

## DIALOG MOTYWUJĄCY W TERAPII SCHIZOFRENII

### MOTIVATIONAL INTERVIEWING IN THE CONTEXT OF THERAPY OF SCHIZOPHRENIA

III Klinika Psychiatryczna IPiN w Warszawie  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Marek Jarema

**motivational interviewing  
treatment adherence  
schizophrenia therapy**

*Autorzy artykułu przybliżają podstawowe założenie oddziaływań w leczeniu osób psychotycznych, jakim jest „dialog motywujący” prowadzony równocześnie z farmakoterapią. Omawiają w nim badania na temat skuteczności zastosowań tego oddziaływania w porównaniu z innymi stosowanymi terapiami w zaburzeniach psychotycznych.*

**Summary:** According to Prof. William Miller and Prof. Stephen Rollnick motivational interviewing (MI) is a client centered, directive, goal oriented method for enhancing internal motivation to change by exploring and resolving ambivalence. The principles of motivational interviewing are as follows: express empathy, develop discrepancy, avoid argumentation, roll with resistance and support self-efficacy. Motivational interviewing can be used as one of the psycho-social methods in long-term management of patients suffering from schizophrenia. It can be used to solve the current problems that appear in the treatment of chronic psychotic patients. However, the main use of MI in this group of patients is to improve adherence concerning pharmacotherapy. In the group of patients with the diagnosis of schizophrenia, certain modifications of this method have to be done to overcome such problems as lack of insight, negative symptoms and cognitive deficits. The main objective of this paper is to present the basic principles of MI in the context of therapy of persons with psychotic disorders. Another issue raised, is the theoretical positioning of MI between other types of short-term therapeutic methods. In the summary, we discuss the results of studies on the effectiveness of the MI application in comparison with other forms of therapeutic methods created to improve adherence in the treatment of patients with psychotic disorders.

### Wstęp

Pierwotny opis założeń dialogu motywującego (DM) przedstawił w 1983 r. prof. William R. Miller opierając się na swoich doświadczeniach związanych z terapią osób uzależnionych od alkoholu [1]. Pracując z tą szczególną grupą chorych zauważył, że konieczne jest opracowanie i opisanie specyficznych sposobów komunikacji z osobami, które nie są zainteresowane otrzymaniem pomocy motywującej do zmiany postaw oraz kontynuacji terapii, mimo ewidentnych szkód powodowanych nałogiem.

Kluczowe dla rozwoju metody DM było wypuklenie, poszukiwanie oraz nadanie znaczenia wewnętrznej motywacji do zmiany, tworzące punkt wyjścia zmian zachowań, a nie dyrektywne nawiązywanie do motywacji zewnętrznej.

Stworzony do pracy z osobami uzależnionymi DM rozwinięty został wspólnie w szczególny rodzaj komunikacji wykorzystujący konkretne techniki interwencji wobec różnych grup klientów. Metoda DM ułatwia udzielanie pomocy medycznej bądź socjalnej i jest wykorzystywana przez lekarzy różnych specjalności w kontaktach z różnymi grupami

pacjentów w celu motywowania ich do dalszego leczenia. Techniki DM zostały także, po modyfikacjach, zinkorporowane do szerokiego instrumentarium technik coachingowych, wykorzystywanych przez trenerów różnych szkół coachingu.

Tak jak podkreślali wielokrotnie twórcy DM — prof. William Miller i prof. Stephen Rollnick — dialog motywujący nie jest odmianą psychoterapii, ale raczej innym niż tradycyjnie rozumiana psychoterapia „sposobem wywierania zmiany” [2].

Analizując tematykę artykułów naukowych dotyczących różnych zastosowań DM można zaobserwować coraz bardziej zauważalną tendencję do wykorzystywania go jako rodzaju fazy przygotowawczej przed podjęciem właściwej psychoterapii lub sposobu wzbudzania motywacji do podjęcia i kontynuacji psychoterapii. Takie prace zaczęły pojawiać się obok bardzo licznych już publikacji dotyczących zastosowań technik dialogu motywującego jako narzędzia ułatwiającego komunikację z pacjentami w różnych dziedzinach medycyny. Według twórców tej metody, stał się narzędziem o udowodnionej skuteczności klinicznej, doczekawszy się ponad 1000 publikacji naukowych oraz około 200 klinicznych badań randomizowanych [3].

Najbardziej zaktualizowana definicja określa DM jako „opartą na współpracy, skoncentrowaną na osobie formę pomocy, stosowaną w celu wzmocnienia motywacji do zmiany” [4, s. 129]. DM został stworzony z myślą o eksploracji oraz rozwiązywaniu problemów wynikających z ambiwalencji ze szczególną koncentracją na procesie motywacyjnym, prowadzącym do zmiany oraz wzmacniającym zmianę. Tworząc założenia teoretyczne oraz praktyczne tej metody szczególną uwagę zwrócono na wydobywanie wewnętrznych zasobów warunkujących zmiany postaw i/lub działań. Ten właśnie aspekt podkreśla się jako jeden z najważniejszych elementów odróżniających DM od innych, bardziej „przymusowych”, dyrektywnych lub odnoszących się do zewnętrznej motywacji, metod dokonywania zmian [1].

W związku z tym, że brak motywacji do kontynuacji terapii to jeden z naczelných problemów klinicznych łączących się z terapią chorych z zaburzeniami psychicznymi (zwłaszcza z zaburzeniami z kręgu psychotycznego), DM wydaje się narzędziem skutecznym we wzmacnianiu motywacji do terapii u ww. grupy chorych, nie współpracujących w leczeniu, z jednoczesną pracą nad pokonywaniem ambiwalencji oraz wzmacnianiem wglądu chorobowego. W ostatnich dziesięciu latach pojawiły się właśnie próby wykorzystywania technik dialogu motywującego do uzyskania poprawy współpracy terapeutycznej u chorych na schizofrenię [5].

