

Skuteczność terapii motywującej w redukcji problemów alkoholowych. Przegląd badań

Effectiveness of motivational enhancement therapy in reduction of alcohol problems. Research review

Iga Jaraczewska

Akademia Motywacji i Zmian, Warszawa

Abstract – Motivational Enhancement Therapy (MET) is a new interesting approach to working with patients facing the need to make a fundamental change in their lives. Created by Miller and Rollnick and further developed by Miller, Zweben, DiClemente & Rychtarik with the specific aim of increasing motivation for change. It is based on the recognition of patient's motives and the idea to involve the patient as much as possible in an individual plan of action. The aim of MET in treating alcohol problems is the reinforcement of the patient's motivation to change the drinking behaviour. MET is theory based and subject to clinical research and experimentation. It is one of the most efficient and empirically tested approach in treating alcohol problems. Research on alcohol dependency indicate that the application of MET significantly influences the effectiveness of therapy, e.g. it increases the probability of seeking treatment, it strengthens active participation in therapy, and it increases motivation to change during the follow up period. It is helpful with difficult patients, who are usually not yet ready for change in their life and often do not seek treatment. In the last years MET has become a therapeutic method frequently used in the addiction treatment centres throughout the world. Because MET is an evidence based approach which can produce quick and lasting effects it offers to some extent a good response to increasing pressure to cut treatment costs while increasing efficiency. Due to its cost-effectiveness MET will be probably widely accepted and implemented in the Polish treatment system as well.

Key words: alcohol problems, treatment effectiveness, motivational enhancement therapy

Streszczenie – Terapia motywująca (TM) jest nowym interesującym podejściem do pracy z pacjentem stojącym w obliczu konieczności przeprowadzenia istotnych zmian w życiu. Stworzona została przez Millera i Rollnicka, a rozwinięta przez Millera, Zwebena, DiClemente i Rychtarika specyficznym celu zwiększania wewnętrznej motywacji do zmiany. Polega na rozpoznaniu motywów pacjenta i zwiększeniu stopnia zaangażowania w realizację osobistego, indywidualnego planu działania. W leczeniu problemów alkoholowych celem TM jest wzmocnienie motywacji pacjenta do zmiany zachowań związanych z pić alkoholu.

Terapia motywująca jest mocno osadzona w teorii oraz w badaniach klinicznych i eksperymentalnych. Stanowi jedną z najbardziej sprawdzonych form terapii w leczeniu problemów alkoholowych. Badania w dziedzinie uzależnień od alkoholu wykazują, że TM znacząco wpływa na efekty terapii, m.in. zwiększa prawdopodobieństwo podejmowania leczenia, wzmacnia aktywne uczestnictwo w terapii, zwiększa motywację w okresie po terapii. Jest pomocna w przypadku trudnych, opornych

pacjentów, niechętnych do wprowadzania zmian w życiu, często nie podejmujących leczenia lub podejmujących krótkotrwały kontakt z placówką.

W ostatnich latach TM stała się metodą terapeutyczną coraz częściej praktykowaną w placówkach terapii uzależnień na świecie. Jest oparta na wynikach badań naukowych, a dzięki możliwości osiągnięcia szybkich i trwałych efektów wychodzi naprzeciw presji wywieranej na ośrodki terapeutyczne, związanej z potrzebą redukcji kosztów leczenia i zwiększania efektywności terapii. Ze względu na swoją dobrze udokumentowaną skuteczność TM znacznie być prawdopodobnie również szeroko stosowana w Polsce.

Słowa kluczowe: problemy alkoholowe, skuteczność terapii, terapia motywująca

Podstawy terapii motywującej (TM)

Nad motywacją osób z problemem alkoholowym można pracować w różny sposób. Tradycyjnie stosowana metoda to autorytatywny kontakt z pacjentem, polegający m.in. na konfrontowaniu pacjenta z jego problemem, omawianiu szkód, pokazywaniu błędów i niedociągnięć (1).

Terapia motywująca (TM) opiera się na całkowicie innych zasadach, wywodzących się z psychologii inspiracji i motywacji. Jest to podejście terapeutyczne ukierunkowane na pacjenta i jednocześnie zorientowane na zmianę (2).

W ujęciu motywującym podstawowym wyznacznikiem trwałości zmiany jest powstanie wewnętrznej motywacji i gotowości do wprowadzenia zmiany w życie. Zakłada się, że motywacja zależy przede wszystkim od subiektywnych doznań pacjenta, a nie od obecności lub nieobecności zewnętrznej presji (3). Celem TM jest budowanie i wzmacnianie wewnętrznej motywacji pacjenta, tak by uruchomić jego własną zdolność do zmiany.

