazać zaskoczenie, zdziwienie, a nawet wyrazić zgodę na zmianę, mówiąc, że nigdy nie myślał w ten sposób o swojej sytuacji.

Przeniesienie punktu ciężkości – odbywa się po stwierdzeniu, że rozmowa na wybrany temat nie przynosi oczekiwanych rezultatów, i przeniesieniu uwagi na kwestię, której omówienie może się okazać bardziej pomocne. Takie przeniesienie można osiągnąć przez odzwierciedlanie, podsumowanie, pytanie albo połączenie tych trzech metod.

Przykład 1.

Pacjentka (kobieta lat 35, matka 7-letniego chłopca): „Pani doktor ja wiem, że on powinien wychodzić z domu i mieć kontakt z rówieśnikami, a nie cały czas oglądać bajki. Pewnie by to pomogło w tych lękach, ale nie mam siły z nim walczyć”.

Lekarz: ”Rzeczywiście, może to nie najlepszy czas na zmiany. Warto, aby pani wcześniej zadbała o siebie. Pomówmy, co może pani w tym pomóc”.

Przykład 2.

Pacjent (mężczyzna lat 43, po pierwszym zawale, w trakcie wczesnej rehabilitacji kardiologicznej): „Ostatnie dwa miesiące wyrwały mnie z pracy. Ile jeszcze mam tu być? Muszę wrócić do firmy”.

Lekarz: „Praca to ważny temat. Może wróćmy do niego, proszę, jak omówimy pana bieżące wyniki badań”.

Przykład 3.

Pacjent (chłopiec lat 15, zgłasza tiki w okolicy twarzy, które, zdaniem matki, nasilają się podczas ciągłego grania w gry komputerowe): „Denerwuje mnie, że muszę zażywać te leki. Żaden mój kolega tak nie ma. Ale jak już muszę, to niech przynajmniej to będzie skuteczne, a nie że mama daje mi szlaban na granie”.

Lekarz: „Fakt, że tiki się utrzymują. Może porozmawiamy o skuteczności leczenia farmakologicznego, kiedy opowiesz mi, jak najczęściej spędzasz czas po lekcjach”.

Przeniesienie punktu ciężkości może być stosowane w różnych sytuacjach, gdy czujemy, że dalsza rozmowa na dany temat jedynie wzmacnia mowę status quo albo wywołuje opór pacjenta. Skierowanie uwagi na inny temat pozwala rozszerzyć perspektywę, wyciszyć emocje i znaleźć pomysł na powrót z pacjentem do właściwego tematu.

Omówiliśmy poszczególne odzwierciedlenia pomocne w tonowaniu wypowiedzi argumentujących na rzecz podtrzymania status quo. Zilustrujemy więc dynamikę rozmowy z wykorzystaniem tych i pozostałych umiejętności DM.

Pacjent to 15-letni chłopak, który po przeprowadzce i zmianie szkoły czuł się odrzucony przez nową klasę, zgłaszał lęk przed porażką, lęk społeczny. Wagarował. Na wniosek lekarza psychiatry wydano mu orzeczenie, na podstawie którego przez rok miał nauczanie indywidualne. Na jednej z wizyt kontrolnych u lekarza psychiatry matka chłopca zgłosiła narastające trudności w normowaniu czasu snu i czuwania oraz zwiększoną drażliwość syna. Z wywiadu wynikało, że od czasu przyznania mu nauczania indywidualnego chłopak całe noce spędza na graniu w gry komputerowe. Oto fragment dialogu:

Paweł: „Mam tu dobry przykład, taki mój kolega ma 24 lata, no, chłopak non stop przed kompem siedzi i gra, gra, gra... ile tylko wlezie, codziennie. Koleś jest tak zakręcony, że nie wie, kiedy jest dzień, a kiedy noc... roboty nie ma... z matką ciągle mieszka”.

Lekarz: „Nie chciałbyś tak żyć jak on” (*przeformułowanie pozwala przekierować uwagę pacjenta z kolegi na jego własne potrzeby*).

Paweł: „To dla mnie kompletna głupota”.

Lekarz: „Co jest kompletną głupotą?” (*Pytanie otwarte pozwala zaprosić pacjenta do poszerzenia jego perspektywy*).

Paweł: „Zrobić z siebie coś takiego... Chłopak ma 24 lata, a zachowuje się, jakby miał, nie wiem, 11–12 lat”.

Lekarz: „Zdziecinniał przez to wszystko (*odzwierciedlenie wzmocnione*). To brzmi tak, jakbyś chciał trochę zadbać o siebie” (*przeformułowanie*).

Paweł: „Ale tylko trochę”.

Lekarz: „Co jest w tym trochę, po co ci to dbanie o siebie?” (*Pytanie otwierające, pozwala wydobyć argumenty na rzecz zmiany*).