Celem artykułu jest przybliżenie założeń dialogu motywującego w kontekście terapii (ustrukturalizowanych oddziaływań psychospołecznych) osób z zaburzeniami psychicznymi. Kolejną kwestią poruszoną w artykule będzie teoretyczne umiejscowienie metod DM wśród innych rodzajów krótkoterminowych oddziaływań terapeutycznych. W podsumowaniu zajmiemy się omówieniem skuteczności nielicznych badań dotyczących zastosowania DM w porównaniu z innymi formami oddziaływań terapeutycznych nakierowanych na poprawę współpracy w terapii chorych z zaburzeniami psychicznymi.

### **Główne założenia dialogu motywującego**

Autorzy metody dialogu motywującego nie traktują go jako formy psychoterapii, ale raczej jako „formę pomocy”, „sposób wywierania zmiany” lub „szczególny rodzaj kon-

wersacji”. Określenie „szczególna forma konwersacji” pojawiło się także w najbardziej uaktualnianych materiałach dostępnych na stronie internetowej dotyczącej teorii i praktyki DM, aktualizowanej przy współpracy jego twórców, tj. prof. Williama Millera i prof. Stephena Rollnicka [1], którzy wielokrotnie podkreślali, że ma on wspomagać jedynie te zmiany, które współgrają z wartościami oraz przekonaniem osób poddawanych tego rodzaju oddziaływaniom. Całkowitym zaprzeczeniem tej metody jest narzucanie zmian niezgodnych z przekonaniem, wartościami oraz życzeniami pacjentów.

Większość opisów definiujących DM, łącznie z najbardziej uaktualnionymi przez jego twórców, zawiera 3 podstawowe elementy:

„Dialog motywujący jest

- szczególną formą konwersacji na temat zmiany (doradztwem, terapią, konsultacją, metodą komunikacji),
- rodzajem współpracy, honorującym autonomię jednostki, a nie podejściem ekspert — uczeń,
- poszukiwaniem własnej motywacji oraz zobowiązań pacjenta (klienta) do zmiany zachowań” [1].

W kontekście psychiatrii i współpracy w leczeniu Villaume i wsp. [6] definiują dialog motywujący jako „podejście mające na celu poprawę wypełniania zaleceń w leczeniu (treatment adherence) [...] Jest to proces ukierunkowany na określenie gotowości pacjenta do zaangażowania się w zachowania stanowiące cel (np. przyjmowanie leków zgodnie z zaleceniami), wymagający zastosowania specyficznych umiejętności werbalnych i strategii z poszanowaniem autonomii pacjenta i ułatwiający podejmowanie przez niego decyzji. Dialog motywujący ma poprawiać wypełnianie zaleceń co do leczenia poprzez stymulowanie lub podnoszenie wewnętrznej motywacji pacjenta do zmiany w celu przezwyciężenia ambiwalencji i oporu (głównych barier przed wypełnianiem zaleceń)” [6, s. 2].

Według Villaume’ego i wsp. [6] tradycyjne doradztwo będące instrumentem budowania współpracy z pacjentami oparte jest na modelu biomedycznym. Podczas takich działań „zazwyczaj próbuje się namówić lub przekonać pacjenta, aby dokonał zmiany pewnych zachowań zdrowotnych, poprzez dostarczenie mu zewnętrznej motywacji w postaci argumentów, porad, poleceń i osądów” [6, s. 2]. Ten typowy model biomedyczny czyni pacjenta raczej biernym podmiotem tych zaleceń, zmniejszając jego autonomię poprzez kategoryczne nakazy, co „ma zrobić”, oraz ocenianie tego, co „zrobił źle”. Natomiast główne założenia DM zalecają zachować szczególną otwartość na autonomię pacjenta, tworzenie sposobu myślenia i pracy, które są wspólne dla obu uczestników interakcji terapeutycznej oraz honorują jego autonomię oraz kierunek myślenia. Wymaga się od prowadzącego DM zarzucenia roli dyrektywnej czy autorytarnej na rzecz prawdziwego zainteresowania pacjentem jako partnerem interakcji [2].

Z doświadczeń autorów artykułu wynika, że w długoterminowym kontakcie z pacjentami chorującymi na schizofrenię w Polsce, z powodu różnorodnych trudności związanych z rozpowszechnieniem oraz możliwościami stosowania metod wykraczających poza model stricte biomedyczny, budowanie współpracy z nimi często opiera się na odwoływaniu do motywacji zewnętrznej lub wprowadzaniu elementów psychoedukacyjnych. W leczeniu osób z zaburzeniami psychicznymi nader rzadko (zwłaszcza przez lekarzy) stosowane

są techniki wywodzące się z psychoterapii poznawczo-behawioralnej lub terapia długoterminowa w ujęciu psychodynamicznym.

W technice dialogu motywującego zwraca się szczególnie uwagę na pięć podstawowych zasad, które pozwalają zachować niekonfrontacyjny sposób interakcji oraz budować długoterminową współpracę.

Składają się na nie:

- wyrażanie empatii,
- omawianie rozbieżności (wraz z tworzeniem „protokołu rozbieżności”),
- unikanie kontrargumentowania (unikanie sporów),
- podążanie za oporem (w przeciwieństwie do wzmacniania oporu),
- wspieranie pierwotnych kompetencji klienta [2].

Kolejno zostaną omówione poszczególne elementy budowania współpracy z pacjentami z zaburzeniami psychicznymi, przy uwzględnieniu założeń dialogu motywującego. Zainteresowanych uniwersalnymi technikami dialogu motywującego odsyłamy do licznych pozycji piśmiennictwa dostępnych na poświęconych mu stronach internetowych.

