

## DIALOG MOTYWUJĄCY W PRACY Z GRUPAMI OSÓB PODEJMUJĄCYCH ZACHOWANIA RYZYKOWNE

### MOTIVATIONAL INTERVIEWING IN GROUP WORK ON RISK BEHAVIORS

Ambulatorium Terapii Rodzin Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie

*Dopóki jednostka nie będzie miała nadziei  
i motywacji do zaangażowania się w leczenie,  
dopóty żaden postępek się nie dokona.*

Irvin Yalom

*W artykule przedstawione są podstawy i idee dialogu motywacyjnego — metody opartej na założeniach psychoterapii humanistycznej Carla Rogersa, z których za najważniejszy czynnik powodujący zmianę uważa się umiejętne wyrażanie empatii i akceptacji. Autor, na podstawie własnych doświadczeń w stosowaniu metody dialogu motywującego w pracy z osobami dorosłymi, nastolatkami, rodzinami i grupami, przedstawia jej wymierne korzyści w krótkoterminowej pracy z osobami przejawiającymi zachowania ryzykowne oraz w sesjach motywujących do podjęcia terapii. Opisuje założenia pracy grupowej, wykorzystującej metodę dialogu motywującego oraz fazy rozwoju grupy, wobec której zastosowano tę metodę.*

**group therapy  
risk behaviors  
Motivational Interviewing**

**Summary:** Motivational Interviewing (MI) is a counseling and therapy method based on empirical research (EBP). MI has a well-documented efficacy in the individual work with clients showing risk behaviors (substance abuse, behavioral addictions, aggressive behaviors, sexual risk behaviors). Its effectiveness stems from the Carl Rogers' humanistic psychotherapy approach combined with the specific tools identified during years of studies on motivation in psychotherapy focusing foremost on pro-health behavior. The article presents the motivational approach and the proposed guidelines for the group work in risk behaviors along with description of its philosophical background, tools, therapist's role and work. The author quotes the methods congruent with the MI spirit and describes the correlation (analysed in the DM context) between the presence of specific phrases (change talk) in the client's narrative and introducing actual change in one's life. The article proposes certain frame of assumptions for the MI group work, including the characteristic phases of motivation progress in the group members, and the key elements in the pre-selection and group forming. It is an attempt to describe the capabilities and limitations of MI work in the context of the author's own experience in working with groups as well as against the background of other theoretical approaches to group work.

## Wprowadzenie

Dialog motywujący (DM)<sup>1</sup> to metoda, której skuteczność w pracy indywidualnej jest dobrze udokumentowana (ponad 1000 publikacji w bazie EBSCO). Źródłem podstaw teoretycznych dialogu są badania kliniczne osób uzależnionych i nadużywających. Dialog powstawał jako teoria ugruntowana. Dane pochodzące z ocen interwencji terapeutycznych dokonanych przez sędziów kompetentnych zostały połączone z założeniami teoretycznymi psychoterapii humanistycznej. Pierwsze obserwacje pokazały, że terapeuci stosujący najczęściej interwencje wyrażających empatię mieli najwyższy odsetek pacjentów wprowadzających i utrzymujących zmiany prozdrowotne. Miller i Rollnick [1] w badaniach nad efektywnością oddziaływań terapeutycznych udowodnili tezę, że motywacja osoby jest istotnym czynnikiem warunkującym wystąpienie zmiany, a motywacja pacjenta/klienta jest ściśle zależna od umiejętności klinicysty w zakresie jej wydobywania i wzmacniania. W budowaniu motywacji ważny okazał się nie tylko kontekst relacji, ale także jej dynamika i wielowymiarowy charakter. Autorzy stworzyli metodę o dużej skuteczności, która łączy filozofię humanistyczną Carla Rogersa z precyzyjnie zdefiniowanymi narzędziami pracy. Twórcy DM tak go charakteryzują: „Dialog motywujący to oparty na współpracy, zorientowany na cel sposób komunikowania się, zwracający szczególną uwagę na język zmiany. Ma on w zamierzeniu umocnić osobistą motywację i zobowiązanie do osiągnięcia konkretnego celu przez wydobywanie oraz zbadanie u osoby jej własnych powodów do zmiany w atmosferze akceptacji i współczucia” [1, str. 55]. Niniejsza praca przedstawia dialog motywujący, opisując kluczowe w tym podejściu zjawisko ambiwalencji i tak zwany język zmiany (change talk), który stanowi zmienną wyjaśniającą występowanie nowego adaptacyjnego zachowania. W artykule zaproponowano założenia do pracy grupowej metodą DM z uwzględnieniem charakterystycznych etapów związanych z rozwojem motywacji grupy oraz elementów kluczowych w doborze jej uczestników i formowaniu. Refleksje na temat zastosowania DM w grupach są bezpośrednio związane z pracą terapeutyczną autora i opierają się na doświadczeniach zebranych podczas prób wdrażania tej metody w prowadzonych grupach.

### Skuteczność dialogu motywującego w zachowaniach ryzykownych

Opisywane podejście znajduje zastosowanie w krótkoterminowej pracy z osobami przejawiającymi zachowania ryzykowne oraz w sesjach motywujących do podjęcia terapii. W przypadku osób nadużywających metadonu jedna sesja motywująca poprzedzająca udział w terapii obniżała wskaźnik jej porzucania (drop out) z 49% do 30% [2]. Inne badanie [3] pokazuje, że udział w sesji motywującej powoduje większe zaangażowanie w proces terapii, a po zakończeniu trzymiesięcznej terapii 64% osób utrzymywało abstynencję lub deklarowało brak objawów, w odróżnieniu od grupy kontrolnej (29% osób), której terapia nie była poprzedzona sesją motywującą. Lounadhl i Burke [4] w badaniu „Omni-bus” porównywali skuteczność DM i innych podejść w czterech różnych metaanalizach w odniesieniu do różnych zachowań ryzykownych (nadużywanie alkoholu, zazywanie

---

<sup>1</sup>W tekście autor stosuje wymiennie określenia: podejście motywujące, dialog, dialog motywujący, DM, oznaczające — dialog motywujący, ang. Motivational Interviewing (MI)

narkotyków, hazard, ryzykowne zachowania seksualne etc.). Wskaźnik skuteczności DM w metaanalizach był wyższy o 2%, 3%, 13% i 15% w porównaniu z badanymi, którzy brali udział w innego rodzaju oddziaływaniach pomocowych (CBT, program 12 kroków). Efektywność DM była najwyższa w odniesieniu do osób nadużywających alkoholu.

