

MOTYWOWANIE DO ZMIANY OSÓB Z ZABURZENIAMI PSYCHICZNYMI

Copyright©/ Wszystkie prawa zastrzeżone®

ZESZYT DLA TRENERA

Na potrzeby projektu HELPS skrypt opracowała

Anna Bakula, psycholog z Polsko-Niemieckiego Instytutu Terapii Uzależnień

Motywowanie do zmiany osób z zaburzeniami psychicznymi

Skrypt ten przeznaczony jest dla terapeutów pracujących z osobami z zaburzeniami psychicznymi. Swoją propozycję pracy nad zachowaniami prozdrowotnymi oparłam na moich wieloletnich doświadczeniach w motywowaniu osób uzależnionych, ale także z podwójną diagnozą - psychozy i alkoholizmu.

Istnieje bogata literatura dotycząca motywowania osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Od lat terapeuci pracujący w leczeniu odwykowym doskonalą metody motywowania do zmiany zachowań. Metoda „wzmacniania motywacji do zmiany” Dr Williama Millera zdobyła wielu zwolenników. Jest to próba spojrzenia na proces motywowania jako na metodę humanistyczną, opartą na dobrym rozumieniu pacjenta i empatii. Metodę, w której to pacjent określa swoje potrzeby i cele, w której pracujemy nad wydobyciem z niego jego zasobów własnych.

Wydaje się, że pacjenci z doświadczeniem psychozy są również grupą, której mogą być zastosowane metody terapii motywującej do zmiany.

Choroba psychiczna ma wpływ na funkcjonowanie psychospołeczne człowieka. Oznacza to, że pacjent po kryzysie psychotycznym lub aktualnie z objawami choroby może mieć problemy w adaptacji społecznej w różnych obszarach swojego życia takich jak : życie rodzinne, zawodowe, duchowe.

Problem terapeutyczny stanowią pacjenci po psychozie, u których potrzeby bywają ograniczone do potrzeb podstawowych takich jak potrzeby bytowe i potrzeby związane z bezpieczeństwem organizmu jako całości. Potrzeby wyższe ulegają „uśpieniu”.

Aby chory mógł powrócić do przed-chorobowego poziomu funkcjonowania musi odzyskać swoje dawne potrzeby.

Ogromną rolę w utrzymaniu dobrej remisji oraz odzyskiwaniu równowagi psychicznej przypisać możemy nie tylko lekarzom, ale także pomocy terapeutycznej i pielęgniarstwa.

Osoby zajmujące się leczeniem oraz rehabilitacją pacjenta psychotycznego mogą skutecznie pomagać mu również w dbałości o zdrowie somatyczne.

Ponieważ jednak znakomita większość pacjentów z doznaniem psychotycznym nie przywiązuje wagi do zdrowia fizycznego, rolą osoby wspierającej proces leczenia jest wzbudzenie motywacji do zmiany.

Ideą **Projektu HELPS** jest zwrócenie uwagi na zdrowie fizyczne osób chorujących psychicznie, przebywających w różnego rodzaju instytucjach psychiatrycznych.

We wszystkich krajach Europy, do obszarów zdrowia fizycznego wymagających szczególnej uwagi należą wg **HELPS**:

- nieprawidłowe nawyki żywieniowe
- niska aktywność ruchowa
- zaniedbywanie higieny jamy ustnej
- palenie papierosów
- nadużywanie alkoholu

Motywowanie dotyczy wszystkich tych zachowań. Technika motywująca do zmiany bez względu na rodzaj zachowań jest taka sama.

Ulegają zmianie jedynie treści merytoryczne prezentowane pacjentom w zależności od rodzaju problemu.

Definicja motywacji *W. Miller 1995*

„Motywację można rozumieć nie jako coś, co ktoś ma, lecz jako coś co ktoś robi. W tym ujęciu mieści się rozpoznawanie problemu, szukanie sposobu zmiany oraz inicjowanie i szukanie strategii zmiany.”

Motywacja jest zatem kluczem do zmiany.

Motywowanie jest zaś procesem dynamicznym, zmieniającym się w zależności od rodzaju, typu, głębokości relacji terapeuta – pacjent.

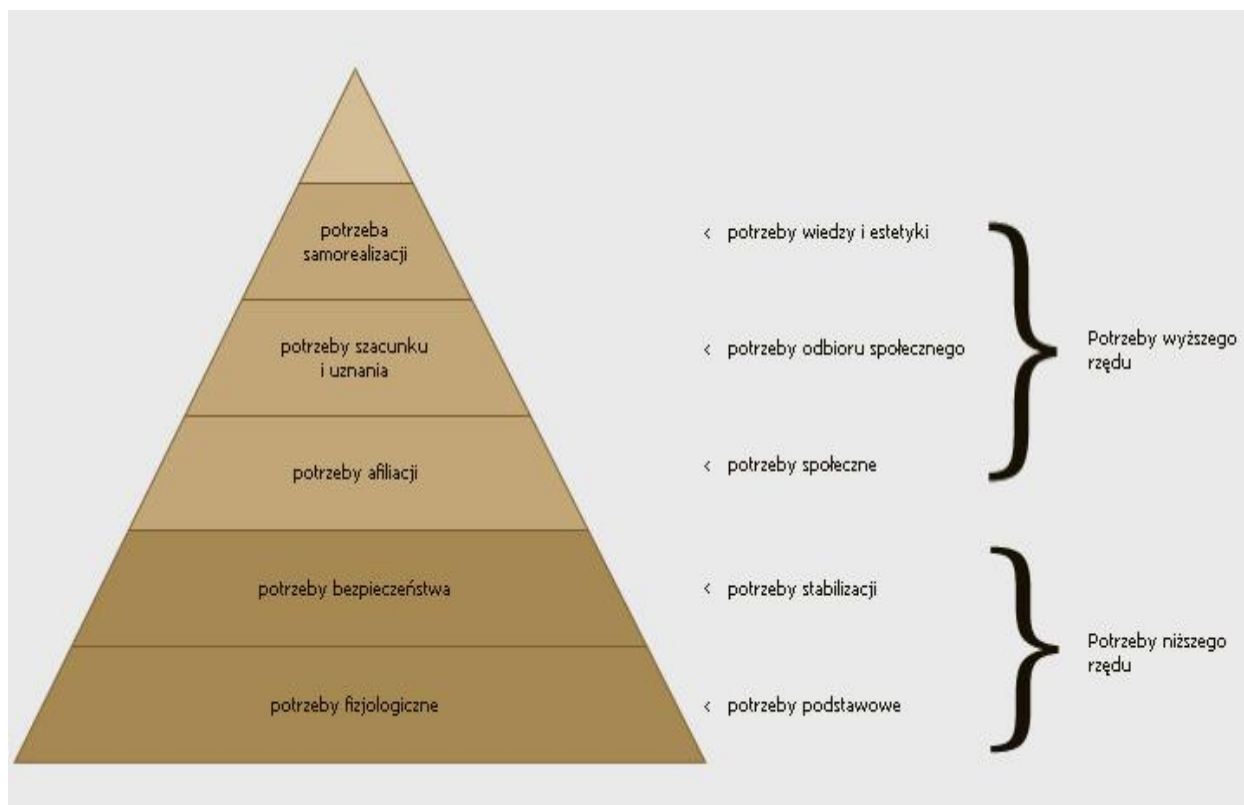
Motywowanie zależy od potrzeb pacjenta.

