

MOTIVACIJA IN MOTIVACIJSKI POSTOPKI V OBRAVNAVI ODVISNOSTI

*Darja Boben - Bardutzky**

Naraščajoče zanimanje za motivacijo

Zadnje desetletje narašča med strokovnjaki za obravnavo odvisnosti interes za razumevanje človekove motivacije za določeno vedenje. Strokovnjaki se vedno bolj poglobljajo v razumevanje bistva motiviranosti, predvsem motiviranosti za spremembe vedenja, kot je na primer prenehanje uživanja psihoaktivnih snovi (PAS). Pozornost usmerjajo tudi k izboljševanju usposobljenosti strokovnjakov za obvladovanje postopkov, ki večajo motivacijo (1).

Dosedanje ugotovitve

- Ljudje, ki imajo probleme z alkoholom in drugimi PAS ter iščejo strokovno pomoč, se bistveno razlikujejo glede na stopnjo motiviranosti za spremembe (1).
- Nekaterе študije kažejo, da je stopnja začetne motiviranosti lahko napovednik za to, kako se bo posameznik kasneje vključil v zdravljenje in kakšna bo uspešnost zdravljenja (1).
- Terapevtski postopki, ki vključujejo motivacijske intervjuje, so se izkazali kot koristni tako pri problematičnih pivcih kot pri odvisnikih, najbolj pa seveda pri ne-motiviranih oz. jeznih posameznikih (oziroma bolje kot drugi postopki).
- Pacienti, ki se znajdejo v programih za zdravljenje odvisnosti, so običajno slabo motivirani za spremembo.

Zunanja in notranja motivacija

V literaturi se še vedno pojavljata izraza zunanja in notranja motivacija (1). Očitno je uporaba teh izrazov odvisna od tega, katera teoretična struktura nam predstavlja temelj razumevanja motivacije. Če sprejemamo pojem zunanja motivacija, potem posredno pristajamo na predpostavko, da se da ljudi prisiliti, kako bi počeli nekaj,

* Prim. Darja Boben - Bardutzky, dr.med., Psihiatrična bolnišnica Vojnik, Celjska c.37, 3212 Vojnik; e-pošta: darja.boben@pb-vojnik.si

česar ne želijo. V to pa predstavniki teorij, ki govorijo o notranji motiviranosti človeka, ne verjamejo. Če bi res veljala zunanja prisila kot motivacija, bi stvari bile zelo enostavne - ljudi bi pač prisilili, da nehajo piti. A kot vemo, to nikjer ne uspeva, vsaj dolgoročno ne. Poleg tega porast oziroma splošno navdušenje nad motivacijskimi postopki (MP) kaže, da temu ni tako. Za kaj potem gre?

Ko na primer opisujemo kot zunanjo motivacijo "grožnjo z izgubo zaposlitve" - ta lahko deluje, ali pa ne. Človek se bo odločil za zdravljenje, če je med "pitjem brez zaposlitve" in "zaposlitvijo brez pitja" izbral drugo možnost. Če mu zaposlitev (in vse kar prinaša) ne pomeni veliko, pitje pa še prinaša dobro počutje, ta grožnja ne bo predstavljala "zunanje" motivacije. Torej se je, v primeru "delovanja", zunanja motivacija spremenila v notranjo (seveda za ta trenutek, za določen čas).

Izkazalo se je, da so najuspešnejši tisti pacienti, ki doživljajo zunanje pritiske in so notranje motivirani (1). Naloga terapevtov je v pomoči pacientom pri oza-veščanju na način, da zunanje pritiske prepoznajo kot možnosti oziroma kot izbiro na poti do boljšega zadovoljevanja potreb (preživetvenih in psiholoških). Ali z drugimi besedami, da jim prevedemo, kaj zunanji pritiski pomenijo za njihove notranje motive.

Primer: Grozi vam odpoved? Kaj ob tem razmišljate? Kaj je za vas pomembno? Kako si predstavljate življenje? Kaj si želite zase, za svojo družino? Kako močno je to pomembno...? Kaj ste pripravljeni za dosego tega narediti?

Stopnje motiviranosti (za spremembe)

Ljudje se razlikujejo glede na stopnjo motiviranosti za spremembe, ki naj bi jih naredili v življenju. Prochaska in DiClemente sta leta 1992 postavila transteoretični model tega, kako ljudje spreminjajo svoje vedenje (adiktivno - odvisniško) z ali brez zdravljenja. V tem modelu se posamezniki premikajo skozi različne stopnje, tako, kot napredujejo v spreminjanju (problematičnega) vedenja. Vsaka stopnja ima svoje značilnosti ter zahteva izpolnitev določenih nalog in določen napredek, da bi prišlo do spremembe (1).

Prva stopnja je PREKONTEMPLACIJA. Na tej stopnji ljudje še ne razmišljajo o spremembah, probleme večinoma zanikajo. To je morda zato, ker še sploh niso nikoli kaj dosti razmišljali o svoji situaciji, ali pa so že vse premislili in se odločili, da se ne bodo spremenili. Včasih imajo morda občutek, da se želijo spremeniti, a se ne počutijo sposobne za realizacijo teh sprememb.

Za ljudi na tej stopnji bo morda koristno, da pridobijo več informacij o lastni situaciji in sporočila o sprejemanju lastne odgovornosti, bodisi za nadaljevanje dosedanjega načina življenja, bodisi sprememb.

Druga stopnja je KONTEMPLACIJA. Na tej stopnji razmišljajo o spremembah, a se še ne odločijo zanje. Vidijo svoje probleme in razmišljajo o možnostih in tveganjih, ki jih prinašajo spremembe dosedanjih vedenj. So negotovi glede tega, kaj naj storijo. Ugotavljajo dobre in ne tako dobre stvari v sedanji situaciji in prav tako v morebitni spremembi. Ljudje na tej stopnji pravzaprav želijo oboje; spremembe in isto stanje, kar zna povzročati zmedenost in občutek pritiska med dvema opcijama.