W projekcie MATCH (jedno z największych badań dotyczących skuteczności terapii osób uzależnionych realizowane w latach 1997/1998) badano oddziaływanie różnych metod terapeutycznych w dwóch grupach uzależnionych pacjentów (952 pacjentów ambulatoryjnych i 774 pacjentów poddawanych hospitalizacji). Badani brali udział w czterech sesjach DM w 1., 2., 6. i 12. tygodniu, w porównaniu z dwunastoma sesjami prowadzonymi w podejściu poznawczo-behawioralnym i w podejściu 12 kroków. W porównaniu uwzględniono następujące zmienne: procent dni abstynencji (PDA) oraz średnia ilość drinków w przeliczeniu na jeden dzień (DOD). W badaniu follow-up po pierwszym i trzecim roku zaobserwowano porównywalny poziom poprawy u 2/3 uczestników wszystkich trzech oddziaływań [4]. Zasadnicza różnica wynikająca z badania dotyczyła kilkakrotnie mniejszej ilości sesji DM [4].

W przypadku pracy z nastolatkami dialog może być nawet bardziej obiecujący. Grupa młodzieży po jednej rozmowie motywującej uczestniczyła w 17 sesjach terapii, a okres jej abstynencji był dwa razy dłuższy w porównaniu z grupą kontrolną biorącą udział średnio w 6 sesjach [5]. Jensen, Cushing i wsp. [6] poddali analizie skuteczność DM w dziewiętnastu badaniach przeprowadzonych na grupie nastolatków używających alkoholu, narkotyków, palących papierosy lub używających kilku substancji jednocześnie. Badania obejmowały oddziaływanie DM prowadzone w 1–4 sesjach (sześć z omawianych badań obejmowało oddziaływanie w więcej niż jednej sesji, trzynaście badań opartych było na jednej sesji). Wielkość efektu mierzona współczynnikiem d-Cohena ( $d = 0,2-0,4$  niska wartość,  $d = 0,4-0,6$  przeciętna wartość,  $d = 0,6-1,0$  wysoka wartość) wykazała istotną skuteczność w zmniejszeniu ilości używanych substancji w 12 z 19 badań. W jednym badaniu występował ujemny efekt, w pięciu badaniach zamykał się w przedziale 0,0–0,18, a w pozostałych był na poziomie od 0,2–0,8.

Podsumowując, wyniki metaanaliz pokazują wysoką efektywność dialogu w motywowaniu do podejmowania terapii oraz skuteczność w zakresie wprowadzanych zmian zachowania przynajmniej na tym samym poziomie co skuteczność innych podejść, lecz osiąganą w mniejszej ilości sesji. Większa ilość sesji DM daje również istotnie większy efekt w zakresie zmiany zachowania [4].

### Elementy dialogu motywującego

Dialog motywujący to koncepcja pracy krótkoterminowej. Znajduje zastosowanie w wielu kontekstach terapeutycznych (indywidualnych, grupowych, w terapii poznawczo-behawioralnej, systemowej) pozaterapeutycznych (motywacja do leczenia farmakologicznego i psychoterapeutycznego, pomoc socjalna, wsparcie wychowawcze, pedagogiczne). Najbliższa jest idei psychoterapii humanistycznej. Poniżej omówiono najważniejsze elementy dialogu: filozofię — ducha dialogu, precyzyjnie określone narzędzia, obszar pracy i rolę terapeuty.

### Filozofia

Idea dialogu wyraża się w założeniach psychoterapii humanistycznej Carla Rogersa, jakimi są: bezwzględny szacunek do doświadczeń i trudności przeżywanych przez osobę, empatyczna komunikacja — budująca otwartość i pomagająca odkryć oraz zrozumieć stan umysłu doświadczonych trudnościami, poszanowanie autonomii (w zakresie myśli, emocji, intencji, decyzji, działań oraz obszaru wspólnej pracy). Osoba jest traktowana partnersko, a zadaniem pomagającego jest podjęcie pracy w obszarze ważnych prezentowanych przez nią ambiwalencji oraz z uwzględnieniem języka zmiany.

### Narzędzia

Zdefiniowane narzędzia do prowadzenia rozmowy dają terapeutcie precyzyjne wskazówki różnicujące interwencje na różnych etapach pracy. Podejście DM uwzględnia posługiwanie się czterema podstawowymi narzędziami. *Pytania otwarte*, adekwatne do fazy zmiany i procesu współpracy, pomagają wydobywać język zmiany i rozwijać ambiwalencję, eksplorować wartości, cele, oczekiwania, znaczenie i intencje. *Odzwierciedlenia* — proste i złożone (odzwierciedlenia ambiwalencji, potrzeb, emocji, wartości, etc.) pozwalają ujrzeć klientowi inną perspektywę i rozwijać nową narrację o problemie (na przykład: złości towarzyszyć może inny stan umysłu — bezradność, smutek, żaloba, nadmierna presja, lęki, utrata kontroli, etc.) oraz pomagają wzmocnić gotowość do wprowadzenia zmiany. *Wzmocnienia* mają na celu podkreślanie zasobów, wysiłku i zaangażowania w zmianę, podnoszą poczucie skuteczności i samoocenę. *Podsumowania* są rozbudowanymi odzwierciedleniami określonej sekwencji procesu rozmowy, pokazują etap pracy i wnioski (podsumowanie zbierające), pozwalają na przejście do innego obszaru motywacji (podsumowanie przejściowe), zbierają informacje z różnych etapów rozmowy oraz pokazują ambiwalencję (podsumowanie łączące) [1].

### Obszar pracy

Podstawowym obszarem pracy w DM jest rozwijanie ambiwalencji i wywołanie języka zmiany. Ambiwalencja jest wewnętrznym sporem lub dysputą dwóch adwersarzy, w której każdy ma własne racje. Jeden z nich ma mniej doświadczenia, bardziej ograniczoną kwestię i rzadziej dochodzi do głosu. Terapeuta ma za zadanie pomóc w werbalizowaniu tych kwestii i w rozwoju wewnętrznego dialogu, wewnętrznej dyskusji między potrzebami, wartościami lub inaczej mówiąc „wspomóc dialogowe Ja” [7]. Ambiwalencja bliska jest pojęciom dysonansu poznawczego czy konfliktu intrapsychicznego, może też odzwierciedlać mechanizmy obronne. Jest ona jednocześnie przejawem zdrowia, mechanizmem popychającym do zmiany, do rozwoju kreatywności, jak i sygnałem stagnacji — jeśli przez dłuższy czas nie znajduje rozwiązania. Osoba doświadczająca ambiwalencji może przeżywać sprzeczne emocje, mieć sprzeczne myśli oraz potrzeby. Używanie kokainy powoduje szybkie zmiany nastroju, przynosi ulgę i euforię, z drugiej strony wiąże się z ryzykiem uzależnienia, stygmatyzacji społecznej, zespołem odstawiennym, konsekwencjami zdrowotnymi i prawnymi. Im dłuższy czas trwania ambiwalencji, tym większe niebezpieczeństwo utrwalenia zachowania ryzykownego i większy poziom bezradności wobec braku zmiany. Wywołanie języka zmiany realizowane jest przez odkrywanie ambi-

