

Kliniczne perspektywy rozmów motywacyjnych w leczeniu cukrzycy: przegląd umiejętności i trudnych sytuacji klinicznych

Marc Steinberg, MD, FAAP

NOTA WYDAWCY

Rozmowy motywacyjne są strategią poradnictwa opartego na współpracy i mają na celu ukierunkowanie pacjentów na wzmocnienie ich motywacji do zmiany zachowań. W tym artykule, drugim z dwuczęściowej serii, przeanalizowano kliniczne aspekty wykorzystywania rozmów motywacyjnych w praktyce diabetologicznej. Pierwszą część (*Diabetes Spectrum* 2011;24:179-181, *Diabetologia po Dyplomie* 2011;8(4):29-31) można też znaleźć na stronie internetowej czasopisma pod adresem <http://spectrum.diabetesjournals.org/>.

W poprzednim artykule zamieszczono ogólny przegląd dotyczący rozmów motywacyjnych w praktyce diabetologicznej.¹ W tym artykule, stanowiącym uzupełnienie pierwszej części, omówiono umiejętności ułatwiające prowadzenie rozmów motywacyjnych, podejście do trudnych zagadnień klinicznych (równowaga i opór) oraz zasoby przydatne w procesie nauczania strategii rozmów motywacyjnych. Zapoznanie się z wcześniejszym artykułem zwiększy korzyści wyniesione z lektury poniższego.

Klinicyści często pracują z osobami, których możliwości aktywnego własnego udziału w leczeniu cukrzycy (self-management) są ograniczone. Ludzie wyrażają zwykle zainteresowanie zadaniami związanymi z własnym udziałem w leczeniu, ale często zostają przytłoczeni wyzwaniem związanym z rozważeniem i podjęciem działań wymaganych do wprowadzenia zmian korzystnych dla zdrowia. Niestety, konsekwencje tej ambiwalencji niosą poważne ryzyko. Jeżeli problem tego ambiwalentnego podejścia do zmian nie zostanie rozwiązany, aktywny udział chorego w leczeniu staje się utrudniony, co naraża na dające się uniknąć powikłania skracające oczekiwaną długość życia lub w jakiś sposób pogarszające jego jakość.

Współpraca leżąca u podłoża rozmów motywacyjnych zakłada poszanowanie autonomii pacjentów w zakresie podejmowania decyzji dotyczących ich leczenia, a także afirmuje ich zdolność do inicjowania zmian. Większość osób systematycznie i z powodzeniem wprowadza jednak istotne zmiany we własnym życiu, nie potrzebując do tego żadnych fachowych wskazówek.²

Pytania otwarte, afirmowanie, refleksje i podsumowania

Słuchanie jest najtrudniejszym zadaniem w praktyce klinicznej. Trudności wynikają z rozpraszania uwagi. Kiedy słuchamy kogoś, mogą się nam nasuwać różne myśli pogarszające jakość naszego słuchania. Rozmowy motywacyjne muszą się jednak opierać na uważnym słuchaniu. Wartość takich rozmów jest zwiększana przez ciekawość oraz zdolność „słuchania między wierszami”, czyli słuchania refleksyjnego.

Dobre pomysły klinicyistów odnoszące się do leczenia chorób przewlekłych często nie są wprowadzane w życie przez chorych.³ Strategia rozmów motywacyjnych jest procesem zwiększania zaangażowania i ukierunkowywania konwersacji na inicjowanie zmian. Sam proces rozmowy z pacjentem skłania chorych do posługiwania się mową zmian (wypowiedzi odnoszące się do zmian) i językiem zaangażowania (stwierdzenia wskazujące na zamiar podjęcia działań służących wprowadzeniu zmian). W miarę zwiększania się siły i częstości wypowiedzania takich stwierdzeń rzeczywistość zmienia staje się bardziej prawdopodobna.⁴

W tym procesie udzielania pacjentowi wskazówek wykorzystywane są swoiste umiejętności. Przeanalizujmy rozmowę z pacjentem, u którego stosowana jest intensywna insulinoiterapia. Mężczyzna mówi nam: „Obecnie kontroluję stężenie glukozy we krwi tylko dwa razy dziennie”. Przedtem robił to cztery razy dziennie. Jedną z możliwości jest powiedzenie mu wprost o problemach wynikających z takiego postępowania, zwłaszcza że chory nie odczuwa rozpoczynającej się hipoglikemii. Strategia rozmów motywacyjnych opiera się natomiast na wykorzystaniu szczególnych umiejętności – pytań otwartych, refleksji, afirmowania i podsumowań – w celu ułatwienia zrozumienia sytuacji chorego i naprowadzenia go na właściwe rozwiązanie.