Paweł: „Po prostu nie chcę skończyć jak ten mój kumpel, o tym właśnie mówię, ja bym wolał jakoś wyjść na ludzi, skończyć szkołę”.

Lekarz: „Z jednej strony granie sprawia ci przyjemność, a jednocześnie sam mówisz, że chcesz skończyć szkołę i wyjść na ludzi”. (*Odzwierciedlenie ambiwalencji z dowartościowaniem postawy pacjenta*).

W przytoczonym fragmencie rozmowy lekarz wykorzystuje wypowiedź pacjenta na temat kolegi, ale nie zagłębia się w tę historię, tylko zaczyna przekierowywać uwagę pacjenta na jego własne cele. Sformułowana przez pacjenta ocena zachowania kolegi spotyka się z nieoceniającą postawą zaciekawienia ze strony lekarza. Dzięki temu pacjent sam siebie wzmacnia w argumentacji na rzecz zmiany. Kolejne odzwierciedlenia przeformułują wypowiedź pacjenta i pozwalają postawić hipotezę o chęci zadbania o siebie. Takie przeformułowanie jest możliwe, jeśli się weźmie pod uwagę cały fragment tej rozmowy i to, że pacjent wzmacnił się w argumentacji na rzecz zmiany. Wypowiedź zaznaczająca, że „tylko trochę chcę o sobie zadbać”, znów spotyka się z zainteresowaniem ze strony lekarza. W odpowiedzi na pytanie pacjent ponownie sam siebie wzmacnia w argumentacji na rzecz zmiany. Odzwierciedlenie ambiwalencji pozwala mu usłyszeć dwie strony jego własnej argumentacji. Chcemy zadbać, aby słyszał, że granie samo w sobie jest dla niego ważne, ale dzięki tak sformułowanemu odzwierciedleniu zachęcamy go także do myślenia o argumentach na rzecz zmiany.

Niezgoda w relacji. Trudności w kontakcie z pacjentem mogą też być wyrazem pewnego rodzaju niezgody, zgrzytu w relacji między lekarzem i pacjentem (Miller, Rollnick, 2015). Kiedy lekarz za szybko, zbyt intensywnie stara się pomóc pacjentowi, może się spotkać z reakcją obronną z jego strony. Wyrazem tego jest na przykład sprzeciw pacjenta wobec konkretnych zaleceń lub brak zgody na pewne zalecenia. W takiej sytuacji lekarz może się też spotkać z zarzutem braku zrozumienia (Rollnick i in., 2010). Niezgoda może być wyrażona w różny sposób: poprzez bagatelizowanie (np. swoich problemów zdrowotnych), usprawiedliwianie (np. swojej postawy nadmiernego zaangażowania w pracę), zarzucanie lekarzowi niekompetencji czy złej woli, przerywanie mu, wyraźne wycofanie się (pacjent wydaje się nieobecny).

Sposoby reagowania na wypowiedzi sygnalizujące niezgodę mogą być bardzo podobne jak opisane wcześniej umiejętności wykorzystywane w pracy z językiem podtrzymania Czasem, jeśli sami czujemy, że kierowaliśmy się w ocenie pacjenta jakimś krzywdzącym założeniem, lub gdy dostrzegamy w jego reakcji, że poczuł się urażony, można przeprosić pacjenta czy przyznać się do błędu. Powiedzenie wtedy: „Przepraszam, musiałem pana źle zrozumieć. Mam wrażenie, że to pana uraziło” – to postawa, która pozwala pacjentowi dalej słuchać i być uważnym na zalecenia lekarskie, a nie skupiać się na swoich przykrych emocjach.

Proponowane formy pracy mogą początkowo stanowić wyzwanie. Warto się jednak zastanowić, w jaki sposób samodzielnie rozwijać i wzmacniać te umiejętności. Jedną z możliwych i dostępnych form jest obserwacja, w jakich momentach praktyki skupialiśmy się na wydobywaniu wypowiedzi w kierunku zmiany zachowania pacjenta w ciągu dnia argumentowaliśmy na rzecz zmiany zachowania pacjenta. To z pewnością okazja do budowania u pacjenta wewnętrznej motywacji do zmiany.

Ogólne zasady pracy

-Ogólne zasady pracy sprzyjające dobrej współpracy zostały zebrane przez Williama Millera i Stephena Rollnicka (2010) i zebrany w akronim RULE (ang. *rule* – zasada). Pierwsza z tych zasad to właśnie powstrzymanie odruchu naprawiania (R – ang. *resist the lighting reflex*), kolejne to: zrozumienie motywacji pacjenta (U – *understand client's motivation*), słuchanie pacjenta (L – ang. *listen to client*) i jego wzmacnianie (E – ang. *empower client*). Zasady te stanowią ramy, w których warto się poruszać, pomagając drugiej osobie w budowaniu motywacji do zmiany zachowań (Rosengren, 2013).