walencji (eksplorowanie przeżywanego w odniesieniu do zachowania ryzykownego przeciwstawnych tendencji). Przykładowo, powodem nadużywania alkoholu może być próba poradzenia sobie z lękiem, jednocześnie może występować niebezpieczeństwo problemów rodzinnych, zdrowotnych. Rozwijanie ambiwalencji (eksploracja źródła lęku, odkrywanie wartości i potrzeb sprzecznych z nadużywaniem) i odkrywanie dotychczasowych zasobów (jednym ze sposobów może być poszukiwanie sytuacji wyjątkowych, w których mimo potrzeby ucieczki w zachowanie ryzykowne — osobie udało się powstrzymać lub odroczyć daną aktywność) będą kluczowe dla całego procesu motywacyjnego. Język zmiany (change talk) pozwala na rozpoznanie gotowości do wprowadzania zmiany i możliwości podjęcia aktywności w kierunku jej realizacji. Język zmiany jest formą zwerbalizowanej automotywacji odzwierciedlającej określony stan umysłu. Język zmiany jest zapowiedzią rzeczywistych zmian zachowania, które mogą wystąpić — jak wykazały badania — do trzech lat po sesji, natomiast język podtrzymania, identyfikowany jako opór w innych podejściach, jest negatywnym predyktorem skuteczności terapii [9]. Przejawy motywacji wyrażane są w semantyce języka zmiany będącego rewersem języka podtrzymania. White [8] na polu psychologii narracyjnej orzekł, iż wydobywanie nowej narracji o problemie jest początkiem jego zmiany. Język zmiany ma charakter przygotowawczy i mobilizujący. Przygotowawczy język zmiany wyrażany jest w postaci:

- pragnienia (desire) sygnalizującego dążenie „do”: „Chcę mniej pić”, „Mam nadzieję następnym razem powstrzymać wybuch gniewu”;
- zdolności (ability) — dostrzegania własnych zasobów, posiadających wyraz w hipotetycznej formie: „Byłbym w stanie korzystać rzadziej z kasyna, gdybym nie spotykał się z tymi ludźmi”;
- powodów do zmiany (reasons) — „Mógłbym dłużej pożyć, tracić mniej czasu, pieniędzy, być w związku, gdybym nie ćpał”;
- potrzeby (need) dostrzegalnej w języku imperatywnym: „Muszę coś z sobą zrobić”, „To jest moja odpowiedzialność”.

Mobilizujący język obrazuje ruch w kierunku rozwiązania ambiwalencji na korzyść zmiany i przejawia się w formie:

- zobowiązania — „Mam zamiar w najbliższy weekend nie pójść po imprezie do łóżka z nieznanym facetem”;
- aktywizacji — „Jestem skłonny zrezygnować z codziennej szklanki piwa do obiadu”;
- podjęcia kroków — „Od jutra nie biorę...” [1, 9].

### Rola terapeuty

Zadaniem terapeuty jest wydobywanie i wzmacnianie motywacji. Istnieje kilka podstawowych zasad postępowania.

Umiejętne wyrażanie empatii i akceptacji jest próbą zrozumienia zróżnicowanych potrzeb i wartości klienta bez wydawania osądów, ocen, krytyki, moralizowania i stosowania innych konfrontacyjnych narzędzi, które Gordon [6] określa jako blokady komunikacyjne. Empatia jest w tym podejściu najważniejszą dźwignią zmiany. Osoba zmienia swoją opinię, jeśli ma poczucie, że jej problem może być w atmosferze współczucia dopuszczony do głosu [1]. Mechanizm wpływu empatii na zmianę nie został w pełni rozpoznany. Badania

pokazują, że wyższy poziom empatii współwystępuje z ilością wprowadzanych zmian, czasem utrzymywania zmiany i z mniejszym prawdopodobieństwem drop outów [1, 3].

Uwydatnianie ambiwalencji i sprzeczności podczas rozmowy pozwala wydobyć rozbieżności między wartościami a działaniami, między zróżnicowanymi emocjami a potrzebami, między przekonaniami a decyzjami [1]. Typowymi przykładami będą: jednoczesne doświadczanie miłości i nienawiści, potrzeba ulgi i działania autodestrukcyjne, chęć utrzymania rodziny i nadużywanie środków psychoaktywnych.

Podążanie za oporem klienta jest realizowane poprzez okazywanie zrozumienia niezależnie od kontekstu jego problemów, sytuacji życiowej, przekonań, wartości i doświadczeń. Zgodnie z DM opór jest funkcją interakcji między klientem a terapeutą. Może narastać w wyniku interwencji nietrafnej lub niedostosowanej do etapu procesu oraz do stadium zmiany. Opór może być przejawem oddziaływań terapeuty nie mieszczących się w strefie najbliższego rozwoju, nieadekwatnych do przeżywanych emocji i potrzeb oraz zbyt szybkiego tempa pracy. Najczęstszym powodem oporu są przymus, brak gotowości do podjęcia pracy, zbyt silny nacisk ze strony terapeuty i nadmiernie konfrontujące interwencje [1].

Wspieranie poczucia własnej skuteczności wyraża się w unikaniu roli eksperta, we wzmacnianiu autonomii i decyzyjności dotyczącej zmiany. Zachowania ryzykowne zazwyczaj stoją w sprzeczności z wartościami osoby, która je podejmuje lub w sprzeczności z obowiązującymi normami społecznymi. Zażywając środki psychoaktywne, osoby z reguły odczuwają niepokój, lęk o zdrowie, opinię innych oraz wstyd i obawę przed ujawnieniem. Z dużym prawdopodobieństwem można założyć, że osoba nadużywająca alkoholu czy narkotyków była konfrontowana lub sama konfrontowała się z trudem zmiany zachowania. Spotkanie ze specjalistą w kontekście zachowań ryzykownych wywołuje często ogromny lęk. Dodatkowa konfrontacja, szczególnie na początkowym etapie pracy, przypuszczalnie nasili go, uruchomi mechanizmy obronne, opór oraz odroczy zmianę lub wywoła zmianę pozorną. Napięcie jest tym silniejsze, im osoba jest bardziej bezradna wobec zmiany zachowania. Fakt zgłoszenia się do specjalisty pokazuje, że występuje ważna dla zmiany motywacja oraz system wartości, który skłonił osobę do decyzji o poszukiwaniu pomocy. Ponadto napięcie wywołane konfrontacją często prowadzi do ukrywania zachowania ryzykownego, co dodatkowo powoduje wzrost napięcia i zwiększa prawdopodobieństwo jego ponownego odreagowania w formie ryzykownej. Doświadczenia pokazują, że uzależnieni pacjenci wychodzący z sesji terapii odreagowują napięcie w postaci używania substancji psychoaktywnych, a wstydząc się, ukrywają ten fakt przed terapeutą. Podnoszenie napięcia poprzez interwencje, takie jak interpretowanie, konfrontowanie, przestrzeganie, sugerowanie, ocenianie, analizowanie i diagnozowanie problemu, udowodnienie szkodliwości, prezentowanie krytycznego nastawienia, przez Gordona [10] określane jest jako bariery komunikacyjne (roadblocks), które przeszkadzają w eksploracji stanów własnego umysłu oraz podkreślają nierówną relację między terapeutą i klientem. Terapeuta opowiadający się po stronie zmiany, sugerujący konieczność jej wprowadzenia, zanim klient będzie na to gotowy, z dużym prawdopodobieństwem wywoła opór [1]. Ważnym powodem utrzymania ryzykownych zachowań jest brak zrozumienia problemu i akceptowania słabości przez otoczenie. Narastający lęk przed bezradnością i stygmatyzacją słyszaną w dyskursie społecznym jeszcze bardziej komplikuje sytuację.