### **Główne założenia dialogu motywującego a ich modyfikacje ze względu na chorych na schizofrenię**

Okazywanie empatii pacjentom/klientom stanowi jeden z głównych czynników warunkujących skuteczność w pracy we wszystkich zawodach służących pomocą, a nie tylko w procesie psychoterapii rozumianej w sposób klasyczny. Wyrażanie empatii jest uznawane także za kluczowe dla budowania współpracy terapeutycznej w ramach DM. Empatia jest w tym ujęciu definiowana jako widzenie świata w sposób, w jaki widzi go pacjent, przeżywanie rzeczy w taki sposób, w jaki on je przeżywa oraz podzielenie jego przekonań. Kiedy partner interakcji terapeutycznej czuje, że jest rozumiany, a jego punkt widzenia jest uwzględniany, staje się bardziej otwarty na nowe doświadczenia i dzielenie się tymi doświadczeniami z innymi. Pozwala to także na uzyskanie dostępu do tych doświadczeń, postaw i sposobu myślenia, które mogą ewentualnie prowadzić w kierunku dokonania zmiany. Możliwość podzielenia się przez pacjenta ambiwalencją wobec zmiany sprawia, że mniej stanowczo broni on dysfunkcyjnych idei i osłabia zaprzeczanie problemom [7].

Według Rüscha i Corrigan'a tworzenie empatycznej atmosfery akceptacji jest warunkiem wstępnym do eksploracji ambiwalencji pacjentów ze schizofrenią wobec konieczności długoterminowego stosowania farmakoterapii [5].

W przypadku chorych ze schizofrenią przeżywanie oraz okazywanie empatii w kontakcie terapeutycznym napotyka poważne ograniczenia. Dzieje się tak zarówno ze względu na często chorobowo zniekształcone możliwości komunikowania swoich stanów emocjonalnych, jak i często odmienny, dziwaczny, trudny do zrozumienia charakter przeżyć. Nawet jednak w takich sytuacjach możliwe jest wyczuwanie przez osobę leczoną wewnętrznej postawy lekarza, jego chęci zrozumienia, zaciekawienia nią, rzeczywistego zainteresowania jej przeżyciami.

Według twórców DM kolejnym elementem warunkującym „prowadzenie rozmowy” jest analiza (rozpatrywanie) rozbieżności. Składa się na to sporządzenie pewnego rodzaju „protokołu rozbieżności” pomiędzy aktualnym stanem i zachowaniami danej osoby a istotnymi dla niej celami.

Autorzy przytaczanego wcześniej manualu [7] dotyczącego DM wskazują, że dostrzeganie przez ludzi rozbieżności pomiędzy tym, „gdzie są, a tym, gdzie chcą być” stanowi podstawę motywacji do zmiany. Praca na tym etapie polega na wspólnym badaniu rozdzwieniu pomiędzy obecnymi zachowaniami chorej osoby a celami formułowanymi przez nią na przyszłość. W ten sposób pacjent/klient ma szansę zaangażować się sam (dzięki wewnętrznej motywacji) w proces zmian. Stosując technikę analizy rozbieżności DM wobec chorych na schizofrenię trzeba pamiętać o tym, że w sytuacji wystąpienia epizodu psychotycznego ich autonomia i możliwości decydowania są poważnie ograniczone przez samą chorobę (psychozę).

Według autorów artykułu w przypadku obecności ostrych objawów psychotycznych cele chorego mogą znacznie odbiegać od celów ogólnie akceptowanych społecznie lub wydawać się niezrozumiałe dla terapeuty/lekarza. Dodatkową komplikacją stanowi fakt, że „wprowadzane do rozmowy” w tym czasie, przez osobę prowadzącą dialog motywujący, cele, mające umożliwić nawiązanie trwałej współpracy w terapii, mogą być czasem całkowicie sprzeczne z celami chorego.

Rüsch i Corrigan [5] na etapie analizy rozbieżności proponują zwracanie szczególnej uwagi na poziom funkcjonowania poznawczego chorych oraz dostosowanie omawianych celów do takiego poziomu poznawczego, jaki jest im dostępny. Może to być proste ujawnianie rozbieżności między stawianiem sobie przez pacjenta celu związanego z poprawą aspektów finansowych i znalezieniem pracy a zwiększonym ryzykiem nawrotu psychozy przy zaniedbaniu regularności w kontynuacji wizyt ambulatoryjnych.

Trzeci z elementów warunkujących prawidłowe stosowanie DM to unikanie kontrargumentowania (unikanie sporów). Według twórców DM należy szczególnie unikać takich stwierdzeń, jak „Powinien Pan/Pani się zmienić”, „Jeśli Pan się nie zmieni, konsultacja się nie uda”, „Teraz jest właściwy czas na zmianę”, „Trzeba się leczyć, bo zdrowie jest najważniejsze”. Według autorów artykułu w przypadku stosowania DM wobec chorych na schizofrenię, na poziomie unikania kontrargumentowania często pojawia się temat pracy z akceptacją choroby, badanie poziomu wglądu chorobowego oraz odwoływanie się do tych zdrowych części ich „ego”, które mogą umożliwić nawiązywanie dalszej współpracy. Według Rüscha i Corrigan na tym etapie ważne jest wpływanie na akceptację rozpoznania przez chorych na schizofrenię, jeśli nadal zaprzeczają temu faktowi [5]. Inne aspekty wglądu chorobowego oraz ich uwarunkowania zostaną omówione dokładniej w następnym rozdziale.

Kolejna strategia, która wydaje się pomocna w „unikaniu sporów”, może opierać się na wykorzystaniu tzw. pytań otwartych. Wg McCaina [8] szczególnie korzystna może być przy omawianiu kwestii związanych z farmakoterapią. Prowadzący sesję może początkowo uzyskiwać informacje za pomocą pytań otwartych, w rodzaju: „Czego najbardziej chciałby się Pan/Pani dowiedzieć o proponowanym leczeniu?”. „Co już Pan/Pani wie na temat tego leczenia?”. Strategia ta pozwala na korektę błędnych przekonań i wprowadza naturalnie pacjenta w rozmowę na temat leczenia. Omówienie zróżnicowanych wprowadzanych przez pacjenta treści oraz często paralogicznych przekonań dotyczących leczenia prowadzi do kolejnych pytań i wspólnego dialogu na temat farmakoterapii.