Istnieją trzy ważne czynniki sprzyjające procesowi motywowania pacjenta do zmiany. Należą do nich:

- 1) Potrzeby pacjenta w momencie rozpoczynania procesu zmiany.
- 2) Diagnoza stanu psychicznego i somatycznego pacjenta oraz diagnoza jego problemów.
- 3) Relacja terapeutyczna czyli sojusz zawiązany z pacjentem w określonej sytuacji w określonym celu.

Potrzeby pacjenta i ich znaczenie w procesie motywowania

Według Abrahama Maslowa nasze ludzkie potrzeby uszeregowane są w pewnym porządku, tj. od najprostszych, a niezwykle ważnych dla przeżycia do potrzeb wyższego rzędu takich jak potrzeby duchowe, religijne, estetyczne.



Potrzeby fizjologiczne – to podstawowe potrzeby przetrwania, zaspokojenia głodu, snu czy biologicznego funkcjonowania człowieka. W zaostrzeniu choroby psychicznej często potrzeby te nie mogą z oczywistych przyczyn być zaspokojone.

Potrzeby bezpieczeństwa – obejmują one między innymi takie elementy, jak zapewnienie sobie bezpieczeństwa finansowego czyli życia wolnego od trosk materialnych, jak również jest to potrzeba stabilności, ochrony, porządku, wyeliminowania zagrożeń, w tym potrzeba bycia zdrowym. Zaspokojenie potrzeb bezpieczeństwa pozwala na rozwinięcie stojącej na wyższym szczeblu w drabinie Maslowa potrzeby miłości i przynależności do grupy.

Potrzeby afiliacji – odnoszą się one do relacji człowieka z otoczeniem. Są to potrzeby nawiązywania kontaktów z ludźmi. Obejmują między innymi potrzebę przyjaźni, miłości, akceptacji i przywiązania.. Potrzeby te w większości zaspokajane są przez rodzinę i najbliższych znajomych, jednakże również środowisko związane z leczeniem może odgrywać w ich zaspokojeniu dożą rolę. Niezaspokojenie potrzeb z tego poziomu może doprowadzić do zamknięcia się w sobie czy samotności, a tym samym izolacji społecznej.

Potrzeby szacunku i uznania – to potrzeby zyskania szacunku otoczenia, ale także szacunku we własnych oczach. Potrzeba ta związana jest mocno z „Obrazem Ja”, z poczuciem wartości własnej i ma duży wpływ na motywację do podejmowania działania. Myślenie o osobie w kategoriach „potrafię” czy „dam radę” jest jednym z wyznaczników działania.

Potrzeby samorealizacji – to potrzeby wynikające z dążenia jednostki do zaspokajania własnych ambicji. Zaspokajając najwyższą potrzebę samoaktualizacji oznacza zaspokajając potrzebę nabywania wiedzy, zrozumienia świata, poszukiwania doznań estetycznych. To potrzeby związane są z pełnym wykorzystaniem własnego potencjału i osiąganiem celów, które przynoszą satysfakcję.

Prawo homeostazy i wzmocnienia motywacji

Ażeby człowiek mógł w pełni korzystać ze swoje potencjału i wieść satysfakcjonujące życie powinien mieć zaspokojone w pierwszej kolejności potrzeby niższego rzędu. Jeżeli nie są one zaspokojone, dominują nad pozostałymi potrzebami, spychając je na dalszy plan. Opisuje to szczegółowo prawo homeostazy, na którym Maslow opiera swoją teorię. Prawo to mówi o dążeniu człowieka do równowagi potrzeb niższego rzędu. Jeżeli potrzeby te nie zostaną zaspokojone, to człowiek traci równowagę organizmu. Równowagę przywraca dopiero zaspokojenie tych potrzeb. One stanowią dla niego źródło motywacji. Jeżeli potrzeba niższego rzędu zostanie zaspokojona, to przestaje ona być motywatorem. Z kolei motywator do zaspokojenia potrzeb wyższego rzędu określa prawo wzmocnienia.

Człowiek zaspokajając te potrzeby odczuwa przyjemność, dlatego też będzie dążył do jeszcze lepszego ich zaspokojenia .

Istotne jest to, abyśmy prawidłowo odczytali potrzeby pacjenta psychotycznego, jeżeli zaś stwierdzimy, że ma on niezaspokojone potrzeby podstawowe, należy motywować go do ich zaspokajania i pomagać mu w ich zaspokajaniu, a dopiero po uzyskaniu celu rozpocząć motywację do zaspokajania potrzeb wyższych w hierarchii czyli potrzeb zdrowotnych.