Marc Steinberg, MD, FAAP, jest dyrektorem The Group 4 Quality Care i diabetologiem w Western Montana Clinic w Missoula, Montana

Rozmowa toczy się dalej: „I jak to się sprawdza w pana przypadku?”. „Wydaję mniej pieniędzy na paski do glukometru. Zredukowano mi liczbę godzin pracy. Mogę nawet stracić ubezpieczenie zdrowotne” – odpowiada pacjent.

Stwierdzenia o charakterze refleksyjnym skłaniają ludzi do wyrażania swoich poglądów, mówienia o tym, co jest dla nich ważne. Podobnie jak w większości sytuacji życiowych, osoby poszukujące pomocy w kwestiach zdrowotnych mają podstawową ludzką potrzebę bycia dobrze zrozumianym, zwłaszcza wtedy, kiedy czują się niepewnie w kwestii danego leczenia lub w związku z postrzeganą przez nich niemożnością osiągnięcia sukcesu. Dlatego można zaoferować prostą refleksję, wyrażając innymi słowami to, co dana osoba sama powiedziała: „Oszczędza pan pieniądze, kupując dwa razy mniej pasków do glukometru”.

Stwierdzenia o charakterze refleksyjnym są twierdzeniami, a nie pytaniami. Kiedy coś stwierdzamy, intonacja głosu opada pod koniec zdania. Kiedy zadajemy pytanie, intonacja głosu się unosi. To ważny niuans językowy. Na pytanie: „Oszczędza pan pieniądze, kupując dwa razy mniej pasków do glukometru?” pada prosta odpowiedź „tak” lub „nie”. Odpowiedzi na stwierdzenia o charakterze refleksyjnym są często bardziej szczegółowe. Chory mówi: „Oszczędzam pieniądze, ale nie jestem pewien, na ile ten plan jest dla mnie dobry”.

Wtedy formułujemy kolejne stwierdzenie o charakterze refleksyjnym, złożoną refleksję dodającą emocje lub uczucia do wypowiedzi chorego: „Zmniejszenie kosztów leczenia cukrzycy jest obecnie dla pana czymś ważnym. Jest pan zadowolony ze sposobu swojego postępowania”. Refleksje nie muszą być dokładne. Jeżeli zawierają jakieś błędy, ludzie chętnie korygują wszelkie nieporozumienia. Pacjent odpowiada: „Oszczędzanie pieniędzy było ważne do momentu, kiedy w zeszłym tygodniu w pracy poczułem się bardzo źle i straciłem przytomność. Wezwano karetkę i wyładowałem w izbie przyjęć”.

Odpowiedzią lekarza jest następne stwierdzenie o charakterze złożonej refleksji, odnoszące się do ambiwalentnego podejścia chorego do oznaczania glikemii. „Chce pan wykonywać badania rzadziej, ale nie chce pan doświadczać powikłań w codziennym leczeniu cukrzycy”. Chory na to: „Tak, znalazłem się w kłopotliwej sytuacji. Mam nadzieję, że mnie nie zwolnią lub jeszcze bardziej nie obetną mi godzin pracy”.

Złożone refleksje kładą nacisk na jakiś aspekt tego, co powiedział pacjent. Można je wykorzystywać do naprowadzania konwersacji na mowę zmian i język zaangażowania. Pod względem lingwistycznym taki nacisk stwarza użycie spójnika „ale” zamiast „i”. Jeżeli użyjemy takiej konstrukcji stwierdzenia o charakterze refleksyjnym, słowo „ale” powoduje położenie nacisku na tę część zdania, która następuje po nim. Staje się to bardziej oczywiste, jeżeli rozważymy cztery różne konstrukcje następującego stwierdzenia o charakterze refleksyjnym:

1. „Chce pan wykonywać badania rzadziej, ale nie chce pan doświadczać powikłań w codziennym leczeniu cukrzycy”.
2. „Nie chce pan doświadczać powikłań w codziennym leczeniu cukrzycy, ale chce pan wykonywać badania rzadziej”.
3. „Chce pan wykonywać badania rzadziej i nie chce pan doświadczać powikłań w codziennym leczeniu cukrzycy”.
4. „Nie chce pan doświadczać powikłań w codziennym leczeniu cukrzycy i chce pan wykonywać badania rzadziej”.