Terapia motywująca przebiega zwykle w dwóch etapach, z czego pierwszy dotyczy budowania motywacji, natomiast drugi etap poświęcony jest utrwaleniu motywacji i zachęceniu pacjenta do dalszej pracy nad sobą. Polega na umiejętności tworzenia odpowiednio motywującego klimatu spotkania terapeutycznego (opartego m.in. na współpracy, autonomii pacjenta), na stosowaniu specyficznych metod pracy (np. zachęcaniu pacjenta do wypowiedzi mających charakter samomotywujący) i określonych zasad pracy. Do podstawowych zasad prowadzących do wzrostu motywacji u pacjenta zalicza się:

– *Okazywanie pacjentowi empatii*

Niezwykle ważne są tu cechy terapeuty, jakie wyznacza podejście rogersowskie (4). W ramach TM relacja terapeutyczna opiera się na atmosferze przychylności i szacunku, w jakiej pacjent – bez względu na jego problem – może czuć się akceptowany i zrozumiany. Podkreśla się też znaczenie pozytywnego oczekiwania i wiary w zdolność pacjenta do pomyślnego dążenia do samorealizacji. Bez tych aspektów nie ma mowy o motywowaniu w duchu terapii motywującej.

– *Rozwijanie poczucia rozbieżności pomiędzy systemem wartości pacjenta a jego problemowym zachowaniem*

Przyjmuje się, że bez względu na rodzaj i stopień uzależnienia, pacjent doświadcza dysonansu poznawczego, tj. niepewności czy i w jaki sposób radzić sobie

z problemem. W ramach terapii motywującej wspiera się pacjenta w dokładnym przyjrzeniu się temu, co jest istotą tej niepewności. Zakłada się, że im większy dysonans, tym większe pobudzenie pacjenta w kierunku przeprowadzenia zmian. Terapeuta pomaga mu dokładnie zapoznać się i ocenić zarówno problem, jak i rozwiązania zgłaszane przez pacjenta. Ukierunkowuje likwidację dysonansu, ale nie proponuje i nie promuje konkretnych środków czy metod dochodzenia do zmiany (5).

– *Unikanie konfliktów i dowodzenia swoich racji w kontakcie z pacjentem*

Terapeuta motywujący wspiera pacjenta w jego postanowieniach, dostosowując się do określonej fazy gotowości do zmian, w jakiej się znajduje. W TM nie mówi się pacjentowi: „masz problem”, gdyż najczęściej prowadzi to do reakcji typu: „nie mam problemu” (6).

Nie przyjmuje się postawy konfrontacyjnej, unika się bezpośredniej konfrontacji, nie ma miejsca na wywoływanie poczucia winy czy korygowanie. Proces terapii przebiega neutralnie, bez presji, oceniania, podejrzliwości czy etykietowania. Jak podkreśla William Miller, takie podejście nie tylko że nie powoduje oporu, ale pozwala na rozwinięcie autentycznej współpracy, przynoszącej trwałe efekty (7).

– *Wspieranie poczucia własnej sprawczości pacjenta w odniesieniu do skutecznego wprowadzania zmian*

Według podejścia motywującego, bez względu na to, jaki problem prezentuje pacjent i jaka jest jego gotowość do wprowadzania zmian, uważa się, że nie tylko odpowiedzialność, ale i zdolność do zmiany leży po jego stronie. W TM nie uczy się pacjenta żadnych nowych umiejętności, nie udziela się wskazówek ani rad. Stwarza się natomiast warunki, by pacjent sam mógł podjąć działanie i odpowiedzialność za swoje postępy.

Powyższe zasady realizowane są poprzez bardzo umiejętne i specyficzne zastosowanie takich technik terapeutycznych, jak odzwierciedlanie, przeformułowanie czy podsumowywanie określonych wypowiedzi pacjenta (np. wypowiedzi świadczących o zmianie), udzielanie informacji zwrotnej, dowartościowywanie. Terapeuta motywujący posługuje się tymi technikami przyjmując postawę zawsze zgodną z duchem TM. Jest to praca wymagająca bardzo wysokich umiejętności.

Wprowadzenie do badań nad terapią motywującą

Na świecie szybko rośnie liczba badań wskazujących na skuteczność TM. Liczne doniesienia mówią o zastosowaniu podejścia motywującego do leczenia szerokiego spectrum problemów klinicznych o zróżnicowanej intensywności i nasileniu (8, 9). TM okazuje się pomocna zarówno w leczeniu różnego rodzaju zaburzeń psychicznych (np. zaburzeń lękowych, depresyjnych), jak i w rozwiązywaniu trudnych życiowych problemów. Znajduje coraz szersze zastosowanie w takich dziedzinach jak medycyna (np. w leczeniu przewlekłych chorób somatycznych), rehabilitacja, opieka penitencjarna czy opieka społeczna.

Przykładem jest tu przeprowadzona przez Hettema i wsp. (10) metaanaliza danych dotyczących 72 prób klinicznych wykorzystujących TM do redukcji zaburzeń

odżywiania, nadużywania środków psychoaktywnych, uzależnienia od hazardu, ryzykownych zachowań seksualnych i problemów alkoholowych.