Relacja z pacjentem i jej wpływ na skuteczne motywowanie do zmiany

Wartość relacji w leczeniu zaburzeń psychicznych jest znana i dokładnie opisana w literaturze. Nie ma zmiany w psychoterapii bez nawiązania z pacjentem relacji. To co działa, co pomaga w zdrowieniu to właśnie relacja.

Relacja terapeutyczna jest sojuszem, spotkaniem z pacjentem w określonym celu, następuje w pewnym momencie terapii. Kiedy uda nam się nawiązać relację możemy już z pacjentem pracować nad rozwiązaniem jego problemów.

Istnieje kilka rodzajów relacji:

- Relacja nastawiona na opiekuńczość
- Relacja nastawiona na współdziałanie
- Relacja nastawiona na wgląd

Bywa tak, że terapeuta odczuwa trudność w byciu w dobrej relacji z pacjentem. Warto jest znać i rozumieć czynniki zakłócające relację. Mogą to być czynniki zarówno ze strony terapeuty jak i pacjenta.

Czynniki zakłócające relację ze strony terapeuty:

- realny brak kompetencji lub subiektywne poczucie takiego braku
- przekonania na temat pacjenta, na temat leczenia, na temat potrzeb pacjenta
- brak nadziei na zmianę pacjenta
- brak empatii
- ocenianie pacjenta według własnych norm i możliwości
- stawianie pacjentowi wymagań niezgodnych z jego aktualnym stanem psychicznym
- rozkazywanie lub straszenie
- ostrzeganie i dawanie „dobrych rad”
- moralizowanie
- wyśmiewanie, etykietowanie
- zgoda we wszystkim co pacjent powie

Czynniki zakłócające relację ze strony pacjenta :

- silny opór przed zadaniami stawianymi pacjentowi przez terapeutę
- lęk przed terapeutą
- zły stan psychiczny
- słabe rozumienie, słabe procesy poznawcze, zaburzenia pamięci, upośledzenie myślenia logicznego, brak możliwości abstrahowania
- zły stan somatyczny

Istnieją również czynniki pomagające w nawiązaniu skutecznej relacji .

Należy do nich Triada Rogers'a (empatia, autentyczność, akceptacja), dobre rozumienie problemu z jakim pacjent się zgłasza, dostosowywanie wymogów do możliwości pacjenta, rozumienie jego potrzeb, niezaborcza życzliwość, i inne.

Najważniejsze to spotkanie na tym samym poziomie z pacjentem, oznacza to rozumienie co w danym momencie dla niego jest ważne.

W sytuacji, gdy relacja terapeuta – pacjent jest nieprawidłowa nie dochodzi najczęściej do polepszenia stanu psychicznego. O tym, że relacja nie została nawiązana lub uległa destrukcji świadczą :

brak poprawy w funkcjonowaniu pacjenta, brak współdziałania z terapeutą, opór pomimo upływu czasu, negatywne, wyrażane nie wprost emocje pacjenta, ukrywanie przez niego ważnych wydarzeń ale także własne negatywne emocje i myśli terapeuty dotyczące pacjenta.

Diagnoza stanu psychicznego pacjenta, jego możliwości poznawczych, zasobów osobowościowych, stanu emocjonalnego, somatycznego oraz aktualnych problemów pacjenta.

W motywowaniu do zmiany istotny jest stan psychiczny pacjenta. Nie może być dobrej współpracy w motywowaniu do dbałości o zdrowie w przypadku ostrych objawów psychozy. Wtedy pacjent ma –inne potrzeby, jest mocno skoncentrowany na objawach i namawianie go do dbałości o to, żeby w tym momencie dbał o uzębienie nie ma sensu.

Diagnoza możliwości poznawczych jest źródłem umożliwiającym nam uzyskanie odpowiedzi na pytanie o gotowość pacjenta w danym momencie nie tylko do dobrego rozumienia problemu, ale także możliwości uczenia się nowego materiału. Istotne są tu konieczne do pracy nad motywacją do zmiany możliwości zapamiętywania, abstrahowania i planowania.

Ważne są tu także schematy myślowe pacjenta, jego przekonania o własnych możliwościach oraz wartości zdrowia jako całości. Pacjent może myśleć o sobie negatywnie, uważać, że nie jest w stanie wprowadzać żadnych zmian w swoim życiu, że nie poradzi sobie z nowymi wyzwaniami.

W ocenie możliwości pacjenta należy brać też pod uwagę jego zasoby osobowościowe, w tym umiejętności społeczne, system wsparcia społecznego, oraz jakie ma umiejętności komunikowania się z otoczeniem.

Należy również zwrócić baczną uwagę na stan emocjonalny pacjenta i jego wpływ na uczenie się nowych umiejętności. Człowiek w lęku, w silnym niepokoju czy złości nie jest w stanie nabywać nowych umiejętności.

Przy motywowaniu istotne są też wcześniejsze nawyki pacjenta związane z odżywianiem, stylem życia, snem, dbałością o uzębienie itd. Złe nawyki muszą zostać przez niego odrzucone i zastąpione nowymi, prozdrowotnymi.

Aktualna sytuacja rodzinna ma duże znaczenie w motywowaniu do zmiany. Wsparcie rodziny w procesie motywacji, towarzyszenie pacjentowi pełni niebagatelną rolę.

Motywowanie do zmiany

Sposoby motywowania : istnieją dwa rodzaje sposobów motywowania do zmiany. Motywowanie indywidualne i motywowanie grupowe.

Motywowanie indywidualne pacjenta oparte jest na indywidualizacji podejścia do pacjenta. Warunkiem pozyskania motywacji jest dobra diagnoza kliniczna oparta nie tylko na diagnozie objawów ale holistycznym, całościowym, wieloaspektowym podejściu do człowieka.