V pomoč jim bo nevtralna obravnava ambivalentnosti, občutek sprejetosti in razumevanja s strani terapevta, povratno sporočilo o njihovem dejanskem stanju in pomoč pri osvetljevanju tega, kar želijo doseči.

Tretja stopnja je PRIPRAVA. Na tej stopnji načrtujejo spremembe vedenj, gre za odločitev za spremembo. Dobijo občutek, da so razlogi za spremembe premagali razloge za ne-spremembe. Bolj ko se tehtnica nagiba v smer sprememb, bolj so odločeni nekaj narediti. Na tej stopnji premišljujejo, kako bi se spremenili, načrtujejo, kako bi prekinili stara vedenja in začeli nova, bolj konstruktivna.

Ob občutku sprejetosti potrebujejo vpogled v različne možnosti, ki jih imajo za dosego ciljev, konkretne nasvete in usmeritve.

Četrta stopnja je AKCIJA. Na tej stopnji dejansko začnejo spreminjati vedenje, poskušajo nove načine vedenja. Pogosto na tej stopnji povedo drugim, kaj se dogaja in iščejo pri njih podporo.

V pomoč jim je, če se naučijo samo-ovrednotenja lastnega vedenja in sicer kot doseganje dolgoročnih zadovoljstev s čim manj škode zase in za druge.

Peta stopnja je VZDRŽEVANJE ali stopnja trajnih sprememb. Na tej stopnji spreminjajo način življenja, pri čemer vzdržujejo nova vedenja oziroma spremembe.

Poleg usmerjanja v uravnoteženo zadovoljevanje psiholoških potreb jim pomagamo tudi pri prepoznavanju nevarnosti recidiva, ki zna biti posledica različnih duševnih stanj in situacij.

Idealna pot je direktno iz ene stopnje v drugo; za mnoge pa ta proces vključuje več zdrsov ali recidivov, kar predstavlja v bistvu neuspeh na četrti ali peti stopnji. Priporoča se, da neuspešni posamezniki ponovno vstopijo v motivacijski krog in prek druge stopnje nadaljujejo s spremembami.

Za strokovnjake oziroma terapevte je dobro, da ocenijo, na kateri stopnji se posameznik nahaja, kajti "nižje" kot je, več motivacijskih strategij bo potrebnih za premik naprej. "Višje" je, bolj bodo poleg motivacijskih strategij koristni še drugi načini (skupine samopomoči, razne veščine...).

Teorije motivacijskih postopkov (MP)

Različni motivacijski postopki so vzniknili iz praktičnih spoznanj, bogatih izkušenj in iskrenih prizadevanj strokovnjakov, da bi čimbolj učinkovito pomagali kar največ ljudem.

Motivacijski intervju (MI) oziroma pogovor predstavlja osnovo vseh motivacijskih postopkov (MP). Miller poudarja sledeče ugotovitve, ki se mu zdijo osnova za razumevanje MI (2).

MI deluje, deluje v *relativno majhnih odmerkih, učinek je relativno velik*, učinek se večja z *negativnostjo* (bolj je učinkovit pri jeznih, nemotiviranih), deluje, ker *znižuje odpor*, več je *"samo-motivacijskih" izjav*, večji je učinek. Terapevti, ki prakticirajo MI, se razlikujejo v uspešnosti (ne glede na izenačenost treningov), ker se je izkazalo, da je pomembna *sposobnost izražanja empatije*, osebnostne lastnosti s *pozitivno naravnostjo*, z *zaupanjem v človeško naravo*, s *spoštovanjem drugih*, za *sposobnost dviganja samospoštovanja drugih*, *sprejemanje drugega (in sebe)* in za *sposobnost imeti rad druge*, ko je edini interes dobrobit in rast drugih.

W. Glasser, avtor teorije izbire (TI), včasih reče, da se da s TI razložiti, zakaj druge metode in tehnike delujejo; in ker nekateri uvrščajo TI med ciljne motivacijske teorije, lahko poskusimo z razlago (3):

Zakaj deluje empatija, sprejemanje, spoštovanje, dviganje samozavesti?

Ljudje smo notranje motivirani in sicer se kot motor našega vedenja pojavljajo (verjetno) genetsko zapisane osnovne potrebe, poleg tiste po preživetju, še psihološke - kot potreba po pripadnosti, sprejetosti, ljubezni, po moči, tj. uveljavljanju, spoštovanju, upoštevanju, po svobodi, po možnostih izbiranja, odločanja in po zabavi, učenju. Kadar terapevt s svojim vedenjem omogoča pacientu zadovoljevanje teh potreb (bognedaj, da bi jih blokiral!) - ko ga poslušá, se zanj zanima, pokaže skrb, opazi njegove uspehe, napore, mu pušča izbiro, se z njim tudi sproščeno nasmeji - se pacient dobro počuti in se je v takem ozračju varnosti in sprejetosti sposoben soočiti (brez ali z manj odpora) s svojim aktualnim vedenjem (problematičnim, potrebnim spremembe) in se je sposoben odločiti za konkretne spremembe.

Zakaj deluje reflektivno poslušanje?

Izgleda, da imamo vsi enake potrebe, vendar pa so naše predstave o tem, kako bi naj bile te potrebe zadovoljene, zelo različne. Ko pacienta resnično poslušamo (reflektivno in aktivno) in postavljamo ustrezna vprašanja, (brez vrednotenja), ugotavljamo, česa si človek želi, kaj potrebuje, kako si predstavlja življenje, pomoč..., kaj bi rad zase, za svojo družino... Jasnije se sličice zelene-ga - stanja, vedenja, ciljev...

Zakaj deluje izvabljanje samo-motivacijskih izjav, zakaj deluje soočanje med diskrepanco aktualnega in ciljnega vedenja?