Niektóre badania dotyczące skuteczności leczenia problemów alkoholowych, koncentrują się na motywowaniu przyszłych pacjentów do podjęcia terapii, inne na wykorzystywaniu zasad TM podczas całego programu terapeutycznego. Część badań koncentruje się na programach terapeutycznych wykorzystujących tylko pewne aspekty motywujące lub na programach dodających do TM elementy innych podjęć. W niniejszym przeglądzie omówiono badania prowadzone w następujących obszarach:

1. TM a inne oddziaływania terapeutyczne
2. TM jako samodzielne oddziaływanie krótkoterminowe
3. TM zintegrowana z innymi formami leczenia

Metodologia badań zawiera takie elementy jak ściśle określenie warunków terapii, monitorowanie efektów terapii i randomizację umożliwiającą porównywanie populacji osób leczonych z użyciem grup kontrolnych. Wskaźniki skuteczności terapii obejmują poziom spożycia alkoholu, w tym ilość i częstotliwość wypitego alkoholu, pomiar stężenia alkoholu we krwi oraz następstwa związane z piciem, w tym funkcjonowanie psychologiczne i społeczne pacjenta.

Badania porównujące efekty terapii osób uzależnionych poddanych terapii motywującej i leczonych tradycyjnymi metodami

Wiele badań koncentruje się na odpowiedzi na pytanie, czy terapia motywująca może istnieć jako niezależna forma terapii? Jednym z najciekawszych badań jest eksperyment naukowy MATCH, który jako pierwszy dostarczył bardzo szczegółowych informacji na temat skuteczności TM w porównaniu z innymi metodami w odniesieniu zarówno do pacjentów nadużywających alkoholu, jak i pacjentów uzależnionych (11). Porównywano 3 najczęściej stosowane w Stanach Zjednoczonych programy leczenia odwykowego: terapię opartą na programie Dwunastu Kroków, terapię poznawczo-behawioralną (TPB) oraz terapię motywującą. Pacjenci byli losowo przydzieleni do poszczególnych grup. Każdy pacjent uczestniczył w programie terapeutycznym trwającym 12 tygodni, przy czym w przypadku Dwunastu Kroków i TPB było to 12 sesji, natomiast w TM pacjent brał udział w 4 spotkaniach dotyczących budowania i utrwalania wewnętrznej motywacji. Projekt obejmował 9 ośrodków leczenia uzależnień, z próbą liczącą łącznie 1726 pacjentów. Podstawowym celem terapii było utrzymanie abstynencji. Wskaźniki skuteczności terapii obejmowały zachowania związane z używaniem alkoholu oraz szeroki zakres problemów pochodnych, takich jak funkcjonowanie społeczne i psychologiczne pacjentów.

Analiza danych wykazała, że TM wpłynęła na znaczne zmniejszenie spożycia alkoholu badane w okresie 1 roku po zakończeniu terapii (w TM dopuszcza się możliwość stopniowego dochodzenia do pełnej abstynencji). Odnotowano niewielkie różnice w skuteczności oddziaływań terapeutycznych pomiędzy 3 formami terapii. Przeprowadzono również interesujące analizy dotyczące kosztów.

Terapia motywująca, mimo że krótsza, okazała się niewiele tańsza od dwóch pozostałych metod (12: 60). Wiązało się to z zastosowaniem w podejściu motywującym bardzo dużej liczby badań wstępnych, które służyły do przekazania pacjentom szczegółowych informacji zwrotnych, dotyczących spożycia alkoholu i wynikających z tego konsekwencji dla ich zdrowia oraz funkcjonowania psychologicznego i społecznego.

Dalsze analizy i porównania efektywności metod w 3 lata po terapii wykazały, że w przypadku tzw. pacjentów opornych, charakteryzujących się wysokim poziomem impulsywności, najbardziej skuteczną okazała się właśnie TM (13). Ponadto lepsze wyniki terapii osiągnięto stosując podejście motywujące w stosunku do grup mniejszościowych.

Istotnym wnioskiem końcowym projektu MATCH, największego jak dotąd wielośrodkowego badania w dziedzinie uzależnienia od alkoholu, jednego z najważniejszych przeprowadzonych przez amerykański National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), było wskazanie, że TM jest równie efektywną metodą leczenia osób uzależnionych jak TPB i program Dwunastu Kroków. Zdaniem badaczy TM nie tylko buduje i wzmacnia motywację do zmiany, ale także ułatwia wprowadzanie zmian. Raporty końcowe badania MATCH dostarczają więcej informacji dotyczących tej metody i jej skuteczności (12, 13).

W badaniu Heather i wsp. (14) grupę badaną stanowili pacjenci oporni lub wyrażający ambiwalencję w odniesieniu do zasadności terapii. Zastosowano randomizację, umożliwiającą porównywanie populacji osób uzależnionych od alkoholu leczonych metodą TM z grupą kontrolną poddaną terapii behawioralnej. Badanie kryteriów skuteczności obejmowało zachowania związane z piciem, takie jak liczba dni abstynencji, liczba i częstotliwość wypijanych tzw. standardowych drinków. W terapii opartej na zasadach TM wskaźnik skuteczności leczenia okazał się wyższy niż w grupie kontrolnej.