Rozmowa motywująca odbywa się w oparciu o diagnozę zasobów, możliwości i problemów pacjenta oraz analizę jego potrzeb.

Strategia postępowania motywującego

1. Ustalanie problemu i celu. Warto jest pamiętać, że problem widziany oczami terapeuty może być inaczej spostrzegany przez pacjenta. Przykładem może być tutaj palenie papierosów. Dla terapeuty problem brzmi „ pacjent szkodzi swojemu zdrowiu paląc papierosy”. Od strony pacjenta będzie to raczej „ wydaję za dużo pieniędzy na papierosy”.

Aby móc porozumieć się lepiej z pacjentem formułujemy problem z jego punktu widzenia, tak, aby był on dla niego jasny i zrozumiały. Taki sposób ujęcia i rozumienia problemu pacjenta jest z punktu widzenia motywacji do zmiany bardziej korzystny. Uwzględniając hierarchię potrzeb zaczniemy zatem rozmowę od kwestii finansowych i związku palenia z ponoszonymi przez pacjenta wydatkami, a w następnej kolejności zadbanie o walory zdrowotne.

2. Praca nad motywacją do zmiany z uwzględnieniem kolejnych faz motywowania:

- fazy prekontemplacji
- fazy kontemplacji
- fazy podejmowania decyzji, planowania i przygotowywania do zmiany
- fazy działania, sprawdzania skuteczności działania
- fazy podtrzymywania decyzji

Rozmowa motywująca, fazy motywowania

Warto jest spojrzeć na problem zdrowotny pacjenta jako na pewnego rodzaju impas, który ze swojej natury sprzyjać może zmianie kierunku działania z destrukcyjnego na prozdrowotne. Mam tu na myśli naszą osobniczą właściwość jaką może być samoleczenie.

Kiedy zachowujemy się w sposób niszczący nasze zdrowie nasz organizm nieświadomie dąży jednak do dobrostanu. Zatem istnieją w naszych pacjentach zasoby do zmiany na lepsze. Wystarczy je tylko dostrzec i wydobyć na światło dzienne. W tym wypadku ważna jest rola terapeuty. Staje się on towarzyszem pacjenta w drodze do poprawy stanu zdrowia.

Rozmowa motywująca jest działaniem etapowym, składającym się z kilku stadiów, nastawionym na konkretny cel, strukturalizowanym *Prochaska i Di Clemente, 1984*.

Stadia zmian przedstawić można w formie koła mającego kilka części. Przechodzenie przez kolejne stadia jest procesem nie przebiegającym identycznie w czasie.

Oznacza to, że np. w fazie rozpoczynającej proces pacjent może być krótko, za to w fazie związanej z podejmowaniem decyzji z uwagi na różnego rodzaju trudności może znajdować się znacznie dłużej.

FAZY MOTYWOWANIA

Faza prekontemplacyjna



Faza kontemplacyjna



Faza podejmowania decyzji o zmianie, przygotowania do zmiany



Faza działania



Faza podtrzymywania decyzji o zmianie

Faza prekontemplacyjna

Pacjent nie ma jeszcze motywacji do zmiany, gdy nie określił jeszcze wagi potrzeby, gdy nawet o zmianie nie myśli. Pacjent pali papierosy, nadużywa alkohol, nie dba o zęby, nieprawidłowo się odżywia. Jednak nie przywiązuje do tych zachowań wagi, nie zastanawia się nad stratami jakie ponosi w związku z nimi. Nawet jeżeli ponosi już jakieś konsekwencje ze swoich zachowań nie łączy ich z tymi zachowaniami.

Faza kontemplacyjna, rozważanie zmiany

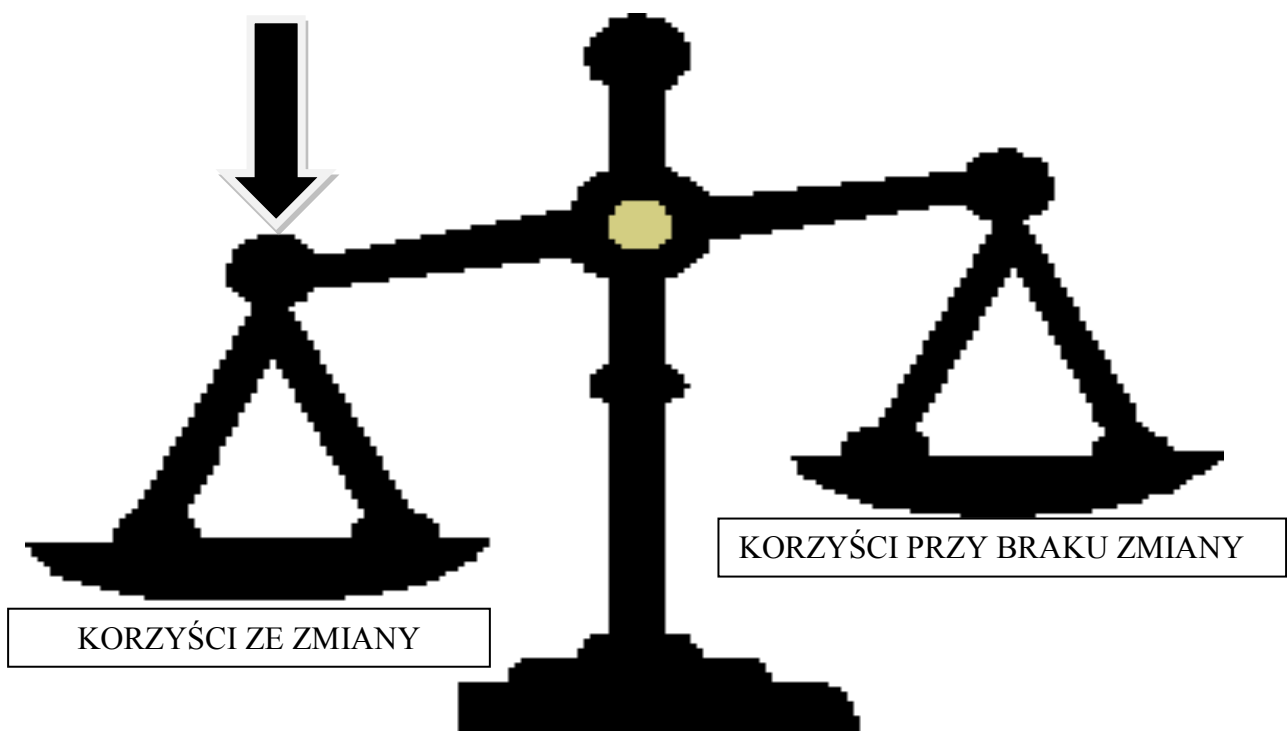
Pacjent zauważa, że być może ma problem, gdy zaczyna dostrzegać, iż może istnieć powód do niepokoju i do zmiany, gdy zaczyna zastanawiać się, czy coś zmieniać. W tym okresie rozważa wszelkie za i przeciw. Z jednej strony dostrzega straty z zachowań ryzykownych dla zdrowia, a z drugiej strony widzi powody żeby niczego nie zmieniać.