Niezależnie od znaczenia obaw o charakterze finansowym, które mogą mieć chorzy, jeden z czterech możliwych sposobów wyrażenia powyższej myśli – ten pierwszy – kładzie nacisk na niezwykle ważne zagadnienie zdrowotne, na które trzeba zwrócić uwagę: epizod hipoglikemii wymagający leczenia szpitalnego u osoby, która nie odczuwa rozpoczynającej się hipoglikemii.

Następne stwierdzenia są afirmacją, czymś, co potwierdza skuteczność chorego (zdolność wprowadzenia zmian w swoim życiu) oraz stanowi prośbę o pozwolenie naprowadzenia rozmowy na ten tor. „Trzy lata temu włożył pan dużo pracy w stworzenie skutecznego programu insulinoterapii. Czy nie byłoby pomocne, gdybyśmy teraz przedyskutowali razem pewne możliwości leczenia?”.

Pacjent odpowiada: „Tak, ale teraz jest więcej ograniczeń niż wtedy”. W tym momencie lekarz dokonuje podsumowania: „Znalazł się pan w trudnej sytuacji finansowej i zareagował na to planem działania, który, jak pan sądził, dobrze spełni swoje zadanie. Obecnie jednak obawia się pan, że problemy w pracy, które wynikają z cukrzycy, mogą stać się przyczyną jeszcze większych trudności. Mam pewne przemyślenia, które mogłyby okazać się pomocne, ale najpierw chciałbym dowiedzieć się czegoś innego: jak pana zdaniem powinno wyglądać właściwe rozwiązanie tego problemu?”.

Ta krótka rozmowa, trwająca zaledwie kilka minut, stanowi adaptację konwersacji, która odbyła się w zeszłym roku w rzeczywistej praktyce klinicznej. Podczas tej rozmowy lekarz zadał pytania otwarte na jej początku i końcu, a poza tym zapytał jeszcze tylko o jedno – pozwolenie na przedyskutowanie różnych możliwości skupiających się wokół wywołania zaangażowania chorego w plan działania, który mógłby umożliwić rozwiązanie tego problemu. W trakcie rozmowy padły cztery stwierdzenia o charakterze refleksyjnym oraz jedna afirmacja poprzedzająca dwa ostatnie pytania prowadzące do wspólnej analizy planów działania. A sam chory, mimo że niezbyt skłonny do rozmowy, dostarczył wielu informacji klinicznych.

Afirmacje nie są gratulacjami ani dopingowaniem: są to stwierdzenia jakiegoś faktu. Podsumowania stanowią punkty przejściowe w dyskusji, które stwarzają choremu okazję do potwierdzenia lub skorygowania rozumienia danej kwestii przez klinicystę. Ważny jest sam proces rozmowy: dzięki niemu chorzy mają możliwość aktywnego udziału w opracowywaniu planu leczenia ich choroby.

Neutralność lub równoważność

W wielu przypadkach w opiece zdrowotnej proces naprowadzania na pewne zmiany można zasadnie uznać za ważny. Przykładem może być przypadek 24-letniej kobiety chorej na cukrzycę typu 1, która jest w ciąży i pragnie korzystnego rokowania dla siebie i dziecka. W takiej sytuacji należy rozważyć interwencje oparte na dowodach z badań naukowych, które służą optymalizacji wyników leczenia u matki i dziecka. W innych sytuacjach wybór między różnymi możliwościami leczenia nie jest tak jednoznaczny i wymaga indywidualizacji w zależności od konkretnych okoliczności. W takich sytuacjach proces udzielania wskazówek jest neutralny. Inna nazwa tego podejścia to równoważność. Zamiast naprowadzania na określoną zmianę, proces udzielania wskazówek

koncentruje się na bezstronnych dyskusjach, które służą wspieraniu pacjenta i jego rodziny, a także zachęcaniu ich do decydowania, jakie rozwiązanie byłoby dla nich dobre. Ostatnio opublikowano interesującą dyskusję dotyczącą trudnych kwestii terapeutycznych w warunkach równoważności.⁵