Foucault [11] podkreśla, iż trudności intrapsychiczne zakorzenione są w oceniającej narracji osób mających władzę w społeczeństwie — lekarzy, terapeutów, przewodników duchowych, polityków [11]. Negatywna narracja na temat uzależnienia nasila w jednostce konflikt wynikający z powodu trudności z poradzeniem sobie z problemem i z lęku przed jego ujawnieniem. Osoby nadużywające alkoholu, palące w okresie ciąży, zażywające amfetaminę, uprawiające hazard lub podejmujące ryzykowne zachowania seksualne potrafią wyartykułować wiele konsekwencji własnych zachowań, jeśli trafią na osobę wykazującą gotowość do zrozumienia. Zbudowanie odpowiednich parametrów współpracy poprzez podkreślanie autonomii powoduje swobodniejsze wyrażanie potrzeby zmiany, ułatwia eksplorację stanów umysłu (emocji, myśli, potrzeb, intencji), otwiera możliwość szerszej współpracy, uruchamia możliwość zmiany perspektywy i dostrzeżenia innych argumentów. Zadaniem terapeuty jest wychwycić te argumenty, które mogą wskazywać na sygnały do zmiany (czyli język zmiany) i wykazać akceptację oraz szacunek wobec języka podtrzymania (sustain talk). Terapeuta może badać, jakie są korzyści i straty związane ze status quo (używaniem substancji) i korzyści oraz straty wynikające ze zmiany zachowania. Terapeuta również sprawdza, jak można realizować psychologiczne potrzeby bez zażywania substancji, jak w inny sposób doświadczyć ulgi, obniżyć poziom lęku i zwiększyć kompetencje społeczne. Podejście motywujące w odróżnieniu od wielu modeli leczenia uzależnień kładzie nacisk na inne parametry współpracy, dążąc do realizacji wartości humanistycznych, z dużym naciskiem na upodmiotowienie osoby mającej zasoby do zmiany. Zadaniem pomagającego jest wspieranie w ich wydobyciu i uwydatnieniu poczucia sprawczości. Poniżej przedstawiono porównanie wybranych założeń teoretycznych pracy metodą DM i Modelu Minnesota — jedną z pierwszych i najbardziej rozpowszechnionych metod pracy z osobami uzależnionymi (tabela 1 na następnej stronie).

### **Dynamika motywacji — stadia zmiany zachowania ryzykownego i procesy w pracy motywującej**

Prochaska i DiClemente [12] stworzyli Transteoretyczny Model Zmiany, przedstawiając motywację jako kontinuum kilku faz wpisujących się w koncepcję DM. Pierwszym etapem zmiany jest prekontemplacja — brak świadomości problemu, osoba nie odczuwa ambiwalencji i nie doświadcza kryzysów związanych z zachowaniem; kontemplacja — osoba doświadcza ambiwalencji, zbiera informacje, dokonuje oceny zachowania, odczuwa potrzebę zmiany, jednocześnie utrzymuje zachowania ryzykowne, które wiąże z wieloma korzyściami; przygotowanie — trzecie stadium, w którym osoba rozważa „za” i „przeciw” różnych opcji zmiany, szuka metody, planuje, koncentruje się na pozytywach wprowadzenia zmiany; działanie — zastosowanie strategii zmiany i jej realizacja; podtrzymanie działania — podejmowanie wysiłków w celu utrzymania zmiany oraz nawroty zachowań ryzykownych — powrót do wcześniejszych stadiów. Każde stadium wymaga zróżnicowania interwencji specjalisty pomocnych w przejściu do kolejnego etapu zmiany.

Miller i Rollnick [1, 9] wskazali na cztery procesy zachodzące w pracy z klientem, mające istotny wpływ na pokonywanie kolejnych stadiów zmiany [1, 9]: — angażowanie to pierwszy proces współpracy, a jego definicja jest spójna z pojęciem budowania sojuszu czy tworzenia przymierza terapeutycznego (alliance). Jest to zarazem

Tabela 1. Opracowanie własne na podstawie: 1) Miller RW, Rollnick S. Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie i 2) Woronowicz BT. Uzależnienia. Geneza, terapia, powrót do zdrowia. Wydawnicwo Media Rodzina; 2009.

	<b>Dialog motywujący</b>	<b>Model Minnesota</b>
<b>Cel pomocy</b>	Cel określany jest przez pacjenta, z ostrożnym ukierunkowaniem przez pomagającego na główny problem oraz z jednoczesnym poszanowaniem autonomii. Cel może ulegać zmianie na różnych etapach pracy.	Cel określony jest jako praca w kierunku utrzymania dożywotniej abstynencji od wszystkich substancji psychoaktywnych.
<b>Zakres pomocy</b>	Pomoc mieści się w aktualnych możliwościach rozwojowych osoby lub w obszarze najbliższej możliwej zmiany.	Utrzymanie abstynencji, praca nad mechanizmami uzależnienia, rozwój kompetencji służących życiu w trzeźwości.
<b>Diagnoza</b>	Praca nad zmianą zachowania może odbywać się bez stawiania diagnozy.	Leczenie poprzedzone jest diagnozą uzależnienia.
<b>Struktura pracy</b>	Procesy zmiany (angażowanie, ukierunkowanie, wydobywanie, planowanie); uwzględnienie Transteoretycznego Modelu Zmiany Prochaski i DiClemente.	Metoda 12 kroków.
<b>Założenia dotyczące pracy z uzależnieniem</b>	Motywacja wewnętrzna — wzmocnienie sprawczości, wywołanie ambiwalencji, wydobywanie języka zmiany będącego predyktorem zmiany.	Motywacja zewnętrzna — uznanie przez pacjenta diagnozy, bezradności wobec choroby oraz uznanie, że jednym z najważniejszych elementów choroby są mechanizmy zaprzeczenia.
<b>Rola pomagającego</b>	Zrozumienie przez pomagającego mechanizmów wzbudzających motywację u danej osoby; dostosowanie narzędzi pracy do procesu i stadium zmiany.	Dążenie do umożliwienia osobie uzależnionej zidentyfikowania mechanizmów uzależnienia i objawów choroby, co może u niej wywołać potrzebę zmiany w życiu.
<b>Relacja między pomagającym i wspomaganym</b>	Partnerska, oparta na zasadach psychoterapii humanistycznej — bezwzględna akceptacja, poszanowanie autonomii i empatia wyrażana wobec osoby.	Mentorska, oparta na traktowaniu pacjenta z szacunkiem, ze zrozumieniem i z godnością należną osobom, które cierpią na chorobę.
<b>Motywacja</b>	Motywacja jest podstawowym warunkiem zmiany.	Motywacja nie jest warunkiem koniecznym osiągnięcia zmiany.
<b>Język opisu problemu</b>	Neutralny opis trudności w języku akceptowanym przez klienta.	Język opisu charakterystyczny dla podejścia, np. osoba określana jest przez zdiagnozowaną chorobę — alkoholik, narkoman.
<b>Opór</b>	Opór jest sygnałem dla prowadzącego do zmiany sposobu pracy lub obszaru pracy. Opór wynika z interakcji pomagający — wspomagany. W DM pojęcie oporu zastępowane jest obecnie określeniem język podtrzymania (sustain talk) dla podkreślenia relacyjnego pochodzenia reakcji klienta.	Opór jest przejawem mechanizmów uzależnienia.
<b>Współpraca z innymi podejściami</b>	Możliwość integrowania dialogu z innymi podejściami terapeutycznymi, m.in. z CBT, z podejściem systemowym.	Uwzględnianie w procesie leczenia osób najbliższych; wykorzystanie interdyscyplinarnego zespołu specjalistów — lekarzy, terapeutów indywidualnych, grupowych.