Z kolei Brown i Miller (15), w badaniu przeprowadzonym na pacjentach całodobowego oddziału leczenia uzależnień, porównywali efekty terapii prowadzonej w oparciu o TM i opartej na dotychczasowym programie terapeutycznym. Odnotowano istotne różnice pomiędzy grupami w zakresie liczby pacjentów kończących cały program. Chociaż samo ukończenie terapii nie jest celem TM, to – jak podkreślają autorzy badania – doprowadzenie jej do końca zwiększa prawdopodobieństwo utrzymywania abstynencji w porównaniu do pacjentów niekończących terapii. Ponadto zmalała częstotliwość picia (ta zmiana nie była charakterystyczna tylko dla pacjentów z grupy TM). Przede wszystkim jednak znacząco obniżył się tygodniowy poziom spożycia alkoholu przez pacjentów. Dla porównania: średnia liczba tzw. standardowych drinków wypijanych w ciągu tygodnia zmniejszyła się w grupie TPB z 85 przed terapią do 61 w 3 miesiące po jej ukończeniu, natomiast w grupie TM odpowiednio z 95 do 19.

Przeprowadzona przez Hetta i wsp. metaanaliza obejmowała 32 badania odnoszące się do problemów alkoholowych (10). Skuteczność TM była zmienna i wahała w zależności od tego, który terapeuta prowadził terapię oraz w jakiej

placówce terapia miała miejsce. TM okazała się szczególnie pomocna w przypadku pacjentów z rozpoznaniem małej motywacji do zmiany oraz pacjentów wykazujących postawę opozycyjno-buntowniczą.

Dla tej kategorii opornych pacjentów terapia, która jest ściśle ukierunkowana na z góry określony cel, może u wielu z nich wywołać niechęć i opór. Z punktu widzenia modelu procesu zmian, zaproponowanego przez Prochaskę i DiClemente oraz koncepcji uzależnienia w ujęciu TM (16), taka oferta będzie źle dobrana do fazy gotowości pacjenta i paradoksalnie może wywoływać skutek odwrotny do zamierzonego. Podejście TM pozwala na wspólne z pacjentem pokonywanie każdej fazy gotowości do zmiany, w jakiej pacjent się znajduje.

TM jako oddziaływanie krótkoterminowe

Wiele badań dotyczących osób z problemem alkoholowym wykazuje statystycznie istotną skuteczność interwencji krótkoterminowych (17). TM może skutkować bardzo szybką zmianą. Wystarczy zaledwie jedno spotkanie, czasem kilka spotkań, by osoba zobaczyła swój problem z zupełnie innej perspektywy. Często pojedynczy kontakt terapeutyczny powoduje, że pacjent podejmuje kroki, by samemu problem zmienić, co jest nadrzędnym celem TM.

Krótką interwencją zazwyczaj polega na przekazaniu pacjentowi informacji zwrotnych opartych na ocenie zagrożenia, związanego ze szkodliwym używaniem alkoholu. W ramach TM informacja zwrotna udzielana jest w szczególny sposób. Przykładowo, uzyskane od pacjenta dane terapeuta porównuje nie z własną intuicją lub wiedzą, ale z tabelami norm (18). Równie istotne jest to, że informacja zwrotna w TM przekazywana jest pacjentowi w niekonfrontacyjny sposób. Jak pokazują omówione poniżej badania, często samo dostarczenie informacji zwrotnych w formule TM wystarcza do tego, aby zachęcić pacjentów z grupy ryzyka do zmiany wzorców picia i do umiarkowanego spożywania alkoholu.

Porównywaniem skuteczności krótkoterminowego podejścia motywującego z tradycyjnym oddziaływaniem, opartym na konfrontowaniu problemu zajął się Miller i wsp. (19). U osób pijących problemowo wielkość spożycia alkoholu w 1 rok po terapii można było przewidzieć na podstawie stylu pracy terapeuty – im więcej terapeuta konfrontował, tym więcej pacjent pił.

W innym badaniu opracowanym przez Millera i wsp. (20) grupa poddana metodzie krótkiej interwencji motywującej (tzw. DDU) została porównana z grupą kontrolną osób oczekujących na terapię. TM przyniosła lepsze wyniki niż brak interwencji. Pijący szkodliwie pacjenci z grupy TM znacznie zmniejszyli spożycie alkoholu, mierzone w 6 tygodni po terapii. Efekty te utrzymywały się w rok po terapii i zostały również potwierdzone przez osoby znaczące (tj. współmałżonka, członka rodziny czy przyjaciela).

Interesujące są liczne doniesienia o zastosowaniu podejścia TM w przypadku młodych ludzi pijących problemowo. W badaniu przeprowadzonym na grupie studentów porównywano efekty krótkoterminowej terapii motywującej z efektami

grupy kontrolnej osób oczekujących na terapię (21). Uczestnicy grupy TM znacząco obniżyli spożycie alkoholu mierzone w 7 tygodni po terapii.

Monti i wsp. (22) przeprowadzili badanie porównawcze wśród 94 pijących nastolatków (w wieku 18–19 lat) poddanych interwencji medycznej na ostrym dyżurze. Z częścią z nich przeprowadzono 35–40-minutowe spotkanie motywujące w duchu TM. Pozostali otrzymali standardową pomoc lekarską. W 6 miesięcy później osoby, wobec których zastosowano sesję TM wykazały mniej problemów związanych z alkoholem. W grupie tej zmniejszyła się także liczba wypadków komunikacyjnych i zachowań kryminalnych oraz dwukrotnie zmniejszyła się liczba obrażeń spowodowanych piciem.