Ko se pred pacientom (in terapevtom) jasni, kaj bi želel in kaj počne v tem trenutku, ga s tim. evalvacijskimi vprašanji peljemo k temu, da sam ovrednoti svoje vedenje in ugotavlja, kaj je zanj dobro in kaj ni. Obenem ga ozaveščamo, da je naše vedenje naša izbira in da ga je možno obvladovati (predvsem način razmišljanja in konkretne dejavnosti). In čeprav včasih na prvi pogled izgleda le kot besedna igra, na samozavest in svobodo pacienta deluje povsem drugače vprašanje: "Ali bo vaše sedanje vedenje prispevalo k temu, da zadržite zaposlitev?" - kot trditev: "S takšnim vedenjem boste gotovo ob službo!" Terapevt je dolžan pokazati na posledice določenih izbir, vendar nič več kot to - seveda ob izražanju empatije: " Za vas gre, želim vam, da premislite v vaše dobro - seveda pa gre za vašo izbiro, za vašo odločitev."

Zakaj deluje sprejemanje in obravnava ambivalentnosti?

Z nepristransko obravnavo ambivalentnosti pacientu pokažemo svoje razumevanje narave odvisnosti (celotne klinične slike, vseh plusov in minusov) in sprejemanje različnosti ljudi pri izbiri načina življenja. Pokažemo, da vidimo razliko med človekom in njegovimi vedenji, ker verjamemo, da so ljudje sposobni obvladovati in izbirati vedenje, sprejemati odločitve, ki so deležne vsega našega spoštovanja.

Zakaj se večja učinek MI z negativnostjo?

MI bolje deluje pri nemotiviranih in jeznih posameznikih, ker z gradnjo odnosa, s spoštovanjem pacienta puščamo pacientu več moči, oziroma mu omogočamo boljše zadovoljevanje potrebe po moči in veljavi, ki je praviloma pri jeznih, odklonilnih ljudeh genetsko močnejše zapisana. Zaradi njihovega načina reagiranja in zaradi aktualne situacije (npr. razni pritiski okolice) pa zelo slabo zadovoljena.

Zakaj so kljub različnemu treningu terapevti, ki izvajajo MI, različno učinkoviti?

Dejstvo je, da je nekaterim terapevtom osebno bližje razlaga teorije izbire (ali podobna teleološka teorija), drugim pa psihologija zunanjega nadzora (dražljaj-odgovor) in ti zadnji se naučijo predvsem tehnik, v bistvu pa verjamejo, da se ljudi da prisiliti in mislijo, da je MI samo ena od bolj prefinjenih oblik

prisile za odvisnike. Takšni terapevti niti ne verjamejo, da so se ljudje sposobni spreminjati, razmišljati z lastno glavo.

Razlage, zakaj MP delujejo, pa najdemo tudi v različnih teorijah motivacijske psihologije, s katerimi so motivacijo raziskovali najprej na dva načina, kot proces in kot vsebino motivov, sedaj pa največ govorijo o ciljni motivaciji. Zao-krožen pogled predstavlja na primer Muskova shema motivacijske situacije, ki zajema sledeče elemente: energijo, ki je prvi pogoj za izvajanje kakršnekoli dejavnosti, potrebo tj. fiziološki ali psihološki primanjkljaj, ki ga je treba izravnati, sprožilne dejavnike ali pobudnike, ti pa sprožijo motivacijsko dejavnost, ki vodi do motivacijskega cilja. Ta je lahko vsak predmet, dejavnost ali pojav, s katerim zadovoljimo potrebo (4). Motivi naj bi se nanašali na tiste dejavnike in vzroke, ki poganjajo in usmerjajo naše vedenje ter ravnanje. Očitno so mnogovrstni: mednje sodijo npr. potrebe, ki so pogosto biološko oziroma genetsko programirane in večkrat potekajo po homeostatskih vzorcih zadovoljevanja, pa tudi drugi motivacijski dejavniki, ki niso vrojeni. Motivacijske faktorje predstavljajo potemtakem na eni strani pobude, silnice in vzgibi, med katerimi so morda najpomembnejše potrebe, na drugi strani pa cilji in motivi, ki nas privlačijo in h katerim stremimo, to so vrednote in ideali (5).

Uporabno razlago ponuja tudi Lawler s svojo motivacijsko teorijo (6). Motivacija, da človek izvrši neko akcijo, je pod vplivom njegovih pričakovanj o tem, ali je sposoben izvesti to akcijo, njegovih pričakovanj v zvezi z rezultatom te akcije in zaželenosti teh rezultatov.

Človek torej ne bo motiviran (za nekaj), če meni,

- *da ni sposoben izvesti te akcije,*
- *da je sposoben, ampak ne verjame, da bo učinek te akcije prinesel nek rezultat ali*
- *če mu rezultat ni privlačen.*

Primer: pri odvisniku je to takrat, ko misli, da ni sposoben za abstinenco, za program..., ali ko ni prepričan, da bo njegova vključitev v program prinesla kakšen rezultat in ko mu rezultat (mogoče trezno in dolgotrajno življenje) ni privlačen.

Osnovni principi motivacijskih postopkov (MP)(7)

MP temeljijo na predpostavki, da odgovornost in sposobnost za spremembe ležita v pacientu samem. Terapevtova naloga je, da ustvari okoliščine, ki bodo sprožile pacientovo lastno motiviranost in pristanek za spremembe. MP želijo

vzpodbujati t.i. intrinzično motivacijo za spremembe, ki bo vodila pacienta do tega, da bo pristal, začel in vztrajal v naporih za spremembo vedenja.

Miller in Rollnick sta opisala 5 osnovnih principov, ki omogočajo tak pristop:

- izražanje empatije,
- soočanje z neskladjem,
- izogibanje argumentiranju (prepiranju, prerekanju),
- obvladovanje odpora in
- spodbujanje samo-učinkovitosti.