W wielu przypadkach, aby farmakoterapia mogła być zaakceptowana i następnie regularnie stosowana przez pacjenta, nie sprawdza się formuła komunikacji lekarza: „Proszę brać te leki, jak zaleciłem”. Pacjent może wymagać wstępnej rozmowy, pewnej formy

„psychoterapii” czy „konwersacji” poprzedzającej ustanowienie współpracy w leczeniu farmakologicznym. Ta konwersacja zawsze musi rozpoczynać się od wypowiedzenia przez pacjenta jego własnych obaw, wyobrażeń (nawet, a zwłaszcza, nieracjonalnych) i przekonań dotyczących leków. Dopiero uwzględniając je w dialogu, omawiając jako ważne (bez lekceważenia i komunikatów: „Co Pan tam wie o lekach, ja wiem lepiej”) można stworzyć nową podstawę emocjonalno-poznawczą, nową perspektywę na przyszłość, w której działanie wcześniej dla pacjenta zbyt trudne lub nieakceptowane (przyjmowanie leków) stanie się akceptowalne i będzie spostrzegane jako korzystne.

Kolejny aspekt DM stanowi podążanie za oporem (podążanie za ambiwalencją, podążanie za niechęcią). Ten sposób postępowania zmniejsza opór, ponieważ nie zmusza rozmówcy do automatycznego bronięcia swojej pozycji, do poszukiwania kontrargumentów wobec tego, co mówi lekarz/terapeuta, czyli do wchodzenia w rolę „adwokata diabła” w odpowiedzi na jego sugestie. Podążanie za oporem powinno, z drugiej strony, skłaniać do samodzielnego poszukiwania przez pacjenta rozwiązań, w sytuacji gdy energia nie jest zużywana na obronę dotychczasowej dysfunkcyjnej postawy. Jego wypowiedzi przeciwstawiające się zmianie zachowania lub kwestionujące inny punkt widzenia nie powinny być bezpośrednio atakowane lub kwestionowane. Natomiast terapeuta może proponować inne rozwiązanie, lecz nie narzucać go [7].

Według Rüscha i Corrigan w przypadku pracy z osobami chorymi na schizofrenię powinno zwracać się szczególną uwagę na to, aby nie stawiać się w opozycji, ale wykazywać postawę szczególnej akceptacji wobec ich wypowiedzi oraz celów. Wszelkie, a zwłaszcza ambiwalentne czy wykluczające się wypowiedzi powinny być uznawane za informację o zmaganiach pacjenta w pokonywaniu ambiwalencji czy wyznaczaniu nowych realistycznych celów.

Według twórców DM w celu przeciwdziałania oporowi oraz zrozumieniu ambiwalencji można posługiwać się metodami, które stosowane są w wielu innych szkołach psychoterapeutycznych. Poniżej, w tabeli 1, podano specyficzne techniki przeciwdziałające wzmacnianiu oporu, a pozwalające „podążać za ambiwalencją”.

**Tabela 1. Specyficzne techniki używane w DM, przeciwdziałające wzmacnianiu oporu, a pozwalające na „podążanie za ambiwalencją” [za: 1, z modyfikacją]**

Rodzaj techniki	Na czym polega
Proste odzwierciedlanie	Proste uznanie sprzeciwu pacjenta
Dwustronne odzwierciedlanie	Uznanie braku zgody na ujawnienie drugiego krańca ambiwalencji towarzyszącej leczeniu
Klaryfikacja	Weryfikacja, czy podane wyjaśnienia odpowiadają perspektywie pacjenta
Przeniesienie uwagi	Odwrócenie uwagi od tego, co może być ogniwem blokującym zmianę
Uznanie autonomii chorego	Chory — głównym decydentem, przesądającym o tym, co nastąpi

Wzmacnianie skuteczności klienta (pacjenta) jest kolejnym elementem pracy w dialogu motywującym. Polega ono na wzmacnianiu:

- wiary w możliwość pozytywnej zmiany,
- odpowiedzialności za dokonany wybór i wprowadzanie zmiany w życie.

Wiara osoby uczestniczącej w dialogu motywującym w to, że zmiana jest możliwa, jest istotnym warunkiem, aby mogła ona zająć. Jeśli klient jest odpowiedzialny za wybór oraz w konsekwencji za przeprowadzenie działań zmierzających do założonej zmiany, to rola terapeuty polega na pomocy w utrzymaniu przez niego motywacji oraz dostarczaniu wsparcia. Istotną wskazówką jest stwierdzenie, że nie istnieje jedna, wyłącznie dobra droga do dokonania zmian. Cele osiągnąć mogą być różnymi drogami, a w przypadku niepowodzenia jednej z nich, może być wybrana inna [7].

Według Rüscha i Corrigan wzmacnianie skuteczności jest kluczowe dla wzmacniania motywacji do zmiany. Na podstawie badań, dotyczących DM jako narzędzia wspierającego rzucanie palenia, można zauważyć, że uzyskane dzięki tej metodzie wyniki mogą być także kluczowym predyktorem wprowadzanych w życie zmian zachowań [5]. Według Rüscha i Corrigan poprzez wyrażanie empatii poprawia się ogólną samoocenę klienta, natomiast zwiększenie jego skuteczności odnosi się do szczególnego wzmacniania wiary w możliwość zmiany problematycznych zachowań. W zwiększaniu skuteczności chorych na schizofrenię zwraca się także szczególną uwagę na podkreślanie kwestii, że to nie terapeuta, ale pacjent jest osobą, która podejmuje decyzje, jak i kiedy się zmienić. Zasada ta powinna zachęcać chorych do odgrywania aktywnej roli w życiu, brania pod uwagę swojej sytuacji oraz zwiększania świadomości własnych uwarunkowań [5].

W celu realizacji wszystkich pięciu wymienionych zalecanych wcześniej aspektów DM, twórcy tej metody zalecają korzystanie z kilku strategii:

- wprowadzania pytań otwartych,
- „odzwierciedlającego słuchania”,
- wzmacniania wszelkich przejawów samomotywowania do pożądanego zmiany,
- podsumowywania wszelkich etapów konsensusu lekarz — pacjent (lub braku tego konsensusu).