najważniejszy element dialogu, który spełnia kilka funkcji: buduje poczucie zaufania i bezpieczeństwa, pomaga w obniżeniu napięcia i lęku ograniczającego mentalizowanie problemów. Według badań nad skutecznością terapii 20% wariacji jest wyjaśniane przez poprawnie nawiązany i zbudowany sojusz terapeutyczny [13].

- ukierunkowanie — to proces dyrektywny, w którym specjalista, bazując na własnej wiedzy, doświadczeniu i informacjach uzyskanych od klienta, interweniuje w obszarze najistotniejszych jego problemów. Przykład: „Piję, bo to mi pomaga w stresie, ostatnio już nie mogę sobie poradzić, codziennie się z kimś pokłóć, czasem wybucham, poszarpię się z kimś, a potem wracam do domu i mam dość wszystkiego, ostatnio zażyłem kilka tabletek, ale się obudziłem. Wiem, że następnym razem trzeba zastosować większą dawkę”. W powyżej opisanej sytuacji wskazane jest, aby terapeuta zajął się w pierwszej kolejności odzwierciedleniem trudności prowokujących myśli samobójcze oraz skupił się na poszukiwaniu zasobów służących radzeniu sobie w sytuacjach, które mogą skutkować tendencjami prowadzącymi do zachowań suicydalnych. Grupa w takiej sytuacji może być dodatkowym wsparciem, czasem silniejszym niż praca indywidualna. Należy nadmienić, iż ważne jest zbadanie ryzyka tendencji samobójczych przed przyjęciem osoby do grupy.
- wywołanie — polega na wydobywaniu rozbieżności i zasobów w zakresie radzenia sobie przez klienta z trudnością. Zadaniem terapeuty jest wrażliwość na język podtrzymania i wspieranie języka zmiany. Daryl Bem [14] dowiódł, że przekonujemy się do rzeczy, które sami wypowiadamy — teoria autopercepcji [14], a reagujemy oporem na informacje wypowiedziane przez innych, które są dla nas oczywistym sformułowaniem budzącym niezgodę (reaktancję) [15]. Założenia te znajdują zastosowanie w kontekstach kulturowych, w których nadużywanie alkoholu, przemoc, używanie narkotyków jest stygmatyzowane. Przedstawianie informacji „Narkotyki są szkodliwe i musisz przestać je zażywać, bo marnujesz sobie zdrowie” nie przyniesie korzyści, tak jak kampanie oparte na wzbudzaniu lęku widoczne na paczkach tytoniu.
- planowanie to ostatni etap pracy nad problemem, lecz w wielu sytuacjach praca motywująca kończy się na wywołaniu zmiany. Poprzednie poprawnie przeprowadzone procesy mogą uruchomić w osobie decyzję, po której samodzielnie będzie realizować zmianę. Ten proces wymaga od prowadzącego dużej uważności. Praca nad planowaniem, bez uwzględnienia odpowiedniego dla osoby tempa pracy, poprawnego przejścia przez poprzedzające procesy, będzie nieefektywna.

### **Założenia pracy grupowej metodą dialogu motywującego**

Ambiwalencja przejawia się na poziomie konfliktu intrapsychnicznego i może być wywołana w pracy indywidualnej, jak i pod wpływem oddziaływania grupy. Można założyć, że grupa jest efektywniejsza pod tym względem. Specyfika jej funkcjonowania powoduje wypowiedzianie przez osoby uczestniczące większej ilości sprzeczności, rozwija szerszą gamę ambiwalencji, a tym samym może prezentować większą liczbę argumentów za zmianą i przeciw status quo zachowania ryzykownego. Uczestnik dzięki grupie może zidentyfikować własną ambiwalencję i wesprzeć innych w rozwijaniu ambiwalencji, a co za tym idzie w zmianie zachowania.

W grupie pracującej metodą DM zmiana może zachodzić w wyniku podobnych mechanizmów, które istnieją w pracy indywidualnej:

- modelowanie zachowań — ważną funkcją grupy jest nauka kompetencji społecznych (szczególnie istotnych w zachowaniach takich, jak ryzykowny seks, agresja czy nadużywanie substancji pod wpływem presji otoczenia). Prowadzenie grupy w duchu DM, z wykorzystaniem odzwierciedleń, wzmocnień adaptacyjnych zachowań i niekonfrontujących pytań otwiera szeroką różnorodność zachowań, które mogą być modelowane. Yalom [16] podkreśla, iż poszukiwanie wzorów zachowań do naśladowania wśród uczestników grupy i w osobie terapeuty jest jednym z najsilniejszych czynników leczących w terapii grupowej,
- internalizowanie empatycznego zachowania osób odnoszących się z szacunkiem i respektem wobec autonomii innych uczestników,
- rozwój grupowych ambiwalencji dotyczących zachowań ryzykownych oraz rozwój rozbieżności w zakresie emocji, wartości, przekonań dotyczących indywidualnych doświadczeń. Uczestnicy mogą identyfikować własne rozbieżności dzięki narracji innych uczestników i tym samym zwiększać szansę na zidentyfikowanie większej ilości przekonań budujących język podtrzymania,
- język zmiany wyrażony przez jednego uczestnika grupy może wzmagać motywację pozostałych osób do poszukiwania obszarów zmiany,
- odzwierciedlenia, jako jedno z podstawowych narzędzi w DM, pozwalają na efektywniejsze mentalizowanie stanów umysłu innych osób.