Izražanje empatije

Terapevt izkazuje pacientu veliko spoštovanje. Komunikacije, ki bi nakazovale superiorno- inferiorni odnos med pacientom in terapevtom, ne pridejo v poštev. Terapevtova vloga je zmes vzpodbudnega tovariša in izobraženega svetovalca. Terapevt spoštuje pacientovo svobodo izbire in samo-usmerjanja. Pri tem pristopu edino pacienti lahko odločajo o spremembi v zvezi s svojim pitjem in tudi izpeljejo to odločitev. Terapevt išče načine za dviganje samospoštovanja pacienta, ne za poniževanje. MP so bolj poslušanje kot dopovedovanje. Prepričevanje je vedno prijazno, subtilno, vedno s predpostavko, da je sprememba pacientova stvar. Ključna veščina pri motivacijskem postopku je reflektivno poslušanje v dosledni empatiji. Tako pacientu sporočamo, da ga sprejemamo takšnega kot je, obenem pa ga podpiramo v procesu spreminjanja.

Soočanje z neskladnostjo

Motivacija za spremembe se pojavi, ko ljudje zaznajo neskladnost med tem, kjer so in tem, kje želijo biti. MP želijo osredotočiti pacientovo pozornost na to neskladnost v povezavi z njegovim pitjem. V določenih primerih bo treba najprej pokazati na to neskladnost tako, da povečamo pacientovo zavedanje za posledice njegovega pitja. Takšna pravilno predstavljena informacija lahko pri človeku izzove krizo, ki bo motivacija za spremembo. Povzročila bo, da bo posameznik morda prej pripravljen začeti odkrit pogovor o možnih spremembah, zato da bi zmanjšal zaznano neskladnost in ponovno pridobil emocionalno ravnovesje.

Izogibanje prepiranju in dokazovanju

Pri nestrokovni obravnavi ambivalentnosti lahko pacient in terapevt preideta v obrambne strategije, kar sicer zmanjša pacientovo neugodje, ne spremeni oz. ne odpravi pa pitja in z njim povezanih tveganj. MP izrecno zavračajo direktno argumentiranje (prerekanje), ker to povzroča odpor pri pacientih. Na noben način pacienta ne silimo, da bi sprejel ali priznal diagnostično etiketo. (Npr. da pacient "prizna", da je odvisen.) Terapevt bo uporabil druge strategije, da bo

pomagal pacientu uvideti posledice pitja in na novo ovrednotiti pacientu znane pozitivne učinke alkohola. Če izvajamo MP pravilno, bo pacient (in ne terapevt) tisti, ki bo govoril o dokazih za spremembe.

Specifična obravnava odpora

Ključnega pomena in specifična karakteristika MP pristopa je, kako terapevt obravnava pacientov odpor. S strategijami pri MP ne pričakamo odpora "frontalno" ampak se raje "zavrtimo" z njim v primernem trenutku, da dosežemo večje pacientovo razumevanje procesa. Novi načini razmišljanja o problemih so zaželeni, a ne vsiljeni. Ambivalentnost je normalna, ni bolezenska, o njej se govori odkrito. Bolje je, da se rešitev domisli pacient, kot da mu jih "dostavi" terapevt.

Spodbujanje samoučinkovitosti

Ljudje, ki so prepričani, da imajo resen problem, se ne bodo premaknili proti spremembam, če ne bodo imeli upanja na uspeh. Bandura je leta 1982 opisal samo- učinkovitost kot ključno determinanto vedenjske spremembe (1). Samoučinkovitost je, v bistvu, prepričanje posameznika, da je sposoben izvesti določeno vedenje in opraviti določeno nalogo.

V tem primeru morajo biti pacienti prepričani, da so sposobni spremeniti svoje vedenje in tako zmanjšati svoje probleme. V vsakdanjem jeziku bi temu lahko rekli *upanje ali optimizem*, čeprav splošen optimističen značaj tukaj ni bistven. Pač pa je bistveno pacientovo specifično prepričanje, da lahko spremeni probleme v zvezi s pitjem. Brez tega elementa lahko pri pacientu kriza neskladnosti preide v obrambne mehanizme (racionalizacija, zanikanje...) in tako zmanjša njegovo nelagodje, ne da bi prišlo do spremembe vedenja. To je naraven, zaščitni proces za človekovo drugačnost. Če ima nekdo malo upanja, da se stvari lahko spremenijo, potem ne bo imel razlogov, da se sooči s problemom.

Če še enkrat ponovimo: Česa nikakor ne počnemo pri motivacijskem postopku:

- Terapevt se ne prepira (prereka) s pacientom!
- Ne vsiljuje diagnostičnih etiket pacientu!
- Ne govori pacientu, kaj mora narediti!
- Ne poskuša zlomiti zanikanja (obramb) z direktno konfrontacijo!
- Ne namiguje na pacientovo nemoč!

Interakcijske tehnike motivacijskih postopkov (8)

Nekaj tehnik lahko povzamemo s kratico OARS, ki v angleščini pomeni: O - open-ended questions (odprta vprašanja), A - affirmations (pozitivne izjave), R - reflective listening (reflektivno, aktivno poslušanje), S - summaries (povzemanje). Cilj tehnik "OARS"-a je vzpodbuditi pacienta, da bi začel razmišljati o spremembah.

Odprta vprašanja so tista vprašanja, na katera pacient ne more odgovoriti z eno ali dvema besedama, npr. "da" ali "ne" oziroma "dvakrat mesečno". To so torej vprašanja, ki se začno z vprašalnici kot so "kako?", "kaj?", "povejte mi o..." Pacientom dopuščajo, da se odpro, povedo več o sebi, o svojem početju, doživljanju, pomislekih... "Zaprta" vprašanja, ki se npr.: začno z "Ali...ali..?", "Koliko?" so v določenih trenutkih prav tako lahko zelo pomembna, predvsem takrat, kadar želimo pacientu pomagati, da ovrednoti svoja pričakovanja, izbiro, možnosti, aktualno vedenje...