W tym stadium pacjent może długo pozostawać wahając się między chęcią i niechęcią do zmiany.

W tej fazie zastanawianie się nad problemem musi być czymś zainicjowane. Mogą to być czynniki zewnętrzne np. edukacja na dany temat, interwencja lekarza, starty rodzinne lub wewnętrzne takie jak : złe samopoczucie po nadużyciu alkoholu, trudności związane z otyłością czy uporczywy ból zęba.

Warto jest rozważając z pacjentem wszystkie za i przeciw zastosować wagę decyzyjną, czyli pracować nad korzyściami, jaki może mieć z powodu zadbania o swoje zdrowie i ewentualnymi stratami, w przypadku, gdy nie zmieni złych nawyków np. żywieniowych.

WAGA DECYZYJNA



Faza podejmowania decyzji o zmianie, przygotowania do zmiany

Pacjent rozumie już, że starty z powodu jakiegoś zachowania są duże, przewyższające korzyści. Przykładem może tu być palenie papierosów. Wprawdzie ma z tego przyjemność ale traci dużo pieniędzy, ciągle kaszle, choruje na górne drogi oddechowe, ma zadyszkę.

W tej fazie pacjent zaczyna ustanawiać sobie cele i podejmować postanowienia. Podejmuje konkretną decyzję, że chce zmiany i ma pełną świadomość czego ta zmiana ma dotyczyć.

O tym, że pacjent myśli o zmianie mogą świadczyć pewne jego charakterystyczne zachowania :

- ✓ przestaje się opierać i zgłaszać wiele obiekcji co do sprawy
- ✓ zadaje mniej pytań
- ✓ sprawia wrażenie pewniejszego, bardziej zdecydowanego, spokojniejszego
- ✓ wypowiada zdania samomotywujące, wskazujące na to, że zdecydował się na zmianę zachowań

O tym, że pacjent myśli o zmianie mogą być następujące wypowiedzi :

- ❖ „muszę coś zrobić ze swoim paleniem”
- ❖ „chcę schudnąć”
- ❖ „powinam zadbać o swoje uzębienie”
- ❖ „mam dość ciągłego problemu z zębami, muszę iść do dentysty”

Kiedy decyzja jest podjęta

warto jest „kuć żelazo póki gorące” i przystąpić do ustalania z pacjentem strategii działania.

W tym czasie mogą pojawić się różnego rodzaju trudności:

- brak wiary w swoje możliwości
- mała nadzieja na zmianę
- ambiwalencje
- poczucie braku oparcia w rodzinie

Rolą terapeuty jest pomoc w usuwaniu trudności, często subiektywnych i nie mających wiele wspólnego ze stanem faktycznym.

Terapeuta razem z pacjentem przystępują w tym momencie do ustalania planu działania.

W dyskusji na temat tego planu należy często podkreślać, że decyzja pacjenta jest jego suwerenną decyzją, dawać mu nadzieję, że się uda, wzmacniać jego pozytywne myślenie, chwalić go.

Dyskusja dotyczy następujących problemów:

- co będę zmieniał (czego chcę, potrzebuję)
- jak bardzo tego chcę (na skali od 1 do 10)
- czy to czego pragnę jest możliwe do osiągnięcia (na skali od 1 do 10)
- w jaki sposób chcę to osiągnąć (kolejność kroków prowadzących do zmiany)
- kto mi pomoże, do kogo mogę zwracać się o pomoc
- jakie mam obawy
- jakie mogą być konsekwencje moich działań, a jakie braku działań

Należy pacjenta edukować, informować, dyskretnie z boku czasem mu doradzać. Nie mówić mu co ma robić, nie napierać, nie naciskać, nic za niego nie robić. Jeżeli ponownie zacznie wykazywać opór podążać za oporem, zobaczyć co się stało, odzwierciedlać to co mówi.

Przykładowy Arkusz planowanych zmian

1. Zmiany, które chcę wprowadzić to :
 - a).....
 - b).....
 - c).....
2. Chcę to zrobić ponieważ :
 - a).....
 - b).....
 - c).....
3. Zamierzam podjąć następujące kroki prowadzące do zmiany :
 - a)
 - b)
 - c)
 - d)
 - e)
4. Inni mogą mi pomóc.
Kto ?.....
Jak?.....
5. Będę wiedział, że mój plan jest skuteczny jeżeli :
 - a).....
 - b).....
 - c).....

Strategię działania można opracować z pacjentem w formie np. Arkusza Zmian Zdrowotnych lub prostego kontraktu pomiędzy terapeutą a pacjentem.