Zasady te zilustrujemy przykładem dotyczącym tak trudnych sytuacji klinicznych jak nawrót. Rozpoczniemy od wizyty znanego nam Josepha, który trzy miesiące później przychodzi na kolejne spotkanie z psychiatrą.

Lekarz: Dzień dobry, Josephie, miło cię znów widzieć, jak się miewasz? (*Pytanie otwarte*).

Joseph: Jak pani wie, przez pierwszy miesiąc wszystko szło dobrze, ale w ostatni weekend miałem nawrót.

Lekarz: Miałeś nawrót. (*Odzwierciedlenie – słuchanie, powstrzymanie odruchu naprawiania*).

Joseph: Tak, wielka szkoda. Muszę teraz wszystko zaczynać od nowa.

Lekarz: To frustrujące, bo włożyłeś w tę zmianę wiele pracy. (*Odzwierciedlenie/Dowartościowanie – wzmacnianie*).

Joseph: Jasne, teraz moi rodzice znów są na ofensywnej ścieżce i chcą mnie baczniej obserwować... Na szczęście tym razem nie straciłem pracy.

Lekarz: Twoi rodzice się przestraszyli, ale przynajmniej ta sytuacja nie miała wpływu na twoją pracę. (*Odzwierciedlenie*).

Joseph: Tak, całe szczęście. Poniedziałek był zabójczy, ale byłem w stanie pójść do pracy.

Lekarz: Praca jest dla ciebie ważna, chcesz ją utrzymać za wszelką cenę. *(Dowartościowanie/Odzwierciedlenie – zrozumienie motywacji pacjenta, wzmacnianie).*

Joseph: Praca daje mi niezależność i nie czuję się tak zagubiony.

Lekarz: Jesteś odpowiedzialną osobą. *(Dowartościowanie – wzmacnianie).*

Joseph: Dziękuję, tak mi się wydaje, i martwi mnie to, że znów straciłem kontrolę i moi rodzice znów na mnie wsiedli...

Lekarz: Martwi cię utrata zaufania rodziców. *(Odzwierciedlenie – słuchanie).*

Joseph: Tak, mieli jakieś oczekiwania, bo tak dobrze sobie radziłem, i teraz czuję się winny.

Lekarz: Bardzo doceniam twoją szczerość, prawda jest taka, że sytuacja, z którą się zmagasz, nie należy do łatwych, przez dwa ostatnie miesiące wszystko szło dobrze. Jak sądzisz, co mogło sprawić, że tym razem się nie udało? *(Dowartościowanie/Pytanie otwarte – powstrzymywanie odruchu naprawiania).*

Joseph: Nie wiem... może zażywałem leki w niewłaściwy sposób. Pamiętam, że radziła mi pani, żeby je brać wtedy, kiedy przewiduję, że będę pił alkohol, ale w ten weekend z nawrotem myślałem o picciu już od czwartku, w piątek poszedłem coś zjeść razem z klientami i wypilem dwa piwa, nie więcej, bo potem poszedłem na siłownię. Poczułem, że mogę się kontrolować, i pomyślałem, że nie ma żadnego ryzyka, więc postanowiłem nie brać tabletki, żeby zobaczyć, co się stanie. Ale w sobotę w klubie wypilem gin z tonikiem, potem kolejny i już nie mogłem przestać...

Lekarz: Zdecydowałeś, że możesz się kontrolować bez tabletki, ale potem nie mogłeś przestać... *(Odzwierciedlenie – powstrzymywanie odruchu naprawiania).*

Joseph: Nie mogłem... i teraz czekam na wynik badania krwi, bo uprawiałem także seks z dziewczyną, której nawet teraz nie pamiętam. Chcę sprawdzić, czy wszystko jest ok. *(wygląda na zmartwionego).*

Lekarz: Zrobienie badania krwi to dobra decyzja, czekanie na wyniki jest zawsze trudne, nawet kiedy dostajesz je bardzo szybko. *(Odzwierciedlenie – (powstrzymywanie odruchu naprawiania).*

Joseph: Tak, mam nadzieję, że i tym razem mi się poszczęści.

Lekarz: Ja także mam nadzieję, że nie będzie żadnej niespodzianki. *Dowartościowanie wzmacnianie).*

Joseph: Wyniki mają być dziś po południu.

Lekarz: Świetnie, dasz mi znać, co wyszło? *(zrozumienie motywacji pacjenta).*

Joseph: Oczywiście, jak tylko się dowiem.

Lekarz: Dziękuję ci. Josephie, pracujemy razem od jakiegoś czasu i sprawy ogólnie szły do tej pory dobrze. Wydaje się, że chcesz kontrolować picie alkoholu, ale wydaje się także, że osiągasz lepsze efekty z pomocą leków. Jak ty to widzisz? (*Podsumowanie/Pytanie otwarte – powstrzymanie odruchu naprawiania, zrozumienie motywacji pacjenta*).