### **Dialog motywujący w terapii schizofrenii — aspekty wglądu chorobowego a długoterminowa współpraca w leczeniu**

Jak już wspomnieliśmy wcześniej, uzyskanie zadowalającej współpracy w zakresie kontynuacji terapii oraz przestrzegania zaleceń stanowi jedno z głównych wyzwań lekarzy różnych specjalności pracujących z chorymi na schorzenia o zróżnicowanej specyfice.

Natomiast w praktyce psychoterapeutycznej współpraca (lub jej brak) świadczy o etapie procesu, w jakim znajduje się pacjent, oraz sygnalizuje elementy oporu mogące być wykorzystane i przepracowane w czasie dalszych sesji. Rzadko sygnalizuje błędy popełniane przez terapeutę lub świadczy o takim nagromadzeniu nieuchwyconego przez terapeutę materiału klinicznego, który skutkuje całkowitym brakiem współpracy poprzez zerwanie terapii przez pacjenta.

Chorzy na schizofrenię stanowią bardzo szczególną grupę pacjentów/klientów, u których nieprzestrzeganie zaleceń lekarskich oraz brak współpracy jest częsty i wpisuje się w objawy psychopatologiczne samego procesu chorobowego. Współpraca w terapii jest

szczególnie warunkowana występowaniem lub brakiem wglądu chorobowego. Dotychczasowe badania relacji pomiędzy nasileniem oraz rodzajem objawów psychopatologicznych a poziomem wglądu chorobowego przyniosły sprzeczne rezultaty. Nie udało się ustalić jednoznacznie, czy brak wglądu chorobowego u chorych na schizofrenię koreluje w większym stopniu z obecnością objawów negatywnych [za: 5], pozytywnych [za: 5] czy pozostaje fenomenem całkowicie niezależnym od rodzaju współtowarzyszących objawów psychopatologicznych. Natomiast dobry wgląd chorobowy łączy się z lepszym funkcjonowaniem społecznym, ale jednocześnie z większym psychologicznym distresem [za: 5], który naszym zdaniem powinien zawsze być omówiony oraz ulec przepracowaniu w trakcie kontaktu terapeutycznego z chorymi na schizofrenię, nawet w zakresie wizyt dotyczących wyjściowo zagadnień związanych z farmakoterapią.

Rüsch i Corrigan — autorzy pierwszych założeń modyfikacji technik dialogu motywującego z myślą o chorych na schizofrenię — podkreślali, że najważniejszym zastosowaniem DM w tej szczególnej grupie pacjentów może stać się ukierunkowanie terapii na poprawę współpracy oraz pogłębienie wglądu chorobowego [5]. W ich ujęciu wgląd chorobowy u chorych na schizofrenię powinien być rozumiany jako szeroki konstrukt powiązany zarówno z poznawczym aspektem świadomości występowania zaburzeń psychicznych, jak i społecznych konsekwencji choroby. W celu tworzenia punktów wyjścia dalszej pracy terapeutycznej z osobami chorymi na schizofrenię za pomocą metod DM, przyjęli szczególne założenia dotyczące charakterystyki wglądu chorobowego w tej grupie pacjentów. Podzielili obszary wglądu chorobowego na poszczególne domeny: aspekty poznawcze, aspekty związane z poziomem współpracy, aspekty związane z poziomem objawów psychopatologicznych oraz aspekty łączące się z perspektywą czasową występowania lub braku wglądu chorobowego u chorych na schizofrenię (patrz tabela 2).

Tabela 2. **Aspekty wglądu chorobowego w ujęciu Rüsch i Corrigan [cyt za: 5, z modyfikacją].**

ASPEKTY WGLĄDU CHOROBOWEGO	
Poznawcze aspekty wglądu chorobowego	Świadomość występowania zaburzeń psychicznych Akceptacja zaburzeń psychicznych Świadomość społecznych konsekwencji występowania zaburzeń psychicznych
Aspekty wglądu związane ze współpracą w trakcie terapii	Percepcja potrzeby dalszej terapii Uświadomienie sobie aktualnych efektów terapii Atrybucja korzyści dalszej terapii Kooperacja w zakresie kontynuacji terapii
Objawowe aspekty wglądu chorobowego	Świadomość występowania objawów zaburzeń psychicznych Atrybucja indywidualnych objawów psychopatologicznych jako wynikających z zaburzeń psychicznych
Aspekty wglądu związane z perspektywą czasową występowania zaburzeń psychicznych	Stopień świadomości aktualnego występowania zaburzeń psychicznych, z uwzględnieniem potrzeby dalszej terapii oraz wynikających z niej korzyści Stopień świadomości występowania zaburzeń psychicznych w przeszłości Poziom świadomości dotyczącej dalszego przebiegu choroby oraz potrzeby kontynuacji terapii w przyszłości



W związku z wielowymiarowością fenomenu wglądu chorobowego [za: 5], nawet niewielkie zakłócenia dotyczące jedynie niektórych wymiarów tego zjawiska mogą skutkować przeszkodami w zakresie kooperacji w długoterminowej terapii schizofrenii. Według Rüscha i Corrigan [5] stosowanie technik DM pozwala na omówienie z pacjentem/klientem subiektywnych przekonań, dotyczących siebie, oraz ich skutków wpływających na zachowania. Przykładem może być uwypuklenie różnicy w ocenie swoich zachowań przez samych pacjentów, w porównaniu z oceną tych zachowań przez członków ich rodzin czy inne osoby z najbliższego otoczenia. Daje to możliwość omówienia zalet i wad tych różnych ocen oraz sporządzenie „protokołu rozbieżności”.