Afirmacije so izjave, s katerimi terapevt priznava pacientu njegove močne strani, sposobnosti, pozitivne oziroma uspešne izkušnje, odločitve. Zato naj bi terapevt priznaval tudi majhne premike oziroma znal prevesti v pozitivno tudi znake odpora. Odkrite in kongruentne afirmacije so izredno koristne za gradnjo pristnega odnosa, medtem, ko bodo neiskrene delovale odbijajoče.

Npr.: "Torej ste abstinirali cel teden? Kako vam je to uspelo?" ali "Zoprno vam je bilo priti danes na ta pogovor, pa ste vseeno prišli. Izgleda, da ste sposobni narediti marsikaj, če se odločite, da je to za vas pomembno."

Reflektivno poslušanje je ključ do uspešnosti motivacijskega postopka. Če dobro poslušamo pacienta, bomo slišali vse pomembne stvari. Če ne vemo, kaj bi, ne bo nikoli nič narobe, če dobro poslušamo. Pozornost pa bomo usmerili na tisto, kar bo kazalo na možnost spreminjanja.

Npr.: "Če vas prav razumem, niste povsem prepričani, da je potrebno prenehati s pitjem, strinjate pa se, da vam pitje škoduje pri vaših odnosih v družini?"

Posebno učinkovito je reflektiranje pacientovih občutkov, čustev. Če je terapevtova refleksija prava, lahko poglobi emocionalno intenziteto pogovora. Če pa terapevt ni zadel, ali pacient še ni pripravljen na te vsebine, bo popravil terapevta in pogovor se bo nadaljeval.

Npr.: "Žena z otroki se je odselila, izgleda, da vas je to precej prizadelo."

Povzemanje je pravzaprav nekoliko specializirana oblika reflektivnega poslušanja, ko terapevt povzame, kar mu pacient pripoveduje. Je učinkovit način

za sporočanje terapevtovih idej, za gradnjo odnosa, za usmerjanje pozornosti na zamolčane vsebine, za spremembo smeri. Struktura povzetka vključuje najavo le-tega, naštevanje izbranih elementov, povabilo za korekcijo morebiti izpuščenih stvari in običajno še odprto vprašanje.

Še nekaj tehnik:

Obravnava odpora na tak način, da se terapevt dejansko strinja s pacientom:

"Mogoče se boste odločili, da še naprej pijete, ker je ta sprememba za vas pretežka?"

Preokvirjanje (reframing) je strategija, v kateri povabimo pacienta, da pogleda svoje zaznavanje situacije z drugega zornega kota ali v drugi obliki. Npr. ko pacient vidi svojega partnerja kot sitnega, ker mu priporoča zdravljenje, terapevt lahko reče:

"Torej vas ima partnerka res rada in jo skrbi za vas, saj vam sicer ne bi govorila o teh pomembnih stvareh, ko ve, da se boste ob njih razjezili."

Svetovalne strategije motivacijskih postopkov (9)

Pregled običajnega dneva - je eden od načinov vzpostavljanja odnosa preko pridobivanja informacij. Pomembno je, da ne želimo slišati le problematične stvari, ampak tudi vse ostalo, kar se je dogajalo pacientu od jutra do večera in da preko tega ugotavljamo, kako je odvisnost spremenila pacientovo življenje.

Pogled nazaj in sicer pogled na čase pred odvisnostjo, je pomemben za pacienta, da ponovno dobi občutje lastne celote, vrednosti in tega, kako so bile včasih stvari drugačne: takrat, ko je imel še svoja pričakovanja, sanje, cilje...

Dobre in manj dobre stvari - ugotavljanje dobrih in manj dobrih stvari predstavlja pregled tega, kako je s tem pri uživanju PAS. Ko pacient in terapevt skupaj pregledujeta dobro in manj dobro, je pacient hitreje soočen s tem, kakšne koristi prinašajo spremembe. Najprej povprašamo po dobrih stvareh in ko so te izčrpane, preidemo na manj dobre, nato jih poskušamo bolj natančno pogledati.

Npr.: "Rekli ste, da je pitje slabo vplivalo na otroke, kaj pa se je zgodilo?"

Ko je tema izčrpana, naredimo povzetek in poudarimo tisto, kar je kazalo na spremembo in vprašamo pacienta, kaj misli storiti v zvezi z vsem, kar je povedal.

Uporabljamo tudi nekoliko drugačen način, ko pacient in terapevt pogledata razloge "za" in "proti" neki odločitvi, kot je na primer obiskovanje kluba.

Izkazalo se je, da ljudje lažje vidijo razloge "za", če smo pripravljeni prisluhniti tudi njihovim "proti".

Pogovor o stopnjah spreminjanja - terapevt razloži pacientu posamezne stopnje in ga prosi, da jih komentira.

Povratno sporočilo terapevta je seznanjanje pacienta z rezultati medicinskih preiskav, vprašalnikov: (morda) v primerjavi s standardnimi vrednostmi, s povprečnimi vrednostmi, z njegovimi lastnimi iz različnih časovnih obdobj. Gre tudi za seznanjanje pacienta z njegovim vedenjem. Zelo pomembno je, da so vsa ta sporočila podana kot informacija, lahko v obliki povzetka.