Joseph: Chciałbym umieć pić, przestać, kiedy tylko zechcę, i nie być zależnym od leków.

Lekarz: To jest dla ciebie nieco frustrujące, ale powiedziałaś także, że w piątek wypiliśmy tylko dwa piwa. (*Odzwierciedlenie – słuchanie*).

Joseph: Tak, potem byłem na siłowni, na rowerze stacjonarnym.

Lekarz: Widzisz więc, że w pewnych okolicznościach twoje zdolności kontrolowania sytuacji wzrastają. (*Odzwierciedlenie – wzmacnianie*).

Joseph: Niestety, połączenie wieczornego wyjścia z wizytą w klubie jest zabójcze.

Lekarz: Jest okropne. (*Odzwierciedlenie – zrozumienie*).

Joseph: Chyba że wezmę leki.

Lekarz: Masz poczucie, że zażycie leków cię chroni. (*Odzwierciedlenie – zrozumienie*).

Joseph: Tak, chroni mnie przed samym sobą, ale jednocześnie wydaje mi się to dość sztuczne, nienaturalne.

Lekarz: Jakbyś był na rozstaju dróg: z jednej strony chcesz być w pełni niezależny i mieć nad sobą kontrolę w każdych okolicznościach, i jednocześnie zdajesz sobie sprawę, że kiedy bierzesz leki, osiągasz swój cel... (*Podsumowanie – wzmocnienie*).

Joseph: Tak, to sprzeczność. Nie lubię być zależny od leków.

Lekarz: Z jednej strony nie lubisz brać leków, ale z drugiej strony okazuje się, że jest to dla ciebie korzystne. (*Odzwierciedlenie – słuchanie*).

Joseph: Prawda jest taka, że moi rodzice byli spokojniejsi, kiedy byłem w trakcie leczenia.

Lekarz: Twoi rodzice byli z ciebie bardziej zadowoleni i to sprawiło, że czułeś się lepiej. (*Odzwierciedlenie – wzmocnienie*).

Joseph: Tak. Pytają, dlaczego nie biorę tego leku także w te dni, kiedy myślę o picciu alkoholu.

Lekarz: Sugerują, że mógłbyś brać lek częściej, profilaktycznie. A co ty o tym myślisz? (*Pytanie otwarte – zrozumienie*).

Joseph: Nie wiem, może mają rację... Ale czy wtedy działanie leku nie osłabnie? Czy to nie będzie ze szkodą dla mojego organizmu?

Lekarz: Sądzę, że twoje obawy dotyczące leków są uzasadnione, ale chcę ci powiedzieć, że leki, które bierzesz, nie powodują uzależnienia i skoro do tej pory twój organizm dobrze je toleruje, to nie powinniśmy się obawiać ich skutków ubocznych. Jakie inne zalety profilaktycznego zażywania leków dostrzegasz? (*Zapytanie–Przekazanie–Zapytanie – powstrzymywanie odruchu naprawiania*).

Joseph: Gdybym je zażywał w weekend, to może pomogłyby mi nie myśleć tak często o alkoholu.

Lekarz: W jakim momencie musiałbyś je zażyć?

J: Myślę, że w czwartek, bo wtedy już czuję nadchodzący weekend. W pierwsze dni tygodnia nie widzę żadnego ryzyka, ale wszystko zmienia się w czwartek po południu.

Lekarz: A więc myślisz, że mógłbyś zażywać lek od czwartku. (*Odzwierciedlenie – zrozumienie*).

Joseph: Tak, czwartki i soboty to kluczowe dni. W niedziele rano lubię pojeździć na rowerze.

Lekarz: A więc gdybyś brał lek od czwartku, twoi rodzice byliby spokojniejsi, uniknąłbyś ryzyka i mógłbyś mieć przyjemność z jazdy rowerem w niedzielę... (*Odzwierciedlenie – wzmocnienie*).

Joseph: Tak, i w poniedziałek nie byłbym wyłączony z życia, i mógłbym pójść do pracy.

Lekarz: Bardzo dobrze, Josephie, bardzo solidnie pracujesz nad tym tematem. (*Dowartościowanie – wzmocnienie*).

Joseph: Dziękuję.

Lekarz: Jak sądzisz, kiedy mógłbyś wdrożyć swój nowy plan? (*zrozumienie motywacji pacjenta*)

Joseph: Zacznę w tym tygodniu.

Lekarz: Świetnie, Josephie, dziękuję ci bardzo, że podzieliłeś się ze mną swoim planem. Co sądzisz o tym, żebyśmy się spotkali za miesiąc i przyjrzeni się ponownie twojemu planowi? (*Dowartościowanie /Pytanie otwarte – zrozumienie motywacji pacjenta*).

Joseph: Zgadza się.

Lekarz: Doskonale. Wiesz już, że możesz się ze mną kontaktować, gdyby wydarzyło się coś nieoczekiwanego.