W sytuacjach neutralności/równoważności klinicyści zastępują naprowadzanie na pewne wybory lub możliwości leczenia umiejętną konwersacją, która w zamian prowadzi do dokonywania przez samych chorych wyborów spośród różnych istniejących możliwości. Rozważmy na przykład możliwości leczenia u dwóch chorych na cukrzycę typu 2, z których jednym jest 14-letni chłopiec, a drugim 88-letni mężczyzna z zaawansowaną chorobą Alzheimera przebywający w domu opieki. U chłopca proces udzielania wskazówek byłby oparty na badaniach naukowych dotyczących leczenia, opinii ekspertów oraz doświadczeniach życiowych chłopca. W rezultacie można zaproponować kilka właściwych możliwości leczenia.

U mężczyzny w podeszłym wieku z postępującą chorobą neurodegeneracyjną, która wywiera ogólny wpływ na czynność mózgu, cele leczenia nie są tak jasne. Postępowanie zależy bardziej od zasobów dostępnych w ośrodku, w którym przebywa chory, a także wyborów dokonywanych przez chorego – w stopniu, w jakim jest on do nich zdolny – oraz jego rodzinę w tej trudnej fazie życia. Rozmowy motywacyjne koncentrują się wtedy na wywołaniu dyskusji dotyczącej pragnień chorych i ich rodzin w zakresie możliwości leczenia. Klinicysta zachowuje neutralność i wspiera decyzje, które zostaną podjęte w odniesieniu do cukrzycy oraz innych metod leczenia.

Umiejętności przydatne w przypadku oporu

Zagadnienie rozmów motywacyjnych ma dwojakie perspektywy w odniesieniu do oporu. Pierwsza perspektywa dotyczy dysonansów wywoływanych przez zachowania klinicystów. Cechy tego można obserwować wtedy, kiedy chorzy sprzeczą się z klinicystą, przerywają rozmowę lub też pozostają odseparowani lub niezaangażowani podczas rozmowy. Nie ma uzasadnienia dla takich sporów dotyczących pewnych aspektów leczenia. Kontakty charakteryzujące się takimi zachowaniami ustawiają chorych w roli broniących nieodpowiedniej opieki zdrowotnej lub ignorujących to, co jest mówione, i w rzeczywistości zwiększają opór pacjentów wobec zmian.⁶ Jednym z zakłóć strategii rozmów motywacyjnych jest nieprovokowanie oporu. Kiedy w takich okolicznościach klinicyści zmieniają swoje zachowanie, można uniknąć dysonansów.

Drugi typ oporu jest często postrzegany jako „opór intrapersonalny”, pochodzący z wnętrza samych pacjentów. Mogą być z nim powiązane silne emocje, napędzające sprzeciw wobec niektórych metod leczenia, takich jak wstrzyknięcia, aktywność fizyczna oraz zmiany sposobu odżywiania się, ale tego rodzaju opór może dotyczyć wszystkich aspektów udziału chorego w leczeniu cukrzycy. Strategia rozmów motywacyjnych oferuje inny sposób postrzegania tej sytuacji. Może to być bowiem postrzegane jako manifestacja negatywnej strony ambiwalencji.

Użytecznym narzędziem w dyskusjach z osobami prezentującymi silny opór są prośby o pozwolenie na przedyskutowanie danego aspektu postępowania. Na przykład u 61-letniego mężczyzny z dobrze kontrolowaną cukrzycą

typu 2 wystąpił zagrażający zawał mięśnia sercowego, którego uniknięto dzięki niezwłocznej interwencji wieńcowej. Wywiady ujawniły 25 paczolat palenia tytoniu, ale w przeszłości chory nie był chętny do podjęcia próby zaprzestania palenia. Podczas wizyty chory wyraża wdzięczność za to, że żyje i może dalej cieszyć się przebywaniem w towarzystwie rodziny, a zwłaszcza swoich wnuków.