Raziskovanje vrednot. Osredotočenje na vrednote lahko motivira pacienta, da se bo odločil za spreminjanje. Usmerjanje pozornosti na razliko med idealnimi (želenimi) življenjskimi pogoji in aktualnimi pogoji lahko vzpodbudi težnjo po "rekalibriranju" vsakdanjega vedenja tako, da bi bilo bolj skladno z globljimi prepričanji. Posameznik, ki bo bolj ozaveščen glede samega sebe in lastnih vrednot, se bo močneje zavedal, da s problematičnim vedenjem sicer zadovoljuje kratkoročne potrebe, a ga to ne vodi do izpolnitve višjih vrednot ali k dolgoročnemu zadovoljstvu. Ko se posvetimo idealom, lahko s tem zmanjšamo pacientove obrambe in povečamo željo po spremembi, saj se ne ukvarjamo s problematičnim "slabim" načinom življenja, ampak se obračamo k življenju, ki bi lahko bilo dolgoročno bolj zadovoljno in srečno. Ambivalentnost glede različnih možnosti lahko delno vidimo tudi kot rezultat konflikta vrednot. Včasih se razreši tako, da se pacient odloči, da bodo dolgoročneje vrednote (kot npr.: zaposlitev, družina, prijateljstvo, finančna preskrbljenost) prevladale kratkoročneje (kot npr.: zabava, sprostitev, vznemirjenje). Včasih je potrebna le ugotovitev, da načini zadovoljevanja kratkoročnih vrednot preprečujejo zadovoljevanje dolgoročnih in da obstajajo druge poti za doseganje istega zadovoljstva (sprostitve, zabave...). Ko skupaj s pacientom iščemo pozitivno motivacijo, ki poganja problematično vedenje, odpremo vrata za premislek o drugačnih načinih zadovoljevanja kratkoročnih zadovoljstev, ki ne bodo preprečevali izpolnitev dolgoročnih ciljev. Za obravnavo vrednot so primerne tudi karte z napisi vrednot, ki jih pacient razporeja glede na to, kakšne so njegove prioritete. Vse to pa predstavlja izhodišče terapevtskega pogovora o pomenu določenih vrednot, o povezavi vedenja in vrednot, o ovirah za doseganje vrednot in o možnostih spreminjanja.

Pogled naprej predstavlja pogovor o predstavi dveh prihodnosti v razdalji 5 ali 10 let. Pacient si predstavlja, kakšna bo njegova prihodnost čez toliko let, če bo nadaljeval s sedanjim načinom in potem, kakšna bo, če se bo odločil za spremembo.

Ugotavljanje pomembnosti in (samo)zaupanja. S to strategijo ugotavljamo, kako pomembno se zdi pacientu, da nekaj spremeni in koliko zaupanja ima vase, da mu bo to uspelo. Terapevt ugotavlja, kaj je tisto, zaradi česar je sprememba pomembna, kako se ta sprememba vključuje v pacientovo življenje in kaj je treba, da bi to spremembo naredilo bolj pomembno, kot je mogoče trenutno doživljanje.

Načrtovanje sprememb je tehnika, ki je lahko zelo koristna za paciente, ki so pripravljeni na takšno delo. Uporabljamo lahko različne načine. Eden od njih so formularji, ki zajemajo vse, kar je treba upoštevati pri natančnem načrtovanju.

"Naredi vse v enem trenutku" je primerna tehnika, kadar je na razpolago malo časa za razrešitev situacije. Gre za hiter in jedrnat povzetek, ki ga zajema znana kratica motivacijskih postopkov FRAMES: F - feedback (povratno sporočilo), R- responsibility (odgovornost), A- advice (nasvet), M - menu of options (možnosti), E - empathy (empatija), S - self-efficacy (samo-učinkovitost, sposobnost). To pomeni, da pacientu ponudimo povratno sporočilo o njegovem vedenju, razmišljanju, nasvet glede njegove nadaljnje obravnave, dopustimo še druge možnosti, vse to ob izrazih empatije, prepuščanju odgovornosti pacientu in prepričanju v njegove sposobnosti.

Spremljanje učinkovitosti MI strategij je sicer najboljše z raziskovalnimi metodami, ki pa jih kliniki običajno nimajo na razpolago. Zelo ustrezna in dostopna metoda pa je opazovanje pacienta. Če se pacienti med pogovorom prepirajo z vami, se ne strinjajo ali vas ignorirajo, potem to, kar počnete, očitno ne deluje. To je znak, da morate spremeniti svoj način. Kajti tudi, če jih prepričate, da vam sledijo, verjetno ne bodo razmišljali o spremembi. Če pacient ne realizira tega, kar je načrtoval, to ni nujno problematično, kajti morda gre za ambivalentnost. Če se to ponavlja, je morda čas, da terapevt prisluhne pacientu. Če pacienta ni več na pogovor, se je verjetno raje odrekel terapevtu kot svojemu problematičnemu vedenju. Nasvet: bodite pozorni, pacienti na tak ali drugačen način sporočajo, kako vam gre.

Možne pasti motivacijskih postopkov (10)

Prepoznavanje in obravnava anti-motivacije oziroma odporov. Znaki pacientove anti-motivacije so: prekinjanje terapevta, ignoriranje, zanikanje, govornjenje o navidezno nepomembnih stvareh, sanjarjenje, čudoviti spomini... Če opazite ta vedenja pri vašem pacientu, jih vzemite kot ključ za preverjanje vaših

lastnih vedenj, načrtov, pričakovanj. To so znaki, da pacient nima občutja, da je slišan, spoštovan, ali da enostavno še ni pripravljen za začetek spreminjanja, ki pa se zdi terapevtu nujen.

Pasti, ki se jim izogibamo so:

- *Vzorec pogovora "vprašanje -odgovor"*

Pacient in terapevt padeta v vzorec vprašanje-odgovor, vprašanje-odgovor.... Problem je, ker ta vzorec veča pasivnost in zapira dostop do globljih nivojev izkušnje in ker ne vzpodbuja pacientov, da bi raziskali globlje vzroke. Odnos pa postane hierarhičen.