Grupa ponadto wyzwala kilka innych mechanizmów: identyfikację, wspólnotę przeżyć i zachowań, uzyskanie wiedzy i porad od innych uczestników, które są silnymi elementami oddziaływania w zmianie.

### **Fazy rozwoju grupy w Dialogu motywującym**

Wagner i Ignersol [17] zaproponowali cztery fazy rozwoju grupy w podejściu motywującym:

- faza angażowania — ustalanie norm grupy, zasad komunikacji i pozostałych parametrów służących bezpiecznej współpracy. Zadaniem terapeuty jest ułatwienie budowania zaangażowania i sojuszu, budowanie parametrów bezpiecznej współpracy ułatwiającej na późniejszym etapie reflektowanie innych perspektyw,
- faza rozwijania perspektywy — prezentowanie tematów do pracy, argumentów i wyrażanie wątpliwości. Rolą terapeuty na tym etapie jest podkreślanie podobieństw między uczestnikami w celu budowania więzi, ułatwiania identyfikacji, wyrażania akceptacji dla różnych perspektyw i doświadczeń,
- poszerzanie perspektywy — kładzenie większego nacisku na różnice między uczestnikami, podkreślanie wyzwań, zachęcanie do osobistej refleksji oraz rozwijanie rozbieżności i osobistych wartości,
- faza decyzji i działania — dążenie do rozwiązania problemu. Motywowanie przez terapeutę uczestników do podejmowania małych kroków w kierunku zmiany. Kierunek pracy w ostatniej fazie zależy w dużej mierze od indywidualnych potrzeb uczestników.

### Praca grupowa a praca indywidualna

W pracy grupowej, tak jak i w pracy indywidualnej, istotne jest pogłębianie problemu, umiejętne jego ukierunkowanie oraz utrzymanie adekwatnego dla grupy i poszczególnych uczestników tempa pracy. Grupa służy w pierwszej kolejności wzmacnianiu motywacji w kontekście ryzykownych zachowań, a na drugim miejscu budowaniu umiejętności społecznych. Terapeuta wzmacnia motywację uczestników do wymiany myśli, zachęca, by toczyła się między nimi dyskusja. Istotne jest podkreślanie kierunku, w którym zmierza grupa, w odróżnieniu od uwagi skoncentrowanej na pracy indywidualnej poszczególnych uczestników. Przykład: „Tomasz mówi, że jest gotowy zrezygnować z używania amfetaminy i dla niego najlepszym sposobem będzie całkowita abstynencja, Robert twierdzi, że nie widzi sensu w rezygnacji z zażywania, podejmował kilka prób, które okazały się nieskuteczne”. Korzystniejsze będzie podkreślanie: „Każdy ma inne doświadczenie z amfetaminą i inny pomysł w odniesieniu do tego, jak radzić sobie w przyszłości, pojawiają się też wątpliwości dotyczące nawrotu uzależnienia”. W odróżnieniu od pracy indywidualnej rolą terapeuty jest położenie większego nacisku na podsumowywanie obszarów tematycznych, w jakich porusza się grupa, nazwanie trudności i podkreślanie wspólnych wartości zbliżających uczestników i budujących spójność grupy. Na przykład: „Mowa o tym, że relacje z ludźmi straciły w czasie picia na znaczeniu, kiedy rozpoczęło się nadużywanie, zerwanie z nałogiem wiązało się dla jednych z dużym wyrzeczeniem i utratą ważnych korzyści, wśród innych wywoływało poczucie pustki, którą trudno zapełnić”. Zdecydowanie większe znaczenie ma rola terapeuty jako osoby modelującej relację z innymi. Celem spotkania jest to, aby uczestnicy wyszli bardziej zmotywowani. Praca powinna być skoncentrowana na rozwoju ambiwalencji całej grupy, zamiast poszczególnych uczestników [18]. Siłą grupy jest też zobowiązanie, które podjęte na forum ma większą moc niż w pracy indywidualnej.

### Doświadczenia własne

Autor pracy ma kilkuletnie doświadczenie w pracy indywidualnej metodami motywującymi z dorosłymi, nastolatkami, rodzinami i grupami. Przeszedł dwuletnie szkolenie z DM, uzyskał certyfikat terapeuty motywującego. W pracy łączy podejście motywujące z rozumieniem systemowym. Stosuje DM również w pracy z osobami z zaburzeniami z pierwszej osi klasyfikacji DSM (zaburzenia afektywne, lękowe, psychotyczne, obsesyjno-kompulsyjne). W pracy z grupami wykorzystuje DM w ramach oddziaływań krótkoterminowych do 12 spotkań w ramach prywatnych poradni (z dorosłymi osobami uzależnionymi od alkoholu, narkotyków), w ramach ośrodków szkolno-wychowawczych, szkół, organizacji pozarządowych i zakładów poprawczych (z młodzieżą i młodymi dorosłymi z zachowaniami typu: nadużywanie alkoholu, zażywanie narkotyków, dopalaczy, ryzykowne zachowania seksualne, agresja, zachowania przestępcze, przemoc). Praca ta nie była poddawana opracowaniom statystycznym. Wybrane procesy pracy pomocowej były superwizowane lub interwizowane. Poniższe wnioski wynikają z doświadczenia własnego i autorskiej próby ekstrapolacji metody DM stworzonej na potrzeby pracy indywidualnej do pracy z grupami. W tworzeniu grupy zamkniętej należy uwzględnić kilka elementów:

- praca wykorzystująca dialog motywujący może się odbywać na różnych etapach pomocy. Może służyć jako metoda budowania grupy, metoda poprzedzająca terapię, motywująca do terapii grupowej lub indywidualnej. Może również wspomagać pracę terapeutyczną i być wykorzystywana na różnych etapach pracy z grupą w procesie angażowania, w sytuacji kryzysu grupy czy nasilonego oporu. Sprawdza się również jako niezależna metoda pracy grupowej lub w metoda w połączeniu z rozumieniem systemowym, poznawczym, z pracą psychoedukacyjną, wspierającą. Uczestnicy grupy mogą być zarazem w terapii indywidualnej, jeśli podejście terapeuty indywidualnego nie wyklucza funkcjonowania osoby w dwóch procesach,
  - rodzaj zachowania ryzykownego — osoby biorące udział w pracy grupowej szybciej budują parametry niezbędne do współpracy, jeśli istnieje wspólnota doświadczenia. W grupie, w której większość stanowią osoby z uzależnieniem od alkoholu, uczestnicy używający innych substancji mogą czuć się mniej rozumiani. Poruszamy się również w realiach społecznych, gdzie nadużywanie alkoholu jest bardziej akceptowane niż nadużywanie narkotyków. Tym samym osoby nadużywające narkotyków są bardziej stygmatyzowane i w grupie mogą odczuwać większy dyskomfort, doświadczać mniej akceptacji i szacunku z jej strony,
  - konsultacja psychologiczna i psychiatryczna przed rozpoczęciem pracy grupowej jest pomocna w kontekście zbadania motywacji i kompetencji społecznych do pracy w grupie oraz pomoże wykluczyć zaburzenia i zachowania, które utrudnią korzystanie z niej,
  - zaburzenia z pierwszej osi klasyfikacji DSM — zaburzenia afektywne, lękowe lub psychotyczne — mogą ograniczać możliwość pracy nad zachowaniami ryzykownymi w settingu grupowym. Te problemy mogą wymagać w pierwszej kolejności leczenia farmakologicznego lub/i psychoterapii indywidualnej, pozwalającej na obniżenie dolegliwości nasilających zachowania ryzykowne,
  - silne lęki społeczne mogą wyłączyć osobę z grupy, jeśli jej poziom napięcia nie pozwoli na aktywny udział w spotkaniach. Mogą się okazać nadmiernym stresorem zniechęcającym do tego typu doświadczeń. Wskazane będzie w tej sytuacji również rozpoczęcie pracy od spotkań indywidualnych,
  - nasilone zachowania dyssocjalne i obecne tendencje suicydalne uczestnika — powodować mogą duży poziom lęku w grupie, który będzie utrudniał zaangażowanie w proces i odczuwanie empatii wobec innych osób,
  - dysproporcja uczestników będących na różnych etapach zmiany. Uczestnicy grupy z zachowaniami ryzykownymi są z reguły w różnym stadium zmiany. Nadmierna dysproporcja w ilości uczestników będących w skrajnie oddalonych stadiach zmiany może utrudniać prowadzenie grupy, a także może zwiększać ryzyko drop outów osób będących we wczesnym stadium zmiany.
- W czasie pracy motywacyjnej z grupą istotne są:
- różnicowanie interwencji motywujących tak, aby uczestnicy będący w różnych stadiach mogli korzystać z oddziaływań terapeutycznych,
  - identyfikacja procesu grupy i stosowanie interwencji w sposób adekwatny do danego procesu. Przedwczesne używanie interwencji wydobywających ambiwalencję w sytuacji, kiedy osoby są na etapie angażowania, może prowadzić do ich wykluczenia,

- odmienne ambiwalencje — zróżnicowane ambiwalencje wynikają z różnego systemu wartości, który może budzić krytykę, uruchamiać różne przekonania i napięcia między osobami. Rolą terapeuty jest podkreślanie tych różnic i zdecydowane reagowanie na próby wykluczenia uczestnika,
- opór w grupie może być efektem indywidualnych trudności uczestników, przejawem braku odpowiednich parametrów do współpracy, budujących otwartość i zaangażowanie, a przede wszystkim, tak jak w pracy indywidualnej, może być przejawem nadmiernie konfrontujących lub nieadekwatnych interwencji terapeuty. Wcześniejsze doświadczenia grupowe uczestników przywykłych do konfrontacyjnego stylu pracy lub pracy opartej na pełnej abstynencji. Postrzeganie podejścia niekonfrontującego może być odbierane przez uczestników jako przejaw słabości lub braku doświadczenia terapeuty. Pomocne w takiej sytuacji może być odzwierciedlenie głębszych trudności, pokazanie ambiwalencji stojącej za taką reakcją, zbadanie oczekiwań lub poddanie pod dyskusję grupową reakcji uczestnika,
- opieranie się na pracy naturalnych liderów, osób mających najwyższe kompetencje społeczne, prowadzących grupę w kierunku współpracy i zmiany nieadaptacyjnych zachowań — szczególnie istotne w przypadku młodzieży i młodych dorosłych. Jasno sformułowany cel i koncentracja na zadaniach oraz dbanie o odpowiednią atmosferę będzie dodatkowo korzystne w grupie młodzieżowej.

W przypadku grupy w placówce, w której wolność jest prawnie ograniczona, korzystna będzie praca w mniej licznych grupach, od 8 do 10 osób. Znaczne trudności rodzi przymus instytucjonalny szkoły, placówki, które często nie pytają o zgodę na pracę motywującą. Środowisko zarządzane autorytarnie samo w sobie odbiera znaczną część autonomii i decyzyjności. Dodatkowo problemów może następczą decyzją odmienny system wychowawczy w placówce, prowadzony metodami behawioralnymi (przydzielanie punktów, ocen, przepustek, stosowanie sankcji niewspółmiernych do przewinień, używanie nieadekwatnych nagród, wyłączenie osoby stosującej środki psychoaktywne w sytuacji, kiedy jest uzależniona). Metody te zmuszają osoby do omijania norm w celu uniknięcia sankcji, często demoralizują, w najlepszym przypadku podnoszą motywację zewnętrzną zamiast rozbudzać wewnętrzną. W takiej sytuacji możliwa będzie praca w kierunku zwiększania autonomii w przeżywaniu trudności, w poszerzaniu doświadczenia stanów mentalnych. Natomiast system ten nie będzie służył budowaniu autonomii zachowań, a napięcie wynikające z ryzyka sankcji będzie ograniczać ekspresję emocji i oczekiwań. Obserwacje wskazują duże zapotrzebowanie na tego typu oddziaływanie w placówkach, lecz niejednokrotnie praca nad zmianą w nadmiernie rygorystycznym systemie traci rację bytu. Młodzi ludzie w pracy grupowej odreagowują napięcie, konfrontują się z terapeutą i innymi uczestnikami, przekraczają granice, mają poczucie niesprawiedliwości i wiele gniewu. Przydatny tutaj może być, choć nie zawsze wystarczający, dobrze określony kontrakt z instytucją i grupą. Praca w takich warunkach na pewno będzie wymagać ścisłej superwizji, współpracy z drugim prowadzącym lub z całym zespołem placówki. Temat pracy z młodzieżą w placówkach z ograniczoną swobodą otwiera obszar wykraczający poza ramy tego artykułu.

Yalom [15] zwraca wagę na wiele czynników leczących w pracy grupowej: altruizm, spójność grupy, uniwersalność, uczenie się interpersonalne na wejściu, uczenie się in-

terpersonalne na wyjściu, naprowadzanie, katharsis, identyfikacja, odtworzenie sytuacji rodzinnej, zrozumienie siebie, zaszczepienie nadziei, czynniki egzystencjalne. W przypadku osób uzależnionych i nadużywających najsilniejszymi czynnikami leczącymi są elementy spójne z duchem podejścia motywującego: altruizm — manifestujący się w zachowaniach empatycznych; uniwersalność — przekonanie, że nie jest się jedyną osobą z problemem; zaszczepienie nadziei — świadomość, że grupa pomagała innym, manifestująca się w wyrażanym języku zmiany. W przypadku osób z diagnozami psychiatrycznymi największe znaczenie ma identyfikacja — znalezienie w grupie kogoś, na kim można się wzorować, oraz modelowanie terapeuty i innych członków grupy.