Larimer i Cronce (23) przeanalizowali dane na temat zindywidualizowanych interwencji, których celem było doprowadzenie do ograniczenia ilości spożywanego alkoholu oraz wyeliminowanie szkodliwych wzorców picia wśród studentów pijących ryzykownie lub szkodliwie. Wyniki uzyskane w ramach oddziaływań motywujących dowodziły ich skuteczności.

Fleming i wsp. przeprowadzili analizę efektów krótkiej interwencji motywującej w stosunku do osób pijących problemowo (24). W porównaniu z grupą kontrolną pacjenci uczestniczący w tego rodzaju terapii bardziej zredukowali ilość spożywanego alkoholu, byli rzadziej hospitalizowani oraz odbywali mniej wizyt na ostrym dyżurze.

Moyer i wsp. w swojej metaanalizie 34 badań (25) wykazują, że osoby poddane, przy okazji innego leczenia, krótkiej interwencji motywującej bardziej ograniczyły spożycie alkoholu, niż osoby z grup kontrolnych, które nie miały takiej sposobności. Pacjenci w równym stopniu zmniejszali spożycie alkoholu, niezależnie od tego, czy poddali się rozszerzonemu leczeniu czy krótkiej interwencji.

Oczywiście, część badań wskazuje, że pojedyncza sesja TM jest mniej skuteczna niż 2 lub więcej spotkań. W przeglądzie badań dokonany przez Burke i wsp. (9) średnia liczba sesji prowadzonych w nurcie TM wahała się w granicach od dwóch do czterech spotkań. Terapeuci dobrze wiedzą, że 4 spotkania z pacjentem prezentującym poważne problemy to bardzo mało. A jednak okazuje się, że nawet tak krótkie interwencje w oparciu o zasady TM przynosiły znaczące efekty.

W projekcie MATCH wykazano, że zaledwie 4 spotkania terapeutyczne w ramach TM przynosiły podobne efekty jak 12 sesji w innych, bardziej znanych tradycyjnych podejściach (12, 13).

Terapia motywująca zintegrowana z innymi formami leczenia

W literaturze przedmiotu wskazuje się również na możliwość łączenia TM z innymi formami leczenia – jako wprowadzenie do terapii bądź też jako metoda uzupełniająca inne podejście terapeutyczne. TM stanowi tu podstawę motywującą pacjenta do pracy i do przeprowadzania zmian.

Hettema i wsp., po zapoznaniu się z 72 badaniami dotyczącymi zastosowania TM w różnych dziedzinach (łącznie 14.267 pacjentów z różnorodnych ośrodków

terapeutycznych), doszli do wniosku, że możliwe jest pogodzenie TM z wieloma formami leczenia i że wydaje się ona wzmacniać efektywność tego programu terapeutycznego, z jakim jest łączona (11).

Na stronie internetowej Międzynarodowego Stowarzyszenia Trenerów Motywujących (MINT) można znaleźć wyniki bardzo wielu takich projektów badawczych (patrz: www.motivationalinterview.org/library/biblio).

W niniejszym przeglądzie zaprezentowano tylko badania świadczące o tym, że już po dodaniu pojedynczej wstępnej sesji TM do innego podejścia występują istotne różnice w częstości uzyskiwania korzystnych wyników leczenia, zarówno w zakresie zmian objawowych (np. osiągnięcie abstynencji, liczba dni bez alkoholu), jak i zmian stopnia zaangażowania w terapię (np. odbycie pełnego programu terapii). Przykładowo, nie ma sprzeczności pomiędzy udziałem pacjenta w mityngach AA a udziałem w terapii motywującej. Oba te podejścia mogą się uzupełniać (26).

Okazuje się, że znaczący wpływ TM można osiągnąć nawet po połączeniu z długotrwałym badaniem wstępnym (np. 5-godzinne wypełnianie kwestionariuszy) i/lub typowym programem terapeutycznym, jaki przechodzi pacjent w placówce. W pięcioośrodkowym projekcie badawczym zastosowano sesje terapii motywującej jako element wprowadzający do jednego z istniejących programów terapeutycznych (27). Sesje prowadzone były przez specjalnie do tego celu wyszkolonych i poddanych superwizji terapeutów, według ściśle określonych procedur. Próbę stanowiło 423 pacjentów placówek ambulatoryjnych z poważnymi problemami alkoholowymi i/lub używających środków psychoaktywnych. Próba poddana terapii była kontrolowana i zróżnicowana. Choć istniało duże zróżnicowanie pomiędzy terapeutami, w większości przypadków okazało się, że nawet niewielka zmiana w ich podejściu i zastosowanie elementów terapii motywującej korzystnie wpłynęło na uczestnictwo pacjentów w terapii i na zmniejszenie konsumpcji środków psychoaktywnych i alkoholu. Skuteczność mierzona w 28 i 84 dni od zakończenia terapii nie osiągnęła poziomu istotności, ale – na co zwracają uwagę autorzy projektu – efekt pojedynczej 2-godzinnej sesji w nurcie TM mógł ulec pewnemu „rozmyciu” wskutek następującej po niej intensywnej terapii w innym podejściu. Warto zauważyć, że projekt ten jest przykładem efektywnego przełożenia teorii na praktykę kliniczną stosowaną w typowych ośrodkach terapeutycznych.