Joseph: Tak, dziękuję, mam nadzieję, że to nie będzie konieczne.

Zwróćmy uwagę, jak podczas tej konsultacji lekarz sprawnie posługuje się Opisanymi umiejętnościami opisanymi umiejętnościami. Nawet sytuacja nawrotu staje się okazją do powstrzymywania odruchu naprawiania, do słuchania pacjenta, podejmowania próby

zrozumienia jego motywacji oraz stałego wzmacniania jego potencjału i poczucia sprawczości.

Powstrzymanie odruchu naprawiania w kontakcie z Josephem pozwoliło lekarzowi wzmocnić zaangażowanie pacjenta w kontynuowanie leczenia farmakologicznego i tym samym pracować nad utrwaleniem efektów wspólnej pracy. Zaciekawienie lekarza sytuacją nawrotu u Josepha zaowocowało pracą nad dalszym budowaniem motywacji do zmiany i wykorzystaniem obserwacji pacjenta z nawrotu do stworzenia skuteczniejszego planu leczenia. Wzmacnianie, dowartościowywanie pacjenta – to podstawa pracy w DM. Miller i Rollnick (2010) definiują to jako wspieranie poczucia sprawczości pacjenta, co w istocie oznacza wzmocnienie przekonania potrafię–robię (ang. *can-do*). Wzmacnianie w dialogu z Josephem to dostrzeganie jego drobnych kompetencji, konkretnych zachowań czy myślenia, które zbudowały jego przekonanie o możliwości dalszej pracy nad rozwiązywaniem swoich problemów. W sytuacji doświadczenia nawrotu okazało się to bardzo pomocne w pracy nad dalszą zmianą.

Chociaż filozofia DM wykracza poza proste strategie komunikacyjne (interwencja ta ma wyraźne podłoże humanistyczne, w którym niezbędne jest poszanowanie autonomii drugiej osoby, współpraca i wyrażanie troski), na poziomie praktycznym bardzo przydatna jest znajomość mikroumiejętności. Albowiem to one pozwalają lekarzowi poprawiać niektóre aspekty najbardziej związane z brakiem przestrzegania zaleceń, takie jak problemy z komunikacją, brak określenia poziomu gotowości do zmiany czy brak współpracy z pacjentem (Miller, Rollnick, 2012)

Podsumowanie

W prezentowanej książce autorki przedstawiły jak elementy TPB i DM –mogą być użyte podczas konsultacji z pacjentem uzależnionym, aby osiągnąć następujące cele:

1. Poprawa komunikacji i relacji terapeutycznej.
2. Identyfikacja gotowości pacjenta do zmiany wpływu jego sposobu myślenia na przebieg leczenia.

3. Promowanie edukowania pacjentów na temat ich choroby i zwiększanie ich skłonności do współpracy.
4. Promowanie wspólnego podejmowania decyzji.
5. Zwiększanie motywacji i pewności siebie pacjentów.

Działania oparte na elementach dialogu motywującego i terapii poznawczo-behawioralnej mogą w istotny sposób zoptymalizować efekty pracy lekarza, a stała dbałość o prowadzenie konsultacji w duchu dialogu motywującego może pomóc w budowaniu motywacji pacjenta do zmiany nawet podczas krótkiego rutynowego kontaktu. Oczywiście wymaga nieco uważności i sporo praktyki.

Dla wszystkich specjalistów działających w obszarze opieki zdrowotnej, opieki społecznej lub kuratorskiej, praca z osobami z problemem uzależnień jest niewątpliwie częścią ich zadania. Osoby dotknięte uzależnieniem (od substancji psychoaktywnych czy od czynności) bardzo często trafiają do tego rodzaju instytucji. Oczywiście istnieją specjalistyczne programy pomocy, ale okazuje się, że dużo można uzyskać także w trakcie krótkiej konsultacji. Podczas rozmowy prowadzonej zgodnie z zasadami dialogu motywującego i terapii poznawczo-behawioralnej ludzie zaczynają inaczej postrzegać swoje zachowania i zestrajać je z preferowanymi wartościami i celami. Często dokonują doniosłych dla siebie odkryć.

Może się wydawać paradoksem to, na co zwraca uwagę prof. Christopher Butler – lekarz od wielu lat praktykujący metody DM, autor bestsellerów na temat zastosowania dialogu motywacyjnego w praktyce medycznej – jeśli chcemy szybkich efektów, to zwolnijmy. Jak wspominaliśmy w środowisku medycznym dominuje praca w pośpiechu. W takich sytuacjach, jak mówi profesor, powszechną (i zrozumiałą) skłonnością lekarzy jest działanie przypominające włączanie automatycznego pilota, to znaczy wykonywanie proceduralnych czynności medycznych przy dostarczaniu pacjentowi minimum niezbędnych informacji (Miller i in., 2012). Pełne dobrych intencji wysiłki lekarza próbującego trafić do chorego, wytłumaczyć mu coś tak, aby informacja do niego dotarła, często sprawiają wrażenie redukcji pacjenta do urządzenia odbiorczego.