Przykładowy Kontrakt na zmianę:

- 1.Kto z kim zawiązuje kontrakt
- 2.Na co się umawia
- 3.Data startu
- 4.Sposoby realizowania kontraktu
- 5.Sposoby sprawdzania realizacji kontraktu

Faza działania

Pacjent podejmuje określone, wcześniej ustalone kroki w określonym celu, zgodnie z określoną potrzebą. W tej fazie pacjent wdraża swoje plany, ma z tego powodu pierwsze korzyści, które zaczynają potwierdzać słuszność jego decyzji. Wszystko co mu się udaje utwierdza go, że warto podejmować nowe wyzwania.

Faza działania to również faza sprawdzania własnej skuteczności. Pacjent może to zrobić składając relacje ze swoich działań na społeczności terapeutycznej, ale także omawiając je z terapeutą. W tej fazie mogą wystąpić pierwsze korekty planu działania.

Faza podtrzymywania zmiany

Sprawdzanie z pacjentem skuteczności działań, ocena zadowolenia z zaistniałej zmiany, ocena trudności i ewentualne planowanie strategii skuteczniejszych .

Gdy już cel zostanie osiągnięty i nastąpi zmiana należy wzmacniać i utrzymywać zachowania sprzyjające zdrowiu pacjenta. W chorobie psychicznej pacjenci mają skłonność do ambiwalencji, do braku wytrwałości. Zresztą coś co jest nowe, nowo przyjęta tożsamość człowieka np. odżywiającego się zdrowo czy abstynencja musi być wspierana, bo inaczej „ rozpadnie się”. Jeżeli nie będzie dalszej pracy nad sobą może nastąpić nawrót w niekorzystny kierunku, powrót do dawnych zachowań. Należy zdawać sobie sprawę, że samo podjęcie decyzji przez pacjenta o zmianie nie jest tak trudne jak jej podtrzymanie i działanie. Pacjenci z problemami psychicznymi łatwo zniechęcają się do działań w przypadku niepowodzeń i stresu.

Przykład procesu motywowania do zmiany z uwzględnieniem kolejnych faz. *Przypadek Jana.*

Faza prekontemplacji

Jan pali bardzo dużo papierosów, nie przychodzi mu do głowy, że palenie szkodzi jego zdrowiu, nie zauważa, że ma problem z paleniem. Nie rozważa zmiany zachowania, nawet o zmianie nie myśli.

Rola terapeuty w tej fazie to :

Edukowanie na dany temat, pokazywanie filmów, broszur, stosowanie wykładów, rozmów z pacjentami i innych form mających na celu zwrócenie uwagi pacjenta na dany problem.

Faza kontemplacji

Jan obejrzał filmu na temat nikotynizmu, wziął udział w spotkaniu z lekarzem, który opowiedział pacjentom o tym, jak palenie wpływa na ludzki organizm. Uczestniczył w dyskusji na ten temat. Sam zaczął zastanawiać się nad tym, że traci bardzo dużo pieniędzy paląc.

Przy wykonywaniu z terapeutą bilansu strat związanych z paleniem i bilansu zysków, jakie może mieć, gdy nie przestanie palić papierosów, doszedł do wniosku, że zysków ma niewiele, a strat dużo, zaczął zastanawiać się, że może warto podjąć decyzję o zmianie.

Rola terapeuty w tej fazie polega na :

Posługiwanie się technikami motywującymi do zmiany.

Pokazywanie zysków z ewentualnej decyzji, podkreślenie, że będzie to jest suwerenna decyzja pacjenta.

Faza podejmowania decyzji o zmianie, planowanie zmiany.

Jan już wie, że chce przestać palić papierosy, mówi o tym wprost. Nie wie jednak, jak to może zrobić, od czego ma zacząć.

Rola terapeuty na tym etapie motywowania polega na

Takim kierowaniu rozmową, aby pacjent sformułował swoje potrzeby, nazwał problem i powiedział, czego dla siebie chce i jak jest to dla niego ważne. Terapeuta omawia to z pacjentem.

W tej fazie należy podpisać z pacjentem kontrakt na zmianę zachowań. Następnie zapoznaje Jana z Arkuszem Planowanych Zmian i ustala ewentualną strategię postępowania. Na propozycję terapeuty pacjent powinien wyrazić zgodę, ważne jest tu zachęcanie go do własnych pomysłów.

Faza działania

Jan udał się do Poradni Leczenia Uzależnień, dowiedział się tam, że jest uzależniony od papierosów. Zaproponowano mu wzięcie udziału w programie terapeutycznym. Zgodził się na to i uczęszcza na terapię. Realizuje kontrakt, który zawarł z terapeutą na zmianę zachowań związanych z paleniem.

Rola terapeuty w fazie działania polega na wspieraniu decyzji i działań pacjenta, pomaganiu mu w ewentualnych trudnościach. Dla Jana problemem jest fakt, że w jego otoczeniu wiele osób pali, terapeuta pomaga mu w rozwiązaniu tego problemu. Terapeuta czuwa nad tym, czy Jan wywiązuje się z podjętego kontraktu, czy realizuje zadania według Arkusza Planowanych Zmian. Jan wie, że może zawsze liczyć na wsparcie i dobrą radę terapeuty. Razem z nim robi drobne poprawki w swoim Arkuszu Planowanych Zmian, doskonaląc swój plan. Terapeuta mówi mu często, że da radę, że potrafi utrzymać abstynencję, podkreślając przy tym zasadniczą rolę Jana w procesie zmiany.

Faza podtrzymywania decyzji o zmianie

Jan nie pali już 4 miesiące, ukończył w Poradni Leczenia Uzależnień podstawowy etap terapii. Jest zadowolony, że nie pali. Ma z tego powodu dużo satysfakcji. Czasami jednak odczuwa głód papierosa, ma myśli, żeby zapalić.

Rola terapeuty polega w tej fazie na pomocy pacjentowi w utrzymaniu jego decyzji, wspieraniu go, ale również w sprawdzaniu razem z pacjentem w jaki sposób wywiązuje się on się z kontraktu.