### Podsumowanie

Spotkania grupowe to szczególnie rodzaj pracy, podczas której terapeuta może posłużyć się kompetencjami uczestników oraz może modelować umiejętności służące rozwojowi. Grupa daje większe poczucie oparcia, jeśli przeszła przez etap angażowania, budowania relacji lub konfliktu. Siła grupy polega również na możliwości uwydatniania szerszego spektrum różnych potrzeb i emocji, daje możliwość ugięcia większej ilości ambiwalentnych stanów, pozwala na większy zakres wsparcia i wzajemne uczenie się oraz podnoszenie kompetencji społecznych. W odróżnieniu od pracy indywidualnej za pomocą dialogu terapeuta będzie kładł większy nacisk na dbanie o proces budowania współpracy i będzie modelował rozmowę, wycofując się w momencie, w którym uczestnicy grupy zaczną internalizować ducha metody, narzędzia i zaczną się nimi efektywnie posługiwać. Doświadczenia pokazują, że młodzież szybciej niż dorośli wychwytuje ducha pracy za pomocą dialogu. Osoby, które nie doświadczyły innych metod terapii, również szybciej uczą się komunikatów odzwierciedlających i wspierających.

Badania pokazują szybki wzrost używania substancji psychoaktywnych przez młodzież i młodych dorosłych w ostatnich latach, szczególnie THC, amfetaminy oraz dopalaczy. Obniża się również wiek inicjacji seksualnej, co w połączeniu z używaniem środków psychoaktywnych potęguje problemy. Wyjątkowo nasilony wzrost korzystania z mediów internetowych, gier — choć nie stanowi takiego zagrożenia, jak wyżej wymienione problemy — wpływa znacząco na osłabienie rozwoju kompetencji społecznych (niekorzystnie wpływa na inteligencję emocjonalną w przypadku gier opartych na przemoc, na rozumienie perspektywy innych osób, własnych stanów mentalnych, na rozwój empatii). W obliczu narastających trudności społecznych zapotrzebowanie na pracę grupową w przewidywaniach autora będzie się systematycznie zwiększać. Pojawiające się nowe problemy terapeutyczne będą wymagały coraz większej elastyczności od specjalistów. Opisywane podejście ma charakter dynamiczny — wraz ze wzrostem ilości badań zmieniają się zalecenia, wytyczne postępowania z osobami doświadczającymi różnych problemów. Ostatnie badania DM potwierdzone w obserwacjach własnych pokazują, że zdecydowanie korzystniejsza jest praca z młodzieżą w obszarze partnerskiej pracy z uwydatnianiem ich decyzyjności i autonomii, pomocne jest również posługiwanie się większą ilością odzwierciedleń. W sytuacji osób z problemami poznawczymi przydatna może być lepiej zarysowana struktura pracy, krótsze interwencje, prostszy język. W przypadku osób z diagnozą psychozy pomocne jest częste podsumowywanie etapu pracy. Należy tutaj zwracać uwagę na stosowane odzwierciedle-

nia, które mogą wpisywać się w objawy wytwórcze. Największą siłą DM jest możliwość pracy z osobami mającymi problemy ze spektrum zachowań ryzykownych dodatkowo obciążone negatywnymi konsekwencjami społecznymi. Badania pokazują korzystniejsze efekty pracy za pomocą dialogu w grupach mniejszościowych [5], które doświadczają więcej stresorów, są zagrożone agresją w środowisku.

Elementy DM zaczynają być włączane do innych podejść: grupy psychoedukacyjne, wspierające, skoncentrowane na rozwiązaniach, w pracy z parami i rodzinami, często w pracy poznawczo-behawioralnej. DM znajduje również zastosowanie w obszarze pomocy medycznej i społecznej. Spójny jest również z założeniami terapii narracyjnej i znajduje wiele wspólnych elementów z podejściem opartym na mentalizacji [19]. Obszar badawczy dotyczący pracy grupowej dialogiem motywującym dopiero zaczyna się rozwijać w krajach zachodnich. Z uwagi na efektywność tego podejścia w pracy indywidualnej, ograniczenie czasu i kosztów w metodach grupowych, propozycja ta może być bardzo obiecująca — nie tylko dla uczestników grupy, ale także dla decydentów uwzględniających czynnik ekonomiczny w leczeniu.

### Piśmiennictwo

1. Miller RW, Rollnick S. Dialog motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.
2. Saunders B, Wilkinson C, Philips M. The impact of a brief motivational intervention with opiate users attending a metadone programme. *Addict.* 1995; 90(3): 415–424.
3. Brown JM, Miller WR. Impact of motivational interviewing on participation in residential alcoholism treatment. *Psychol. Addict. Behav.* 1993: 7211–7218.
4. Lundahl B, Burke B. The effectiveness and applicability of motivational interviewing: a practice-friendly review of four meta-analyses. *J. Clin. Psychol.* 2009; 65(11): 1232–1245.
5. Aubrey LL. Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatients substance abuse treatment. Univeristy of New Mexico. *Disertation Abstracts International* 1998: 59–03B, 1357.
6. Jensen CD, Cushing CC, Aylward BS, Craig JT, Sorell DM, Steele RG. Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: a meta-analytic review. *J. Consult. Clin. Psychol.* 2011; 79(4): 433–440.
7. Hermans HJM. Polifonia umysłu: wielogłosowe i dialogowe Ja. Gdańsk: GWP; 2008.
8. White M. Therapeutic conversation. London: Norton; 1993.
9. Moyers TB, Martin T. Therapist influence on client language during motivational interviewing session. *J. Subst. Abused Treat.* 2006: 245–251.
10. Gordon T. Wychowanie bez porażek. Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax; 1999.
11. Foucault M. Space. Knowledge and power. New York: Pantheon; 1984.
12. Prochaska JO, DiClemente CC. The transteoretical approach: crossing traditional boundaries of therapy. W: Miller WR. Wzmacnianie motywacji do zmiany w terapii nadużywania substancji. Warszawa: Parpamedia; 2009.
13. Friedlander ML, Escudero V, Heatherington L. Therapeutic alliances in couple and family therapy. An empirically informed guide to practice. American Psychological Association: Washington, DC; 2006.
14. Bem DJ. Self-perception theory: As alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychol. Rev.* 1967: 74; 183–200.

15. Brehm SS, Brehm JW. Psychological reactance: A theory of freedom and control. New York: Academic Press; 1981.
16. Yalom I. Psychoterapia grupowa — teoria i praktyka. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2006.
17. Wagner CC, Ingersoll K. Motivational interviewing in groups. New York: Guilford Press; 2012.
18. Barth T. Zastosowanie dialogu motywującego w pracy grupowej. W: Jaraczewska JM, Adamczyk-Zientara M, red. Dialog motywujący — praca z osobami uzależnionymi behawioralnie. Warszawa: ENETEIA Wydawnictwo Psychologii i Kultury; 2015; 219–238
19. Allen G, Fonagy P, Bateman A.W. Mentalizowanie w praktyce klinicznej. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego; 2014.

Adres: [cezary.baranski@gmail.com](mailto:cezary.baranski@gmail.com)