Badania pokazują, że takie prowadzenie rozmowy szybko posuwa pacjenta w kierunku wprowadzania zmian w życie. Mogłoby się wydawać, że dawanie pacjentowi czasu,

przestrzeni oraz zachęcanie go do mówienia, podczas gdy lekarz tylko siedzi i słucha, nie jest dość skutecznym sposobem na rozpoczynanie wywiadu. W idealnej sytuacji nie jest wskazane przyspieszanie czy też zwalnianie tempa pracy. Chodzi o umiejętne gospodarowanie czasem podczas wizyty i utrzymywanie kontroli nad przebiegiem rozmowy z pacjentem. Lekarz powinien dostosować tempo pracy do pacjenta, elastycznie reagować na bieżącą sytuację, jednocześnie realizując cel spotkania. Ważne jest, by nie popadać w dygresje i nie tracić z pola widzenia celu rozmowy. Zwolnienie tempa daje pacjentowi przestrzeń, a lekarzowi czas do zastanowienia, jak w najlepszy sposób pracować z pacjentem. Próbujmy więc zwolnić tempo, a szybciej osiągniemy wytyczone cele.

Jeśli dodatkowo praca przebiega w życzliwej atmosferze, bez oceniania, krytykowania i podsuwania rozwiązań, pacjent często sam dochodzi do wniosków, które często przekładają się na podejmowanie rzeczywistych i szybkich zmian prozdrowotnych.

Bibliografia

Amrhein, P.C., Miller, W.R., Yahne, C.E., Palmer, M., Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting & Clinical Psychology, 71*(5), 862–868.

Andrew, S. (2015). Dialog motywujący w terapii uzależnień behawioralnych. W: J.M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara (red.), *Dialog motywujący w pracy z uzależnieniami behawioralnymi*. Warszawa: ENETEIA.

Atkinson, C. & Earnshaw, P. (2019). *Motivational Cognitive Behavioural Therapy*. London: Routledge.

Beck A.T. i in., *Terapia poznawcza uzależnień*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 2007

Bailey, K., Baker, A., Webster, R. (2004). Pilot randomized controlled trial of a brief alcohol intervention group for adolescents. *Drug Alcohol Review, 23*(2), 157–166.

Bannaga, A.S., Selinger, C.P. (2015). Inflammatory bowel disease and anxiety: links, risks, and challenges faced. *Clinical and Experimental Gastroenterology, 8*, 111–117.
Dostępny w internecie: <<http://dx.doi.org/10.2147/CEG.S57982>>.

Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C.F., Liese, B.S (2007). *Terapia poznawcza uzależnień*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Benson, A.L., Eisenach, D. (2013). Stopping overshopping: An approach to the treatment of compulsive buying disorder. *Journal of Groups in Addiction and Recovery, 8*(1), 3–24.

Brehm, S.S., Brehm, J.W. (1981). *Psychological reactance. A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.

Butler, A. C., Chapman, J. E., Forman, E. M., & Beck, A. T. (2006). The empirical status of cognitive-behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Clinical Psychology Review, 26*, 17–31

Carlbring, P., Smit, F. (2008). Randomized trial of Internet delivered self-help with telephone support for pathological gamblers, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 1090-1094.

Cole, S., Gutnick, D., Connie, D., Reims, K. (2014). *Brief action planning to facilitate behavior change and support patient self-management*. Dostępny w internecie: <<https://centrecmi.ca/wp-content/uploads/2017/08/Gutnick2014BAPevidenceJCOM.pdf>>.

Coulter, A., Collins, A. (2011). *Making Shared Decision-Making a Reality. No Decision About Me, Without Me*. London: The King's Fund. Dostępny w internecie: <<http://www.kingsfund.org.uk/sites/files/kf/Making-shared-decision-making-a-reality-paper-Angela-Coulter-Alf-Collins-July-2011-0.pdf>>.

Crane, M.A., Chang, H.A., Azamfirei, R. (2020). Medical education takes a step in the right direction. Where does that leave students? *JAMA*, 6 marca. Dostępny w internecie: <DOI:10.1001/jama.2020.2950>.

Del Giudice, M.J., Kutinsky, J. (2007). Applying motivational interviewing to the treatment of sexual compulsivity and addiction. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 14(4), 303–319.

Diskin, K.M., Hodgins, D.C. (2009). A randomized controlled trial of a single session motivational intervention for concerned gamblers. *Behaviour Research and Therapy*, 47(5), 382–388.

Emmons, K.M., Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in healthcare settings opportunities and limitations. *American Journal Preventive Medicine*, 20(1), 68–74.