Kolejne badania również pokazują, że włączenie TM przed podjęciem właściwej terapii zwiększa jej skuteczność. Wprowadzenie metody krótkiej interwencji motywującej, opracowanej przez Williama Millera, na początku terapii w stacjonarnym ośrodku leczenia uzależnień dwukrotnie zwiększyło jej efektywność (15). Aż 57% pacjentów z grupy TM utrzymywało abstynencję w okresie 3 miesięcy po wypisie, w porównaniu z 29% z grupy pracującej bez oddziaływań TM. Analiza zapisu sesji terapeutycznych dodatkowo wykazała, że osoby z grupy TM charakteryzowały się większą motywacją i aktywniej uczestniczyły w procesie terapii.

Podobne dane można znaleźć w przypadku zestawienia wprowadzającej sesji TM z wielomiesięczną terapią ambulatoryjną (28). Pozytywne skutki przyniosło

łączenie wstępnej sesji TM z wywiadem diagnostycznym i następującym po nim typowym 3-tygodniowym programem leczenia stacjonarnego.

Pozytywne efekty uzyskano w przypadku wielu innych grup pacjentów, m.in. w odniesieniu do ciężarnych kobiet nadużywających alkoholu (29).

Ograniczenia w stosowaniu TM

Wszystkie podejścia terapeutyczne mają niewątpliwie swoje ograniczenia. Na podstawie omówionych projektów badawczych można zauważyć, że pewne ograniczenia dotyczą również skuteczności terapii motywującej. Wprawdzie wiele badań wykazuje, iż po zastosowaniu TM proces zmian postępuje w korzystnym kierunku, to jednak istnieje duże zróżnicowanie skuteczności w zależności od jakości stosowania terapii motywującej.

W literaturze przedmiotu zdarzają się okazjonalnie raporty świadczące o braku efektów stosowania terapii motywującej w przypadku alkoholików. Takim przykładem jest projekt zrealizowany przez Kuchipudiego i wsp. (30). Szczegółowe analizy efektów często jednak wykazują, że zastosowany program jest niezgodny z duchem i zasadami twórców terapii motywującej (31). Tak też było w przypadku projektu Kuchipudiego i wsp.

Niektórzy autorzy wysuwają tezę, że TM może służyć pomocą wyłącznie osobom pijącym alkohol ryzykownie i szkodliwie (32, 33). Rzeczywiście, liczne przytoczone wcześniej dane potwierdzają, że terapia motywująca może być szczególnie przydatna dla pacjentów pijących problemowo.

Mogłoby się wydawać, że krótka terapia prowadzona w ramach TM powinna być najbardziej skuteczna w przypadku osób z mniej poważnymi problemami, co jednak interesujące, niektóre badania sugerują odwrotną prawidłowość – im bardziej poważny jest problem, tym większe są efekty terapii motywującej (34).

Zaobserwowano, że:

- TM przynosi większe efekty u osób ze znacznie zaawansowanymi problemami alkoholowymi, niż u osób pijących alkohol w sposób niepociągający za sobą poważnych konsekwencji zdrowotnych, psychologicznych i społecznych (19).
- TM może wpływać nie tylko na zmianę rozumienia czynników ryzyka i szkód, związanych z nadużywaniem substancji psychoaktywnych, ale także na faktyczne zmniejszenie ich używania (35).
- TM można skutecznie zastosować w zapobieganiu nawrotom u osób uzależnionych i doświadczających poważnych następstw długotrwałego spożywania alkoholu (36).

Warto również podkreślić, iż frustrujące i nieskuteczne może być motywowanie osoby już zmotywowanej. Przeciwwskazaniem do stosowania TM jest wykazywana przez pacjenta gotowość do wprowadzania zmian (37). Jeśli pacjent jest gotowy i wprowadza zmiany w życiu, nie ma potrzeby pracować nad zwiększaniem jego motywacji. Gdyby jednak zmotywowany pacjent zaczął zgłaszać wątpliwości, można z dobrym skutkiem wrócić do podejścia motywującego.

Ograniczeniem może być również to, iż terapia motywująca wymaga specyficznego spojrzenia na pacjenta i jego problem. Mogą więc pojawiać się przeszkody w postaci nie tylko oporu pacjentów przed zmianą, ale i oporu terapeutów, np. niektórzy z nich nie zgadzają się na nagrywanie sesji dla monitorowania rozwoju specyficznych umiejętności klinicznych TM czy dla potrzeb późniejszej superwizji. Dla pewnej grupy terapeutów stosowanie TM może oznaczać konieczność oduczania się dotychczasowych metod pracy. Taka sytuacja wymaga docenienia ważności zmiany nie tylko ze strony terapeutów, ale i autorów programów wprowadzających terapię motywującą do ośrodków terapeutycznych. Wymaga też przekonania, że zmiana jest możliwa i warta wprowadzenia w życie.