- *Vzorec pogovora "konfrontacija - zanikanje".*

Večina terapevtov je imela izkušnje s pacienti, ki še niso bili pripravljeni na spremembe in ki imajo v vsakem odgovoru smiselne argumente za vsako terapevtovo izjavo. Terapevt in pacient se zato znajdetata v prepirljivi, konfrontacijsko-zanikanjski zanki, v kateri pacient pričaka vsak svetovalčev argument s protiarumentom za status quo. Pri motivacijskem postopku vodimo pacienta tako, da bo sam začel navajati razloge za spremembe.

- *Vsemogočna strokovnost.*

Tu terapevt pade v past s tem, da ponuja pacientu usmeritve, ne da bi prej raziskal njegove želje, cilje, načrte. Problem pa je v tem, da bo pacient pasivno sprejel predloge in se le mlačno spravil k napornim postopkom spreminjanja. Terapevt ni ne-direktiven, saj tudi on ponuja sugestije za spremembe, vendar takrat, ko je začetna motivacija visoka in potem, ko je opravljena začetna eksploracija različnih poti spreminjanja in šele na pacientovo prošnjo, ali če oceni, da je pacient v neposredni nevarnosti, če ne bo dobil nasveta.

- *Etiketiranje.*

Vanjo pade terapevt pri svojih poskusih prepričati pacienta, da je odvisnik, alkoholik... Ker imajo te označbe v družbi negativno konotacijo, ni presenetljivo, da se jim ljudje z določeno mero samozavesti upirajo. Nekateri strokovnjaki zavračajo celo pomembnost postavljanja samo-diagnoze oziroma prepoznavanja lastne bolezni, medtem, ko se drugim, tudi Rogersu in Millinu, zdi to nujno za uspešno zdravljenje (9).

- *Prezgodnje fokusiranje.*

Pri uporabi motivacijskih postopkov odsvetujejo prehitro osredotočenje na specifičen problem ali aspekt problema. To poveča odpore in posvečanje nepomembnim in sekundarnim problemom.

- *Poskus zvrčanja krivde na druge.*

Pacienti bi želeli obdolžiti druge za svoje probleme. Terapevt pa se morda čuti poklicanega, da pokaže pacientu, kako si je za svoje težave kriv sam. V motivacijskem pristopu ne odobravamo ničesar od tega. Obtoževanje je nepomembno. Priporočamo način "brez krivde", npr.:

"Ne zanima me, zakaj je kdo odgovoren, ampak kaj vas tare in kaj bi lahko v zvezi s tem spremenili."

Vrste motivacijskih postopkov (11)

Motivacijski postopki so metode psihoterapevtskega dela, ki jim je skupen motivacijski pristop k pacientu. Med najbolj znanimi so:

- I. Motivacijski (pogovor) intervju
- II. Preverjanje, ugotavljanje stanja (check-up)
- III. Kratka motivacijska intervencija
- IV. Kratka intervencija
- V. Motivacijo spodbujajoča terapija

I. MOTIVACIJSKI POGOVOR - INTERVJU (MI)

Koncept motivacijskega intervjuja (MI) je iz izkušenj s problematičnimi pivci prvi opisal Miller leta 1983 v reviji o vedenjski psihoterapiji. Te koncepte sta kasneje izpopolnila skupaj z Rollnickom (1991) in oblikovala bolj natančen opis kliničnih postopkov MI. Opisani so v podpoglavju o značilnostih motivacijskih postopkov.

Kasneje, ob vse večji uporabi MI, je prihajalo do sprememb in oddaljevanj od osnovne ideje, vse do tega, da so se nekateri postopki sicer imenovali MI, a s tem pristopom niso imeli skoraj nič več skupnega. Zato sta avtorja v člankih obnovila svojo idejo s posebnim poudarkom na opozorilu, da je bolj kot tehnika MI, pomembna ideja tega pristopa.

Definicija: MI je direktiven, na posameznika osredotočen svetovalni slog, ki ima namen spodbuditi spremembo vedenja tako, da pomaga pacientu raziskati in razrešiti njegovo ambivalentnost (11).

Pomembno je razlikovati idejo MI od tehnik, ki so priporočene, da bi izrazile to idejo. Strokovnjaki, ki postanejo preveč osredotočeni na same tehnike, lahko

pozabijo na idejo in slog, ki sta osnova pristopa. Tehnik in variacij je namreč toliko, kot je terapevtov.

II. UGOTAVLJANJE STANJA, PREVERJANJE (CHECK-UP)

Iz MI so izpeljali številne intervencijske metode. Ugotavljanje stanja (The Drinker's check up) je strategija, osnovana na ocenah, rezultatih preiskav, vprašalnikov in oblikovana kot kratka kontaktna intervencija za problematične pivce. Vključuje oceno pacientovega pivskega vedenja in drugih s pitjem povezanih vedenj, ter sistematično povratno sporočilo vsega tega pacientu. Bistvo vsega je, da se zagotovi smiselno in osebno povratno sporočilo rezultatov, ki jih je možno primerjati z normalnimi vrednostmi; MI pa je način, s katerim nekomu to sporočilo posredujejo. Možno je namreč vse to sporočiti tudi brez osebnega kontakta - npr po pošti, kajti pokazalo se je, da celo takšen način lahko sproži spremembo vedenja.

III. KRATKA MOTIVACIJSKA INTERVENCIJA (KMI)

Osnove KMI sestavlja nekaj konkretnih strategij, ki naj bi bile izpeljane v okolju primarnega zdravstva, v enem (samem) srečanju (trajajočem 40 minut), za problematične pivce, ki ne iščejo pomoči. Vključuje tudi razdeljevanje pisnih in slikovnih materialov, ki večajo ozaveščenost glede odvisnosti in ponujajo nekaj konkretnih nasvetov za primer, da bi se posameznik odločil za spremembe.