Fong, T.W., Reid, R.C., Parhami, I. (2012). Behavioral addictions: where to draw lines?, *Psychiatric Clinics of North America*, 35(2), 279-296.

Gold, M.A., Kokotailo, P.K. (2007). Motivational interviewing strategies to facilitate adolescent behavior change. Adolescent health update. *A Clinical Guide for Pediatricians*, 10(1). Dostępny w internecie: <<https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/practitioner/youthguide/aapadolescenthealthupdatebmi.pdf>>.

Green, R. (2015). Dialog motywujący w obszarze zdrowia psychicznego. W: J.M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*. Warszawa: ENETEIA.

Grzegorzewska, I., Cierpiałkowska, L. (2018). *Uzależnienia behawioralne*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.

Heckman, C.J., Egleston, B.L., Hofmann, M.T. (2010). Efficacy of motivational interviewing for smoking cessation: A systematic review and meta-analysis. *Tobacco Control*, 19(5), 410–416.

Herie M, Selby P. Getting beyond "Now is not a good time to quit smoking" Increasing motivation to stop smoking. *Journal of Smoking Session*. 2007;1(2):140-46.

Hodgins, D.C., Currie, S.R., el-Guebaly, N. (2001). Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69 (1), 50-57.

S.G. Hofmann, A. Asnaani, I.J. Vonk, A.T. Sawyer, A. Fang **The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses** *Cognit. Ther. Res.*, 36 (2012), pp. 427-440

Jaraczewska, J.M. (2014). Dialog motywujący w terapii uzależnień behawioralnych. *Serwis Informacyjny Narkomania*, 1(65), 34–39.

Jaraczewska, J.M.. (2008). Rozpoznawanie gotowości do wprowadzania zmian. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 5, 19–21.

Jaraczewska, J.M. (2009). Skuteczność terapii motywującej w redukcji problemów alkoholowych. Przegląd badań. *Alkoholizm i Narkomania*, 22(2), 129–141.

Jaraczewska, J.M., Krasiejko, I. (red.) (2012). *Dialog motywujący w teorii i praktyce*. Toruń: Akapit.

Jaraczewska, J.M., Adamczyk-Zientara M. (red.) (2015). *Dialog motywujący w pracy z uzależnieniami behawioralnymi*. Warszawa: ENETEIA.

Jaraczewska, J.M., Derwich, A. (2020). *Terapia poznawczo-behawioralna i dialog motywujący w pracy z osobami uzależnionymi behawioralnie*. Warszawa: ENETEIA.

Knopes, D. R. (2004). Motivating change in high-risk adolescents: An intervention focus on the deviant friendship process. *The Sciences and Engineering*, 65,2(B).

Langewitz, W. i in. (2002). Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: Cohort study. *British Medical Journal*, 325(7366), 682–683.

Leahy, R. (2008). *Techniki terapii poznawczej. Podręcznik praktyka*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

Levinson, W., Pizzo, P.A. (2011). Patient-physician communication it's about time. *The Journal of the American Medical Association*, 305(17), 1802–1803.

Lopez San Roman, A., Bermejo, F. (2006). Review article: How to control and improve adherence to therapy in inflammatory bowel disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 24(Suppl), 45–49.

Lundahl, B., Moleni, T., Burke, B.L., Butters, R., Tollefson, D., Butler, C.C. (2013). Motivational interviewing in medical care settings: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Patient Educational Council*, 93(2), 157–168.

Miller, W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11(2), 147–172.

Miller, W.R. (2018, czerwiec). Wykład inauguracyjny wygłoszony podczas konferencji *Dialog motywujący i terapia uzależnień w różnych zastosowaniach*. Toruń: Akademia Motywacji i Edukacji.

Miller, W.R., Forcehimes, A.A., Zweben, A. (2014). *Terapia uzależnień. Podręcznik dla profesjonalistów*. Przeł. M. Cierpisz. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Miller, W.R., Forcehimes, A.A., Zweben, A. (2019). *Treating Addiction*. New York: Guilford Press.