Wnioski. W ciągu ostatnich 20 lat terapia motywująca wywarła znaczący wpływ na badania naukowe i praktykę kliniczną w dziedzinie problemów alkoholowych. Jest to podejście wypracowane w paradygmacie *evidence-based medicine*, tak więc jego skuteczność została dowiedziona naukowo na podstawie wyników badań empirycznych. Dotychczasowe doniesienia pozwalają przypuszczać, że umiejętna praca nad budowaniem wewnętrznej motywacji pacjenta w duchu TM może okazać się kolejnym kluczem do osiągnięcia skutecznej i trwałej zmiany, również w zakresie uzależnienia.

W porównaniu z bardziej intensywnymi programami terapeutycznymi, TM cechuje podobna skuteczność. Terapia prowadzona w duchu motywującym może być nie tylko czynnikiem sprawczym w zakresie ograniczania picia alkoholu, ale również metodą prowadzącą do całkowitej rezygnacji ze spożywania alkoholu. Istnieją dowody, iż TM przynosi lepsze efekty niż brak interwencji.

Terapia motywująca okazuje się szczególnie pomocna w przypadku trudnych pacjentów, niechętnych do wprowadzania zmian w życiu, często niepodających się na leczenie lub podejmujących krótkotrwały kontakt z placówką. W odniesieniu do pacjentów opornych skuteczność oddziaływania terapeutycznego staje się większa.

Po zastosowaniu podejścia motywującego zwiększa się zaangażowanie pacjenta w terapię. Wzmacnia ono motywację pacjentów uzależnionych do rozpoczęcia terapii i redukuje przypadki przedwczesnego wycofywania się z niej, zwiększa prawdopodobieństwo pełnego uczestnictwa w leczeniu. Rezultatem stosowania TM jest nie tylko wzrost zaangażowania pacjenta w terapię, ale i lepsze wyniki końcowe prowadzonej terapii.

Badania wskazują również na istotność łączenia elementów TM z innymi formami terapii. Okazuje się, że nawet pojedyncza sesja prowadzona w podejściu TM może mieć korzystny wpływ na efekty innego podejścia.

Dotychczasowe wyniki badań wydają się bardzo obiecujące, co nie wyklucza, że wiele jest jeszcze do zaobserwowania. Teoretyczne podstawy i praktyka kliniczna TM – jak rzadko któregoś podejścia w terapii uzależnień – poddawane są stałym badaniom, by możliwe było jak najpełniejsze zrozumienie mechanizmów odpowiedzialnych za tak wysoką skuteczność.

Podsumowując, wiele wskazuje na to, że TM powinna znaleźć swoje miejsce obok dominujących w Polsce terapii poznawczo-behawioralnej i terapii opartej na modelu Dwunastu Kroków.

Implikacje kliniczne. Dobrze prowadzona terapia motywująca wymaga daleko idącej precyzji. Osoby nieznaące tej metody mogą odnieść fałszywe wrażenie, że TM nie jest niczym nowym lub że jest zbyt prosta. Jednakże, aby prowadzić ją skutecznie, z pożytkiem dla pacjentów, wymaga bardzo dużej dokładności, doświadczenia i systematycznej oceny pracy (superwizja). Wbrew pozorom jest złożoną metodą, a jej stosowanie wymaga specjalistycznego kształcenia i praktyki klinicznej.

TM łączy w sobie pewne postawy i umiejętności, które są szczególnie ważne w tworzeniu warunków pomocnych innym ludziom. Może bardzo silnie oddziaływać na drugiego człowieka. Jednakże bez szczegółowego przestrzegania zasad etyki zawodowej, może stać się narzędziem manipulacji. Niezbędne jest więc stosowanie się do wszystkich założeń tego podejścia, gdyż w TM nie ma mowy o działaniach nieetycznych i manipulacyjnych.

Terapia motywująca w sposób istotny wpłynęła na terapię uzależnień w wielu krajach. Dzięki możliwości osiągnięcia szybkich i trwałych efektów, TM wychodzi naprzeciw presji wywieranej na ośrodki terapeutyczne w sprawie redukcji kosztów leczenia i zwiększania efektywności terapii.

Nasze pilotażowe doświadczenia szkoleniowe pokazują, że podejście motywujące w ujęciu TM – pomimo dobrze udokumentowanej skuteczności – jest jeszcze rzadko stosowane w polskim lecznictwie odwykowym. Poznanie podejścia TM oraz zastosowanie zasad TM w praktyce klinicznej staje się dużym atutem dla terapeutów pracujących w ośrodkach uzależnień. Sądząc po pozytywnej reakcji uczestników naszych szkoleń można przypuszczać, że lecznictwo odwykowe w Polsce czekają niemałe zmiany w tym zakresie.