Terapeuta często chwali Jana za jego sumienność, zwraca uwagę na korzyści jakie Jan ma ze zmiany. Gdy Jan odczuwa głód nikotyny rozmawia z nim o tym, jest dla Jana życzliwy i rozumie jego trudności.

Terapeuta przypomina Janowi o jego decyzji, utrwala ją. Robi to zawsze w nie narzucający sposób pamiętając o przyjętej przez siebie roli osoby współdziałającej w procesie zmiany, dalekiej od narzucania pacjentowi czegokolwiek lub naciskania na jego decyzje.

Techniki motywujące do zmiany

Pogłębianie rozbieżności – motywacje do zmiany są silniejsze, gdy pacjent rozumie, że pomiędzy tym co robi obecnie, a tym czego chce tak naprawdę dla siebie istnieje rozbieżność. Jeżeli pacjent odkryje w sobie, że zdrowie jest dla niego wartością, że ma potrzebę bycia zdrowym a dotychczasowe zachowania były sprzeczne z tym czego pragnie, należy wzmacniać i pogłębiać występujące rozbieżności.

Skuteczne jest tu „ wytrącanie z równowagi motywacyjnej” poprzez pokazywanie korzyści ze zmiany i braku korzyści z pozostawania przy szkodliwym zachowaniu. Można zastosować tu technikę „ Korzyści i straty ”.

Korzyści ze zmian zachowań na zachowania prozdrowotne.

Ważne jest, aby zachęcać pacjenta do spontanicznych, własnych wypowiedzi na ten temat.

Dialog Sokratejski – zadawanie pytań w specyficzny sposób, tak, aby to pacjent sam zobaczył, że jego styl życia szkodzi jego zdrowiu. Tu pacjent staje się własnym ekspertem.

Przykład „proszę mi pomóc coś zrozumieć, mówi pani, że pani tusza bardzo pani przeszkadza, że panią denerwuje, to dlaczego w takim razie codziennie zjada pani takie ilości jedzenia? ”.

Chodzi tu o to, aby pacjent przejął inicjatywę i wyjaśnił jak te dwie przeciwstawne chęci mają się do siebie.

Podążanie za oporem – opór jest dla terapeuty sygnałem, że pacjent inaczej niż terapeuta spostrzega daną sytuację. To wymaga zrozumienia od terapeuty pacjenta i towarzyszenie mu na tym samym co on poziomie do zmiany.

Do oporu pacjenta należy się dopasować, uważniej go słuchać, unikać sporów i krytyki, że pacjent nie pracuje nad sobą dostatecznie.

Sprawdzone sposoby właściwych reakcji na opór pacjenta

Miler i Rollnick, 1991

Zwykła refleksja – jest to zareagowanie na opór pacjenta brakiem oporu i powtórzeniem tego co powiedział w sposób łagodny całkowicie neutralny. Istnieje wtedy nadzieja, że pacjent będzie reagował przeciwną refleksją.

Przykład:

pacjent: „ nie mam zamiaru przestać palić”,

terapeuta „, rozumiem, że uważa pan, że palenie jest dla pana dobre”.

Wzmocniona refleksja – polega na powiedzeniu pacjentowi tego samego w sposób bardziej radykalny, bez sarkazmu.

Przykład:

pacjent „nie wiem dlaczego moja rodzina tak się martwi, że palę papierosy”,
terapeuta „,to znaczy, że oni martwią się o pana niepotrzebnie?”

Odzwierciedlanie – poinformowanie pacjenta o tym co widzi i słyszy terapeuta

Przykład

Terapeuta: „widzę, że jest pan zły”
„słyszę, że podnosi pan głos, czy jest pan zdenerwowany?”

Zmiana punktu widzenia –ta metoda pozwala na podkreślenie osobistych wyborów pacjenta dotyczących własnego życia

Przykład

pacjent: „nie potrafię przestać palić, wszyscy tu palą”
terapeuta: „my tu rozmawiamy o zdrowiu, a pan o paleniu, jeszcze do tego nie doszliśmy”.

Zgoda, ale nie do końca – jest to metoda godzenia się w pewnych miejscach z wypowiedziami pacjenta, przy jednoczesnym mówieniu o odmiennych punktach widzenia innych ludzi.

Przykład

Pacjent: „dlaczego mówimy ciągle o paleniu, może nie paliłbym, gdyby inni też przestali, oni też się trują”
Terapeuta: „mówimy sporo o paleniu przez pana papierosów i ich szkodliwości dla pana zdrowia, ale nie wszyscy tu palą, jest wiele osób nie palących.

Przeformułowywanie – jest to zaproponowanie pacjentowi nowej, pozytywnej i interpretacji informacji, które przedstawia pacjent.

Przykład

pacjent: „moja rodzina się mnie ciągle czepia o to palenie”
terapeuta: „rodzina chciałaby żeby przestał pan palić, może to dowód, że im zależy na pana zdrowiu?”.

Trzymanie się negatywów – jest to metoda tzw. Adwokat Diabła”.

Kiedy pacjent mówi, że niszczące nawyki mu nie szkodzą odniesienie się do jego wypowiedzi w taki sposób, aby wypowiedź terapeuty była potwierdzeniem tego co pacjent mówi. Może stać się to paradoksalnie cenne w motywowaniu.

Przykład

pacjent: „palenie mi nie szkodzi, ten kaszel to nic takiego”
terapeuta : „rozumiem, że lubi pan palić, a palenie nie ma nic wspólnego z pana kaszlem, lekarz chyba się myli “.

Wspieranie poczucia własnej skuteczności – wiara we własną skuteczność jest niezwykle ważnym czynnikiem w procesie motywowania do zmiany.

Wielu naszych pacjentów nie wierzy we własne możliwości, we własną skuteczność, nie ma zatem nadziei na zmianę zachowania.

Warto dostrzegać zasoby pacjenta, wydobywać je na światło dzienne i ukazywać mu je, jako korzystne w procesie zmiany.