- Miller, W.R., Rollnick, S. (1991). *Motivational Interviewing. Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2010). *Wywiad motywujący. Jak przygotowywać ludzi do zmiany*. Przeł. A. Pokojńska. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W., Rollnick, S. (2012). *Motivational Interviewing. Helping People to Change*. Wyd. 3. New York: Guilford Press.
- Miller, W.R., Rollnick, S. (2014). *Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie*. Przeł. R. Andruszko. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Miller, W.R., Sanchez, V.C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. W: G. Howard (red.), *Issues in Alcohol Use and Misuse by Young Adults*. Notre Dame, Indiana: University of Notre Dame Press.
- Moyers, T., Miller, W. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology Addictive Behaviors*, 27(3), 878–884.
- Moyers, T.B., Martin, T., Christopher, P.J., Houck, J.M., Tonigan, J.S., Amrhein, P.C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(10 Suppl), 40–47.
- Naar-King, S., Ellis, D.A., Idalski Carcone, A., Templin, T., Jacques-Tiura, A.J., Brogan Hartlieb, K. (2016). Sequential Multiple Assignment Randomized Trial (SMART) to construct weight loss interventions for African American adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 45(4), 428–441.
- Naar-King, S., Safren, S.A. (2020). *Dialog motywujący i terapia poznawczo-behawioralna* : Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Naar-King, S., Safren, S.A. (2017). *Motivational Interviewing and CBT: Combining Strategies for Maximum Effectiveness*. New York: Guilford Press.
- Panés, J., O'Connor, M., Peyrin-Biroulet, L., Irving, P., Pettersson, J., Colombel, J.F. (2014). Improving quality of care in inflammatory bowel disease: What changes can be made today? *Journal of Crohn's Colitis*, 8(9), 19–26.
- Pengchit, W., Walters, S.T., Simmons, R.G., Kohlmann, W., Burt, R.W., Schwartz, M.D. (2011). Motivation-based intervention to promote colonoscopy screening: An

- integration of a fear management model and motivational interviewing. *Journal of Health Psychology*, 16(8), 1187–1197. Dostępny w internecie: <<http://dx.doi.org/10.1177/1359105311402408>>.
- Petry, N.M., Weinstock, J., Ledgerwood, D., Morasco, B. (2008). A randomized trial of brief interventions for problem and pathological gamblers. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 76(2), 318–328.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1984). *The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy*. Homewood, IL: Dow Jones Irwin.
- Rollnick, S. (2011, wrzesień). *Front door to the unknown*. Wykład wygłoszony podczas warsztatu szkoleniowego na konferencji nt. „Motivational Interviewing Network of Trainers Forum MINT”. Sheffield, Wielka Brytania
- Rollnick, S., Butler, C.C., Kinnersley, P., Gregory, J., Mash, B. (2010) Motivational interviewing. *British Medical Journal*, 340, 1242–1245.
- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2010). *Wywiad motywujący w opiece zdrowotnej*. Przeł. M. Sobczak. Warszawa: Wydawnictwo Academica.
- Rollnick, S., Miller, W.R., Butler, C.C. (2008). *Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior*. New York: Guilford Press.
- Roncero, C., Szerman, N., Terán, A., Pino, C., Vázquez, J.M., Velasco, E., García-Dorado, M., Casas, M.P. (2016). Professionals' perception on the management of patients with dual disorders. *Patient Preference and Adherence*, 10(259), 1855–1868.
- Rosengren, D. (2013). *Budowanie umiejętności potrzebnych w dialogu motywującym*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55(513), 305–312.
- Rowicka, M. (2016) *Terapia i profilaktyka uzależnień behawioralnych*. Warszawa: Fundacja Praesternio.
- Selby Peter (www.motivationalinterview.org)
- Shek, D.T., Tang, V.M, Lo, C.Y. (2009). Evaluation of an Internet addiction treatment program for Chinese adolescents in Hong Kong. *Adolescence*, 44(174), 359–373.
- Solhkhah, R., Gaveras, G. (2010). Adolescents. W: P. Levounis, B. Arnaout, *Handbook of Motivation and Change. A Practical Guide for Clinicians*. New York: American Psychiatric Publishing.

Spoelstra, S.L., Schueller, M., Hilton, M., Ridenour, K. (2015). Interventions combining motivational interviewing and cognitive behaviour to promote medication adherence: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 24(9–10), 1163–1173.

Stavropoulou, C. (2011). Non-adherence to medication and doctor-patient relationship: Evidence from a European survey. *Patient Education & Counseling*, 83(1), 7–13.

Street, R.L., Gordon, H., Haidet, P. (2007). Physicians' communication and perceptions of patients: Is it how they look, how they talk, or is it just the doctor? *Social Science & Medicine*, 65(3), 586–598.

Trzeciak, S., Mazzairelli, A. (2019). *Compassionomics: The Revolutionary Scientific Evidence that Caring Makes a Difference*. Pensacola, FL: Studer Group.

Oei, T. P. S., Raylu, N., Casey, L. M. (2010). Effectiveness of group and individual formats of a combined motivational interviewing and cognitive behavioral treatment program for problem gambling: a randomized controlled trial, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 38(2), 233-238.

Wciórka, J. (2015). O budzeniu nadziei i przywracaniu dialogu w procesie zdrowienia. W: J.M. Jaraczewska, M. Adamczyk-Zientara, *Dialog motywujący. Praca z osobami uzależnionymi behawioralnie*. Warszawa: ENETEIA.

Wulfert E., Blanchard E.B., Freidenberg B.M., Martell R.S., (2006). *Retaining Pathological Gamblers in Cognitive Behavior Therapy Through Motivational Enhancement: A Pilot Study*. *Behavior Modification*, 30(3):315-40.