PIŚMIENNICTWO

1. Miller WR, Rollnick S (1991) *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.
2. Miller WR, Zweben A, DiClemente C, Rychtarik R (1994) *Motivational Enhancement Therapy Manual*. National Institute of Health. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
3. Sobell MB, Sobell LC (1998) Guiding self change. W: Miller WR, Heather N (red.) *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum Press, 189–202.
4. Thorne B (2006) *Carl Rogers*. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
5. Prochaska JO, DiClemente CC (1982) Transtheoretical therapy. Toward a comprehensive a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 19, 276–288.
6. Jaraczewska I (2008) Terapia Motywująca. *Terapia Uzależnienia i Współuzależnienia*, 3, 25–29.
7. Miller WR, Page A (1991) Warm turkey: Alternative route to abstinence. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8, 227–232.
8. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B (2005) Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of Clinical Practice*, 55, 305–312.
9. Burke BL, Arkowitz H, Menchola M (2003) The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 843–861.

10. Hettema J, Steele J, Miller WR (2005) Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91–111.
11. Project MATCH Research Group (1997) Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project Match post treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
12. Babor TF, BelBoca FK (red.) (2003) *Treatment matching in alcoholism*. Cambridge: Cambridge University Press.
13. Project MATCH Research Group (1998) Matching alcoholism treatment to client heterogeneity: Project Match three-year drinking outcomes. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23, 1300–1311.
14. Heather N, Rollnick S, Bell A (1996) Effects of brief counseling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, 15, 29–38.
15. Brown JM, Miller WR (1993) Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7, 211–218.
16. Cox WM, Klinger E (red.) (2004) *Handbook of Motivational Interviewing: Concepts, Approaches, and Assessment*. Chichester: John Wiley & Sons, Ltd.
17. Rollnick S, Bell A (1991) Brief Motivational Interviewing for Use by the Nonspecialists. W: Miller WR, Rollnick S (red.) *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press, 203–213.
18. Jaraczewska I (2008) Rozpoznawanie gotowości do wprowadzania zmian. *Terapia Uzależnienia i Współzależnienia*, 5, 19–21.
19. Miller WR, Benefield RG, Tonigan JS (1993) Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455–461.
20. Miller WR, Sovereign RG, Krege B (1988) Motivational interviewing with problem drinkers. The Drinkers Check up as a preventative intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16, 251–268.
21. Borsari B, Carey KB (2000) Effects of a brief motivational intervention with college student drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 728–733.
22. Monti PM, Colby SM, Barnett NP, Spirito A, Rohsenow DJ, Myers M (1999) Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 989–994.
23. Larimer ME, Cronce JM (2002) Identification, prevention, and treatment: A review of individual-focused strategies to reduce problematic alcohol consumption by college students. *Journal of Studies on Alcohol*, 14, 148–163.
24. Fleming MF, Mundt MP, French MT (red.) (2000) Benefit–cost analysis of brief physician advice with problem drinkers in primary care settings. *Medical Care*, 38, 7–18.
25. Moyer A, Finney JW, Swearingen CE, Vergun P (2002) Brief interventions for alcohol problems: A meta-analytic review of controlled investigations in treatment-seeking and non-treatment-seeking populations. *Addiction*, 97, 279–292.
26. Washton AM, Zweben JE (2008) *Treating Alcohol and Drug Problems in Psychotherapy Practice: Doing What Works*. New York: Guilford Press.
27. Carroll KM, Ball SA, Nich C, Martino S, Frankforter TL, Farentinos C (2006) Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence*, 81, 301–312.
28. Bien TH, Miller WR, Borough JM (1993) Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural Psychotherapy*, 21, 347–356.
29. Bien TH, Miller WR, Tonigan JS (1993) Brief interventions for alcohol problems: a review. *Addiction*, 88, 315–335.
30. Kuchipudi V, Holbein K, Flickinger A (1990) Failure of a 2 hour motivational interviewing to alter recurrent drinking behaviour in alcoholics with gastrointestinal disease. *Journal of Alcohol Studies*, 51, 356–360.
31. Miller WR, Rollnick S (2002) *Motivational interviewing: preparing people for change*. New York: Guilford Press.

32. Burke B, Arkowitz H, Menchola M (2003) The efficacy of motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 305–311.
33. Chodkiewicz J (2006) Wywiad motywujący Millera i Rollnicka – koncepcja, zastosowania i ograniczenia. *Nowiny Psychologiczne*, 1, 37–45.
34. Carroll KM, Libby B, Sheehan J, Hyland N (2001) Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: An effectiveness study. *American Journal on Addictions*, 10, 335–339.
35. McCambridge J, Stang J (2004) The efficacy of single session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug related risk and harm among young people. *Addiction*, 99, 39–52.
36. Allsop S, Saunders B (1991) Reinforcing Robust Resolutions: Motivation in Relapse Prevention with Severely Dependent Problem Drinkers. W: Miller WR, Rollnick S (red.) *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press, 236–247.
37. Arkowitz H, Miller WR, Westra H, Rollnick S (2008) Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems: Conclusions and Future Directions. W: Arkowitz H, Miller WR, Westra H, Rollnick S (red.) *Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems*. New York: Guilford Press, 324–342.

Adres do korespondencji

Iga Jaraczewska

Akademia Motywacji i Zmian

ul. Narbutta 17, 02-536 Warszawa

tel. 0604 292 502

e-mail: ij.akademia.motywacji@gmail.com

otrzymano: 4.02.2009

przyjęto do druku: 27.05.2009