W procesie udzielania rad, zgodnie z zasadą nieprovokowania oporu, unikanie kłótni powoduje zmniejszenie prawdopodobieństwa, że chory zamknie swój umysł na zmiany. Dlatego należy poprosić go o pozwolenie: „Nie zamierzam pana zmuszać do zmiany czegokolwiek. Chciałbym tylko porozmawiać z panem o paleniu. Czy zechciałby pan to ze mną przedyskutować?”. To pytanie wyraża poszanowanie dla autonomii chorego, a więc coś, co ludzie bardzo cenią. Pacjent zgadza się na rozmowę.

Narzędziami przydatnymi podczas konwersacji są stwierdzenia o charakterze refleksyjnym i pytania otwarte. „Chciałbym teraz zadać panu pewne pytanie. Jak palenie wpłynie na pana pragnienie pozostania z rodziną w nadchodzących latach?”. Jeżeli chory odpowie: „Muszę rzucić palenie”, można odpowiedzieć złożoną refleksją: „Zaprzestanie palenia jest chyba ważne. Chce pan mieć jak najwięcej czasu na to, co ceni pan w życiu”. Jeżeli chory powie, że będzie dalej palił, można wykorzystać inne pytanie o charakterze spekulacji, aby wywołać mowę zmian: „Rozumiem, że nie planuje pan zaprzestania palenia, ale chciałbym zadać panu teoretyczne pytanie – czy gdyby pan przestał, to przyniosłoby to jakieś korzyści?”.

Oba scenariusze pozwalają na uniknięcie konfliktu, zwiększając prawdopodobieństwo, że w przyszłości chory pozwoli na dalsze rozmowy dotyczące tego zagadnienia. W drugim przykładzie stwarza się problem, nad którym można rozmyślać – rozdźwięk między wartościami cenionymi przez pacjenta (rodzina i życie) a jego nałogiem (palenie tytoniu). Może to doprowadzić w pacjencie do kreatywnego konfliktu, który skłoni go do zmiany. Celem jest ułatwienie zaangażowania i ostatecznie poprowadzenie w kierunku zmiany przez wywołanie u pacjenta mowy zmian (której przykładem jest krótka rozmowa przedstawiona powyżej) i języka zaangażowania, kiedy z czasem ta mowa zmian stanie się silniejsza.

Uczenie się techniki rozmów motywacyjnych

Do uzyskania kompetencji w zakresie wykorzystywania strategii rozmów motywacyjnych w praktyce klinicznej potrzebne są czas i trening. Zazwyczaj rozpoczyna się to od wprowadzającego programu, który trwa 2-3 dni. Szkolenie przez trenera, zwłaszcza w małych grupach, ułatwia postęp nauki. W niektórych przypadkach taki trening stwarza możliwości analizy zarejestrowanych rozmów w celu doskonalenia umiejętności. Szkolenie przez trenera umożliwia również omawianie trudności napotykanych podczas prób wykorzystania nowych umiejętności w praktyce.

Dobrym źródłem informacji na temat strategii rozmów motywacyjnych, trenerów oraz książek dotyczących tych zagadnień jest strona internetowa Motivational Interviewing Network of Trainers międzynarodowej grupy, która zajmuje się promocją zarówno badań naukowych dotyczących roz-

mów motywacyjnych, jak i wykorzystywania tej strategii w praktyce klinicznej. Na wspomnianej stronie internetowej (www.motivationalinterview.org) wymieniono członków tej grupy, z których wielu oferuje treningi i szkolenia.

Podziękowania

Michael Fulop, Psy D, oraz Steve Zellmer, MS, LCD, MCAC, otrzymują podziękowania autora za pomoc recenzentką i redakcyjną podczas przygotowywania tego artykułu.

Copyright 2012 American Diabetes Association. From *Diabetes Spectrum*, Vol. 24, No. 4, 2011, p. 231. Motivational Interviewing Part 2: An Overview of Skills and Challenging Clinical Encounters. Reprinted with permission from The American Diabetes Association.

Ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 42

22. Kallock E, Neher JO, Safranek S: Clinical inquiries: do intra-articular steroid injections affect glycemic control in patients with diabetes? *J Fam Pract* 59:709–710, 2010.
23. Patel R, Patel M, Tsai R, Lin V, Bookout AL, Zhang Y, Magomedova L, Li T, Chan JF, Budd C, Mangelsdorf DJ, Cummins CL: LXR β is required for glucocorticoid-induced hyperglycemia and hepatosteatosis in mice. *J Clin Invest* 121:431–441, 2011.
24. Friedman JE, Sun Y, Ishizuka T, Farrell CJ, McCormack SE, Herron LM, Hakimi P, Lechner P, Yun JS: Phosphoenolpyruvate carboxykinase (GTP) gene transcription and hyperglycemia are regulated by glucocorticoids in genetically obese db/db transgenic mice. *J Biol Chem* 272:31475–31481, 1997.
25. Clore JN, Thurby-Hay L: Glucocorticoid-induced hyperglycemia. *Endocr Prac* 6:469–474, 2009.
26. Van Raalte DH, Ouwens DM, Diamant M: Novel insights into glucocorticoid-mediated diabetogenic effects: towards expansion of therapeutic options? *Eur J Clin Invest* 39:81–93, 2009.
27. Van Raalte DH, Nofrate V, Bunck MC, Van Lersel T, Nasander UK, Heine RJ, Mari A, Dokter WHA, Diamant M: Acute an 2-week exposure to prednisolone impair different aspects of beta-cell function in healthy men. *Eur J Endocrinol* 162:729–735, 2010.
28. Mora PF: Post-transplantation diabetes mellitus. *Am J Med Sci* 329:86–94, 2005.
29. Johnston O, Rose CL, Webster AC, Gill JS: Sirolimus is associated with new-onset diabetes in kidney transplant recipients. *J Am Soc Nephrol* 19:1411–1418, 2008.
30. Dumler F, Kilates C: Metabolic and nutritional complications of renal transplantation. *J Ren Nutr* 17:97–102, 2007.
31. Bernal-Mizrachi E, Cras-Méneur C, Ye BR, Johnson JD, Permutt MA: Transgenic overexpression of active calcineurin in betacells results in decreased beta-cell mass and hyperglycemia. *PLoS One* 5:e11969, 2010 (DOI: 10.1371/journal.pone.0011969).
32. Panel on Antiretroviral Guidelines for Adults and Adolescents: Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1-infected adults and adolescents [article online]. Available from <http://www.aidsinfo.nih.gov/ContentFiles/AdultandAdolescentGL.pdf>. Accessed 22 April 2011.
33. Mulligan K, Grunfield C, Tai VW, Algren H, Pang M, Chernoff DN, Lo JC, Schambelan M: Hyperlipidemia and insulin resistance are induced by protease inhibitors independent of changes in body composition in patients with HIV infection. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviro* 23:35–43, 2000.
34. Vyas AK, Koster JC, Tzekov A, Hruz PW: Effects of the HIV protease inhibitor ritonavir on GLUT4 knock-out mice. *J Biol Chem* 285:36395–36400, 2010.
35. American Diabetes Association, American Psychiatric Association, American Association of Clinical Endocrinologists, North American Association for the Study of Obesity: Consensus development conference on antipsychotic drugs and obesity and diabetes. *Diabetes Care* 27:596–601, 2004.
36. Goldberg PA: Comprehensive management of post-transplant diabetes mellitus: from intensive care to home care. *Endocrinol Metab Clin North Am* 36:907–922, 2007.

Piśmiennictwo

1. Steinberg M: Clinical perspectives on motivational interviewing in diabetes care. *Diabetes Spectrum* 24:179–181, 2011.
2. Miller WR, Rollnick S: Why do people change? In *Motivational Interviewing* 2nd ed. New York, Guilford Press, 2002, p.3–12.
3. Lau DT, Nau DP: Oral antihyperglycemic medication nonadherence and subsequent hospitalization among individual with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 27:2149–2153, 2004.
4. Amrhein PC, Miller WR, Yahne CE, Palmer M, Fulcher L: Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *J Consult Clin Psychol* 71:862–878, 2003.
5. Slutsky AS, Hudson LD: Care of an unresponsive patient with a poor prognosis. *N Engl J Med* 360:527–331, 2009.
6. Butler C, Mason P, Rollnick S: Exchange information and reduce resistance: two ongoing tasks. In *Health Behavior Change*. Edinburgh, Scotland, Churchill Livingstone. 1999, p.105–129.