We wspieraniu poczucia własnej skuteczności ważne są dwa czynniki : poczucie odpowiedzialności za siebie i zmianę zachowania i poczucie pacjenta, że jest w stanie coś zmienić.

Wydobywanie z klienta stwierdzeń samo motywujących – jest to takie kierowanie rozmową, aby pacjent sam określił, że chce zmiany, aby jego wypowiedzi stały się ważnym elementem samo motywującym.

Dążymy do wypowiedzi typu :

- muszę coś z tym zrobić
- warto, żebym tym się zajął
- to może być dla mnie ważne
- to może być dla mnie korzystne
- ciekaw jestem co mogę z tym zrobić, jak się zmienić

Warto połączyć takie wypowiedzi z edukacją.

Po pokazaniu np. filmu o paleniu, czy przeczytaniu ulotek na ten temat można zadawać pacjentowi otwarte pytania na ten temat

- „co pan o tym sądzi, co pan przeczytał”,
- „co myśli pan o tym, co pan zobaczył na filmie”

Motywowanie grupowe odbywa się przez przygotowanie cyklu zajęć edukacyjnych na dany temat. Każde zajęcia prowadzone są według ustalonego planu, zawierają temat, hipotezy do tematu, mikro wykład i ćwiczenia, mogą też zawierać zadania domowe.

Tematyka zajęć jest strukturalizowana metodą odwróconego lejka tzn. od zajęć ogólnych do coraz węższych tematów.

Należy pamiętać o motywowaniu do zmiany w czasie zajęć, pokazywaniu korzyści zdrowych wyborów, wzmacnianiu w pozytywnym myśleniu, wzmacnianiu struktury Ja poprzez pracę nad pozytywnym wizerunkiem własnym.

Mają to być zajęcia aktywizujące, nastawione na przejmowanie odpowiedzialności za siebie.

Zajęcia grupowe są doskonałą okazją do ćwiczenia relacji interpersonalnych, uczenia się nowych treści i umiejętności. Powinny być tak zorganizowane, aby mogły sprawiać pacjentom przyjemność.

Przykładowy scenariusz zajęć

Temat „Dlaczego warto jeść zdrowe rzeczy”

Hipotezy do mikro wykładu

1. Zdrowie człowieka w dużej mierze zależy od tego co jemy.
2. Zdrowe odżywianie to spożywanie ważnych dla organizmu, sprzyjających mu potraw.
3. Produkty zalecane przez lekarzy.
4. Produkty, które mogą nam szkodzić
5. Ważne jest nie tylko to, co jemy, ale także w jaki sposób jemy i w jakich porach dnia.

Mikrowykład wygłoszony przez osobę go przygotowującą (może to być także pacjent), nie powinien być dłuższy niż 10 – 15 min.

Powinien być ciekawy i poparty ilustracjami, ponieważ wtedy jest lepiej przyswajalny przez osoby go słuchające.

Po wygłoszeniu mikrowykładu dobrze jest upewnić się, czy został on zrozumiany przez osoby go słuchające. Można to zrobić w formie prostych pytań.

Ćwiczenia do mikrowykładu

Pacjenci dzielą się na grupy i wspólnie opracowują tygodniowe menu składające się ze zdrowej żywności. Każda grupa przedstawia swoje propozycje z uzasadnieniem dlaczego takie wybrali. Terapeuta lub lekarz jest tu ekspertem. Omówienie.

Każdy pacjent ma za zadanie zaplanować sobie na trzy dni zdrowe menu, ustalić godziny posiłku i sposób w jaki będzie go spożywał (według zaleceń z mikrowykładu).

Następne zajęcia zaczynają się od omówienia sukcesów z wykonania zadania i ewentualnych porażek. Gdy coś się nie udało wszyscy zastawiają się wspólnie jak to można naprawić.

Motywowanie grupowe

ma wiele zalet i jest niezwykle skuteczną metodą zwiększania motywacji do zmiany. Istotnym czynnikiem jest tu fakt wspólnego celu kilku czy kilkunastu osób, które mogą nawzajem się od siebie uczyć i wspierać się w trudnościach dotyczących zmiany szkodliwych nawyków zdrowotnych na prozdrowotne.

Motywowanie do zmiany zachowań pacjenta po kryzysie psychotycznym jest poważnym wyzwaniem dla personelu leczącego.

Wydaje się jednak, że jej skuteczność może być wysoka. Potwierdzają to moje doświadczenia w pracy tą metodą w Poradni Zdrowia Psychicznego.

Pacjenci z doświadczeniem choroby psychicznej mają okazję do osiągnięcia sukcesów w różnych dziedzinach swojego życia.

Mam świadomość, że metoda ta wymaga od nas znacznego podniesienia swoich kwalifikacji zawodowych oraz zwiększenia wysiłku w pomaganiu w procesie zmiany. Jednak również dla terapeutów jest to metoda niosąca duże gratyfikacje zawodowe. Uczestniczyć bowiem możemy w uzyskiwaniu przez pacjenta większej satysfakcji z życia.

Opracowano na podstawie literatury :

Wzmacnianie motywowania do zmiany w terapii nadużywania substancji – William R. Miller 2009

Zaburzenia osobowości - Andrzej Jakubik 1999

Chorzy psychicznie nadużywający substancji psychoaktywnych – Jacqueline Cohen Stephen Jary Levy 1998

Psychologia Zaburzeń – Robert C. Carson James N. Butcher Susan Mineka 2003

FAZA DZIAŁANIA - PLAN DZIAŁANIA

Przykładowy Arkusz planowanych zmian

Zmiana, którą chcę wprowadzić to:

- a).....
- b).....

Chcę to zrobić ponieważ :

- a).....
- b).....

Kolejne zmiany w określonym czasie :

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

Inni mogą mi pomóc:

- Kto ?.....
- Jak?.....

Będę wiedział, że mój plan jest skuteczny jeżeli :

- a).....
- b).....
- c).....