Według autorów artykułu omawianie zalet i wad subiektywnych przekonań samych chorych w zakresie poszczególnych elementów wglądu chorobowego, wyróżnionych przez Rüscha i Corrigan, daje możliwość dokonywania prób ich integracji. Może to zachodzić poprzez osadzanie ich w perspektywie czasowej, czyli w odniesieniu do przeszłości, teraźniejszości i przyszłości, oraz analizę konkretnych zachowań wynikających z poszczególnych przekonań i ich skutków odczuwalnych przez pacjentów.

Według Bellacka i DiClementego [9] koncentrowanie się na konsekwencjach behawioralnych chorobowych przekonań w schizofrenii może stanowić dobry punkt wyjścia angażowania pacjentów w omawianie kwestii związanych z ambiwalencją z zakresu kognitywnego oraz behawioralnego [10].

W ocenie autorów artykułu, w tym aspekcie DM może być narzędziem pozwalającym na stosunkowo bezpieczne konfrontowanie pacjentów z rzeczywistością choroby psychicznej oraz skutkami braku wglądu chorobowego, mimo że metoda DM zakłada unikanie technik konfrontacyjnych na rzecz „podążania za ambiwalencją”.

Według pierwszych autorów modyfikacji metody DM, z myślą o osobach z zaburzeniami z kręgu psychotycznego, tj. Rüscha i Corrigan, stosowanie DM w celu poprawy wglądu oraz utrwalania współpracy u chorych ze schizofrenią wymaga uwzględnienia jeszcze innych czynników związanych z samymi objawami procesu schizofrenicznego. W tej grupie chorych objawy negatywne, takie jak anergia, anhedonia oraz apatia, mogą stanowić przeszkodę w stosowaniu DM, ponieważ same w sobie stanowią opozycję wobec motywacji do zmiany nastawienia do choroby oraz problematycznych zachowań [5].

Inną kwestią stanowiącą przeszkodę w stosowaniu DM wobec chorych na schizofrenię może być przewlekła pasywność. Może ona sprawiać, że osobom tym trudno jest zidentyfikować własne cele, co w konsekwencji ogranicza możliwość przepracowywania ambiwalencji, mogącej być głównym czynnikiem blokującym realizację tych celów.

Według Rüscha i Corrigan kolejną przeszkodą utrudniającą realizację założeń DM u chorych na schizofrenię są deficyty neurokognitywne, zwłaszcza dotyczące pamięci operacyjnej oraz funkcji uwagi, trudności w myśleniu abstrakcyjnym, utrzymaniu skupienia na jednym temacie. Powyższe uwarunkowania mogą stanowić poważną przeszkodę w uzyskiwaniu nowych informacji w trakcie sesji DM oraz integrowaniu ich z wcześniejszymi poglądami i przekonaniem pacjenta. W tym kontekście może być potrzebne powtarzanie informacji, przedłużenie czasu interwencji, podzielenie dłuższych sekwencji informacyjnych na krótsze czy wykorzystanie metod wizualnych [5].

Według Baier [11] dialog motywujący może być bardziej efektywny u pacjentów z mniejszym nasileniem objawów negatywnych schizofrenii, w połączeniu z innymi me-

totami leczenia psychospołecznego. Może pomagać chorym w zmierzeniu się z realnością problemów związanych z rozpoznaniem i terapią psychozy, w miejsce zaprzeczania ich istnieniu (braku wglądu) oraz w stosowaniu się do zaleceń dotyczących leczenia.

### **Skuteczność dialogu motywującego we wspieraniu terapii schizofrenii w randomizowanych badaniach klinicznych**

Aby móc usytuować DM w kontekście innych działań zmierzających do poprawy współpracy w terapii schizofrenii, musimy nawiązać do metod terapeutycznych oraz psychospołecznych, które stosowane są w tym celu wobec chorych na schizofrenię. Pozwoli to także na szersze omówienie skuteczności DM pod tym względem.

Jako metoda pracy z pacjentami, DM sytuuje się na pograniczu terapii poznawczo-behawioralnej, do której w pewnych aspektach nawiązuje. Nie można jednak z całą pewnością stwierdzić, że się z niej wywodzi. Nie można też zaliczyć go do odmian terapii poznawczo-behawioralnej, gdyż sami twórcy DM nie nazywają tej formy pracy z pacjentami psychoterapią w rozumieniu klasycznym. Natomiast z interwencji opartych na DM wyewoluowała tzw. terapia współpracy (compliance therapy/adherence therapy), którą po raz pierwszy opisali Kemp i wsp. [12]. Terapia współpracy jest podejściem terapeutycznym nakierowanym stricte na poprawę współpracy w zakresie farmakoterapii. Kemp i wsp. zdefiniowali terapię współpracy jako rodzaj krótkoterminowej interwencji, mającej na celu wypracowanie i utrwalenie długoterminowej współpracy w zakresie farmakoterapii u chorych na schizofrenię. Dokonali pewnych modyfikacji DM, sprowadzając jego techniki do omawiania wszelkich aspektów związanych z analizą przekonań pacjentów, dotyczących stosowanych u nich leków przeciwpsychotycznych.

Według Kempa i wsp. sesje interwencji z zakresu terapii współpracy powinny być prowadzone w cyklu złożonym z 4—6 sesji, trwających od 10 do 60 minut, oraz zawierać takie elementy, jak:

- ocena skali problemów związanych z przyjmowaniem/nieprzyjmowaniem leków przeciwpsychotycznych,
- nakreślenie możliwych scenariuszy rozwiązań w przypadku kontynuowania farmakoterapii lub jej zaprzestania,
- eksploracja ambiwalencji wobec leczenia,
- omówienie przekonań pacjentów dotyczących farmakoterapii,
- praca z oporem wobec leczenia psychiatrycznego i farmakoterapii [12].

W randomizowanym badaniu klinicznym z zakresu efektywności terapii współpracy w porównaniu z niespecyficznym doradztwem udzielanym 47 osobom z psychozą, wykazano, że w grupie, w której stosowano terapię współpracy, obserwowano większą poprawę wglądu chorobowego, poprawę korzystnej postawy wobec leków oraz poprawę współpracy w ocenie po 6-miesięcznym okresie obserwacji [12].