IV. KRATKA INTERVENCIJA

Je še ena metoda, ki pa včasih vnese zmedo med pojme motivacijskih postopkov. Osnovni elementi, ki jo predstavljajo, so zajeti v kratici FRAMES (že razložena) in so večinoma kompatibilni z MI, saj sta jo zasnovala Miller in Sanchez.

V. MOTIVACIJO VZPODBUJAJOČA TERAPIJA (MET)

MET pristop je bil razvit specifično za Projekt MATCH, to je za 8-letno nacionalno, mnogostransko, klinično raziskavo, z začetkom v letu 1989, s katero so primerjali tri metode obravnave alkoholizma in je vključevala 39 -

mesečno sledenje (follow-up). (7). MET kombinira MI tehnike in jedrnate, manj intenzivne intervencijske tehnike. MET sestavljajo štiri terapevtske seanse v 12 tednih, ki sledijo natančni (ekstenzivni) oceni pacienta.

- V prvi seansi terapevt posreduje pacientu jasno, strukturirano, osebno povratno sporočilo, ki zadeva pacientovo frekvenco pitja (število pivskih dni na teden), intenziteto pitja (število pijač ob posamezni priložnosti), tipičen nivo intoksikacije, tveganje za nekatere posledice pitja, rezultate jetrnih funkcij in nevroloških testov in dejavnike tveganja za probleme povezane s pitjem alkohola (družinsko tveganje, toleranca...). Ta informacija izhaja iz rezultatov različnih merjenj in diagnostičnih testov, ki jih pacient opravi pred seanso. Pacientovi rezultati se potem primerjajo z rezultati referenčnih skupin pacientov ali drugih Američanov (odraslih) z namenom povečati pacientovo zavedanje obsega, v katerem je alkohol že prizadel njegovo življenje in motivirati pacienta za spremembe. Pacient dobi v roke kopijo tega povratnega sporočila.
- Med drugo seanso se terapevt osredotoči na krepitev pacientove obljube (commitment), da se bo spremenil, tako da uporablja MI tehnike, ki so pač primerne za pacientovo stopnjo v procesu spreminjanja in na to, da pomaga pacientu, da naredi specifičen načrt za spremembe (npr.: "kaj bo naredil, kako bo naredil, in kdo mu lahko pomaga").
- Med tretjo in četrto seanso se terapevt osredotoči na pregled pacientovega napredka in na obnavljanje motivacije in zavezanosti, s tem, da raziskuje preostala občutja ambivalentnosti, ki jih pacient morda še ima glede spreminjanja.

O zaključku obravnave in načrtih za prihodnost se prav tako pogovorita na koncu četrte seanse. To pa vključuje tudi seštevek (povzetek) napredka obravnave. Terapevt pregleda motivacijske teme, povzame pacientovo stopnjo spreminjanja, izvabi samo-motivacijske izjave za vzdrževanje sprememb in razišče področja spreminjanja v prihodnosti in vire pomoči.

Nekaj podobno zaključku (kot smernice in priporočila)

Pri motivacijskih postopkih je torej izredno pomembno, da se (bolj kot tehnike-čeprav njihovo obvladovanje zelo olajša delo!) zavedamo ideje, teorije, (duha, če hočete), iz katere postopki izhajajo:

- Ljudje smo sposobna, odgovorna in notranje motivirana bitja.
- V dejavnosti nas žene želja po potešitvi osnovnih potreb, preživetvenih in psiholoških.

- Potrebe se preoblikujejo v naša pričakovanja, predstave, vrednote, ideale. Lahko tudi rečemo, da nas potrebe ženejo, vrednote privlačijo (vzmet in magnet). Potrebe imamo enake, predstave o njih pa zelo različne. Terapevt ne more vedeti, kaj je dobro za pacienta, če mu ne prisluhne in ga ne upošteva!
- Ljudje se spreminjajo, če jim bo po spremembi bolje.
- Ljudje se spreminjajo najlažje, če imajo ob sebi nekoga, ki jih razume, sprejema, verjame vanje in v njihove sposobnosti in jim stoji ob strani, ko se odločajo za spremembe - tudi ob neuspehu!
- Odločitve za spremembe sprejemajo ljudje sami, saj so njihova avtonomna izbira, ki naj jo terapevt spoštuje. Terapevt kaže in opozarja na posledice problematičnih vedenj, brez vrednotenja.
- Terapevt, ki izvaja motivacijske postopke, naj bi obvladal tudi teorijo boleznih odvisnosti!

LITERATURA

1. DiClemente CC, Bellino LE, Neavins T. Motivation for Change and Alcoholism Treatment. *Alcohol Research&Health* 1999; 23(2): 86-92.
2. Miller WR. Toward a Theory of Motivational Interviewing. *MINUET* 1999; 6(3): 2-4.
3. Glasser W. Teorija izbire. Radovljica: Didacta, 2000; 15-329.
4. Musek J. Osebnost. Ljubljana: DDU Univerzum, 1982; 236-86.
5. Musek J. Nova psihološka teorija vrednot. Ljubljana: Educy, Inštitut za psihologio osebnosti, 2000: 231 - 319.
6. Petz B. Psihologija rada. Zagreb: Školska Knjiga, 1987: 119.
7. Motivational interviewing principles. <http://motivationalinterview.org/clinical/principles.html>
8. Motivational interviewing: Background information. MI Counseling Strategies, Interaction Techniques. <http://motivationalinterview.org/clinical/index.html>
9. Miller WR, Zweben A, DiClemente CC, Rychtarik RG. Motivational enhancement therapy manual. Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Project MATCH series, Volume 2, 1992: 1-121.
10. Some MI "Traps". <http://motivationalinterview.org/clinical/traps.html>
11. Rollnick S, Miller WR. What is MI? Reprinted with permission from Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 1995; 23: 325-34. <http://motivationalinterview.org/clinical/whatismi.html>.