Kolejnym klinicznym badaniem randomizowanym dotyczącym skuteczności DM było badanie Maneesakorn i wsp.[13]. Obserwacją objęto 32 chorych, którzy uczestniczyli w 8 sesjach terapii współpracy opartej na DM, w porównaniu ze standardową terapią. U chorych, wobec których stosowano terapię współpracy, zaobserwowano znaczące zmniejszenie się nasilenia objawów psychopatologicznych, poprawę satysfakcji z lecze-

nia oraz postawy wobec farmakoterapii. Nie obserwowano natomiast znaczących różnic międzygrupowych w zakresie poziomu ogólnego funkcjonowania.

W późniejszym badaniu randomizowanym [14] dotyczącym oceny wpływu terapii współpracy, w porównaniu z terapią standardową, na nasilenie objawów psychopatologicznych oraz poziom współpracy, przeprowadzonym z udziałem 26 chorych ze schizofrenią, nie wykazano znaczących różnic międzygrupowych w zakresie powyższych parametrów. Natomiast w grupie korzystającej z sesji terapii współpracy odnotowano wyższą satysfakcję z prowadzonego leczenia.

Zygmunt i wsp. [15] dokonali metaanalizy badań dotyczących skuteczności interwencji psychospołecznych w schizofrenii, mających na celu poprawę współpracy w leczeniu. Poddali analizie 33 badania prowadzone w różnych modalnościach (jako interwencje indywidualne, grupowe, rodzinne oraz łączące różne metody terapeutyczne).

Wynikało z niej, że stosowane przez wiele ośrodków terapii schizofrenii metody psychoedukacyjne opierały się głównie na przekazywaniu wiedzy o chorobie oraz działaniach ubocznych farmakoterapii. Małą wagę przykładano do analizy postawy pacjentów wobec konieczności długoterminowej terapii łączącej się z przyjmowaniem leków. Terapie grupowe koncentrowały się głównie na wspólnej identyfikacji problemów oraz udzielaniu wzajemnego wsparcia, natomiast interwencje rodzinne najczęściej opierały się na założeniu, że wpływ rodziny jest kluczowy dla przebiegu choroby pacjenta oraz poziomu współpracy.

Analizowane interwencje terapeutyczne wywodzące się z terapii poznawczej miały na celu przede wszystkim poznanie nastawienia oraz przekonań chorego dotyczących leków. Większość interwencji poznawczych opierała się na założeniu, że współpraca pacjenta w terapii schizofrenii jest zdeterminowana głównie osobistym kontekstem znaczenia choroby oraz koniecznością przyjmowania leków. Modyfikacje behawioralne metod terapeutycznych opierały się na założeniu, że konkretne zachowania kształtuje się przez uczenie i warunkowanie, a także nagrody i kary, wzmocnienia, dostarczanie wskazówek oraz promowanie własnej efektywności [za: 15]. W czasie takich interwencji dokonywano behawioralnej analizy problemu, a współpraca w zakresie procedur terapeutycznych pojawiała się jako specyficzny komponent analizowanych zachowań. Podczas psychospołecznych programów środowiskowych w analizowanych badaniach pojawiały się różne formy interwencji wspierających oraz rehabilitacyjnych podejmowanych raczej w ramach wizyt w miejscu zamieszkania pacjentów niż w ośrodkach terapeutycznych.

Wnioski z metaanalizy Zygmunt i wsp. [15] pokazują, że psychospołeczne interwencje psychoedukacyjne nie są skuteczne w zakresie poprawy współpracy w terapii schizofrenii, jeśli nie towarzyszą im elementy behawioralne oraz związane z udzielaniem wsparcia. Skuteczne natomiast okazywało się dostarczanie pacjentom konkretnych instrukcji, strategii rozwiązywania problemów, narzędzi pozwalających na samomonitorowanie terapii oraz różnego typu wzmocnień. Z wniosków z przytaczanej metaanalizy wynika także, że oceniane interwencje psychospołeczne oparte na zasadach dialogu motywującego okazały się zachęcająco skuteczne w zakresie długoterminowego budowania współpracy w terapii.

Na zakończenie warto wspomnieć, że DM w ostatnich latach coraz częściej jest wykorzystywany w terapii schizofrenii ze współistniejącym uzależnieniem od alkoholu lub używaniem substancji psychoaktywnych. Pojawiły się modyfikacje terapii poznawczo-

-behawioralnej ukierunkowanej na poprawę objawów psychopatologicznych schizofrenii w połączeniu z elementami DM skoncentrowanego na problemie uzależnień [17], próby zastosowania DM w treningu umiejętności społecznych dla członków rodzin osób z rozpoznaniem schizofrenii, używających substancji z grupy tetrahydrokanabinoli, w celu przeciwdziałania przyjmowaniu tychże substancji [6]. Jednak szczegółowe omawianie kwestii związanych z podwójną diagnozą i zastosowaniem DM w tym przypadku przekracza zakres tej pracy.

### Podsumowanie

Według autorów rozdziału jednej z najbardziej aktualnych monografii dotyczących leczenia schizofrenii przewlekłej, podejście długoterminowe do terapii tej choroby powinno „opierać się na modelu zdrowienia, zakładającym optymalizację ogólnego dobrostanu pacjenta. Orientacja na zdrowienie ma koncentrować się na poprawie funkcjonalnego zejścia choroby, w tym na poprawie sprawności funkcjonowania zawodowego, społecznego czy szkolnego, a także poprawie jakości życia. Ponieważ osiągnięcie tego celu niemal zawsze wymaga równoczesnego stosowania terapii psychospołecznych lub rehabilitacji oraz farmakoterapii, strategia długotrwałego leczenia powinna zakładać integrowanie tych elementów” [18, s. 387]. Współczesne podejście do terapii schizofrenii zgodne ze stanowiskiem autorów wyżej wymienionej monografii oraz z wynikami prac licznych zespołów eksperckich (przytaczanie stanowisk kolejnych konsensusów eksperckich przekracza ramy naszego opracowania), zakłada model oparty na długoterminowej interwencji farmakologicznej. Nadal jednak, mimo licznych prób tworzenia programów rehabilitacyjnych, środowiskowych czy integrujących różne formy interwencji psychoterapeutycznych — z myślą o osobach ze schizofrenią i ich rodzinach — nie udało się wypracować w pełni zadowalających i skutecznych metod poprawiających współpracę w zakresie farmakoterapii oraz warunkujących korzystne długoterminowe rokowanie w tej chorobie.

Poszukiwanie nowych, bardziej skutecznych metod pogłębiania współpracy w leczeniu jest warte wysiłku, ponieważ może skutkować większą efektywnością leczenia. W tym kontekście dialog motywujący może być rozpatrywany jako metoda dostarczająca ciekawej perspektywy. Jest nią kwestia wzbudzania wewnętrznej motywacji pacjenta do tego, aby leczenie towarzyszyło jego życiu i wysiłkom na rzecz autonomii jako sprzymierzeniec, a nie jako coś zewnętrznego, wzbudzającego opór i niechęć.

W ocenie autorów niniejszego opracowania DM może stanowić ciekawą alternatywę wzbogacającą instrumentarium osób pracujących z chorymi na schizofrenię w wysiłkach czynionych w celu wspierania ich w procesie leczenia i zdrowienia. Przez poszerzenie umiejętności warsztatowych może pozwalać, zwłaszcza osobom bez klasycznego przygotowania psychoterapeutycznego, na przeciwdziałanie wypaleniu zawodowemu oraz na zwiększanie kompetencji zawodowych dotyczących nawiązywania i utrzymywania współpracy z cierpiącymi na schorzenie, w którego sam obraz i przebieg bywa wpisywany brak motywacji oraz „bojkotowanie” terapii.

Nie jest istotne, czy interwencje w duchu DM podejmuje lekarz, psycholog, pracownik socjalny czy pielęgniarka środowiskowa. Prowadzenie „sesji rozmowy” dialogu motywującego nie wymaga posiadania dodatkowych uprawnień psychoterapeutycznych. Twórcy

dialogu motywującego, prof. William Miller i prof. Stephen Rollnick, zrobili niezwykle dużo dla jego upowszechnienia; współpracują też z wieloma portalami internetowymi popularyzującymi wiedzę o DM. Dlatego też należy rozważyć możliwość stosowania DM wobec osób ze schizofrenią jako narzędzia przyczyniającego się do poprawy wglądu chorobowego, do utrwalania współpracy w leczeniu czy też wspomagającego rozwiązywanie bieżących problemów.

### Piśmiennictwo

1. MI definition. Principles & Approach [www.motivationalinterview.org](http://www.motivationalinterview.org) wejście z dnia 18.02.2013.
2. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Behav. Cogn. Psychother.* 1995; 23: 402–403.
3. Miller WR, Rollnick S. What is new since MI—2? Wykład, Stockholm, 8.06.2010, dostępny na stronie [www.motivationalinterview.org](http://www.motivationalinterview.org) wejście z dnia 18.02.2013.
4. Miller WR, Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behav. Cogni. Psychother.* 2009; 37: 129–140.
5. Rüsç N, Corrigan PW. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. *Psychiatr. Rehab. J.* 2002; 26: 23–32.
6. Villaume WA, Berger BA, Barker B. Learning motivational interviewing: scripting a virtual patient. *Am. J. Pharmac. Educ.* 2006; 70(2): 33.
7. Motivational interviewing (manual). Milwaukee: Johnson Creek Secure Residential Treatment Facility; 2012.
8. McCain J. Motivational interviewing — to improve adherence. *Biotechnol. Healthcare* 2012; 4: 10–12.
9. Bellack AS, DiClemente CC. Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatr. Serv.* 1999; 50: 75–80.
10. Schmand B, Kuipers T, van der Gaag M, Bosveld J, Bulthuis F, Jellema M. Cognitive disorders and negative symptoms as correlates of motivational deficits in psychotic patients. *Psychol. Med.* 1994; 24 (4): 869–884.
11. Baier M. Insight in schizophrenia: a review. *Curr. Psychiatr. Rep.* 2012; 12: 356–361.
12. Kemp R, Hayward P, Applewhite G, Everitt B, David A. Compliance therapy in psychotic patients: randomized controlled trial. *BMJ* 1996; 312: 345–349.
13. Maneesakorn S, Robson D, Gourmay K, Gray R. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *J. Clin. Nurs.* 2007; 16 (7): 1302–1312.
14. Anderson KH, Ford S, Robson D, Cassis J, Rodrigues C, Gray R. An exploratory, randomized trial of adherence therapy for people with schizophrenia. *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2010; 19 (5): 340–349.
15. Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am. J. Psychiatry* 2002; 159: 1653–1664.
16. Haddock G, Beardmore R, Earnshaw P, Fitzsimmons N, Nothard S, Butler R, Eisner E, Barrowclough C. Assessing fidelity to integrated motivational interviewing and CBT therapy for psychosis and substance use: the MI-CBT fidelity scale (MI-CST). *J. Ment. Health* 2012; 21 (1): 38–48.
17. Smeerdijk M, Keet R, Dekker N, van Raaij B, Krikke M, Koeter M, de Haan L, Barrowclough C, Schippers G, Linszen D. Motivational interviewing and interaction skills training for parents

to change cannabis use in young adults with recent-onset schizophrenia: a randomized controlled trial. *Psychol. Med.* 2012; 42 (8): 1627–1636.

18. Miller AL, McEvoy JP, Jeste DV, Marder SR. Leczenie przewlekłej schizofrenii. w: Lieberman JA, Stroup TS, Perkins DO. *Schizofrenia*. Washington, London: The American Psychiatric Publishing; 2006, s. 387.

[pokorska@ipin.edu.pl](mailto:pokorska@ipin.edu.pl)