

Kliniczne perspektywy rozmów motywacyjnych w leczeniu cukrzycy

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 i w następnym artykule, który ukaże się w *Diabetes Spectrum* i *Diabetologii po Dyplomie*, zostaną przeanalizowane kliniczne aspekty wykorzystywania rozmów motywacyjnych w praktyce diabetologicznej.

W ciągu ostatnich 20 lat nastąpił znaczny rozwój w leczeniu i technologiach samodzielnego leczenia chorych na cukrzycę. W żadnym innym okresie od czasu wprowadzenia leczenia insuliną w latach 20. XX wieku nie dokonał się tak istotny postęp w leczeniu cukrzycy. Pomimo tych osiągnięć nadal istnieją spore niedostatki w zakresie jakości leczenia chorych na cukrzycę. Badania wykazały, że przeważająca większość chorych na cukrzycę nie stosuje się do zaleceń dotyczących kontroli glikemii, ciśnienia tętniczego i stężenia lipidów.^{1,2} Lekarze borykają się również z problemami dotyczącymi promowania zmian zachowań związanych z całym zakresem leczenia cukrzycy: aktywności fizycznej, diety, utraty masy ciała, systematycznego przyjmowania leków oraz wykorzystywania dobrze poznanych algorytmów wiążących samodzielne monitorowanie stężenia glukozy z przyjmowaniem leków i zmianami stylu życia.

My, klinicyści, cierpimy i doświadczamy frustracji, kiedy u naszych chorych na cukrzycę rozwijają się powikłania, które można było opóźnić lub im zapobiec przez poprawę współpracy pacjenta w leczeniu. Niewielu z nas przechodzi szkolenie przygotowujące do pozornie beznadziejnego zadania zmagania się z ambiwalencją, oporem, depresją i wypaleniem, stanami, których doświadczają wielu chorych na cukrzycę. Niewiele chorób wpływa na tak wiele aspektów życia jak cukrzyca.³

Od dziesięcioleci praktykuję medycynę rodzinną, a cukrzyca stanowi obiekt moich szczególnych zainteresowań. Po odbyciu dodatkowego szkolenia, kilka lat temu, przekształciłem moją praktykę tak, aby zajmować się wyłącznie leczeniem cukrzycy, a szczególnie behawioralnymi aspektami samodzielnego leczenia. Obecnie do popularyzacji mojej praktyki przyczyniają się inni lekarze kierujący do mnie chorych, z którymi mają trudności lub takich, którzy całkowicie zaniedbują samodzielne leczenie cukrzycy. W tym i następnym artykule, który zostanie opublikowany w kolejnym numerze *Diabetes Spectrum* i *Diabetologii po Dyplomie*, podzielę się możliwościami związanymi z prowadzeniem rozmów motywacyj-

nych. To oparte na współpracy podejście w leczeniu cukrzycy stwarza lekarzom, którzy chcą zmienić sposób postępowania z chorymi, możliwość niosącego większą satysfakcję i skuteczniejszego rozwiązywania większości trudnych problemów związanych z leczeniem cukrzycy, a szczególnie promowania wysiłku zmierzającego do poprawy samodzielnego leczenia.

Opisując rozwój techniki rozmów motywacyjnych, Miller i Rose⁴ przedstawiają wczesne doświadczenia Millera z lat 90. XX wieku, w których wykorzystywał on tę technikę jako skuteczną, nacechowaną empatią, metodę poradnictwa w uzależnieniu od alkoholu. W 1989 roku Miller spotkał Stephena Rollnicka i w 1991 roku napisali wspólnie pierwszy podręcznik opisujący to skuteczne podejście mające na celu poprawę wyników leczenia uzależnień.⁵ Od tego czasu rozmowy motywacyjne zaczęto stosować również jako podejście strategiczne mające pomóc osobom z zaburzeniami psychicznymi i przewlekłymi chorobami somatycznymi. Wykorzystywano je do zapobiegania zachowaniom dużego ryzyka. Były stosowane przez personel pracujący w wielu różnych krajach z osobami przebywającymi w więzieniach, na zwolnieniach warunkowych lub dozorowanymi przez sąd. W ramach tej strategii tworzy się bezpieczne warunki dla rozważenia zmiany. Wykorzystuje się również specyficzne techniki ukierunkowywania ludzi na osiąganie wyznaczonych przez nich celów.

Niektóre z dowodów badawczych na skuteczność rozmów motywacyjnych w leczeniu cukrzycy nie były jednoznaczne, co jednak nie wyklucza ich przydatności. Badania dotyczące interwencji behawioralnych są trudne. Takich interwencji nie można zastosować w przekrojowych badaniach z podwójnie ślepa próbą, które często wykorzystuje się przy ocenie leków. Uczestnicy badań klinicznych z łatwością rozpoznają zmiany w werbalnym i empatycznym podejściu do leczenia, co zaburza wykorzystywanie ślepej próby w badaniach dotyczących interwencji behawioralnych. Także uczestniczący w badaniach lekarze mogą dysponować różnymi umiejętnościami w stosowaniu interwencji eksperymentalnych. Zaprezentowane tutaj dane przemawiają za wykorzystywaniem tego silnie skoncentrowanego na chorym procesu pracy nad promowaniem odpowiednich zachowań.

Opisywanie pacjentom możliwych powikłań choroby, na którą cierpią, rzadko prowadzi do zmiany zachowania.⁶

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

Ludzie rzadko podejmują próbę zmiany w wyniku zastraszających technik podkreślania ich cierpienia w przyszłości, kiedy już są obciążeni cierpieniem i trudnościami w leczeniu cukrzycy, a także wyzwaniem w innych dziedzinach życia. Często również rezygnują z dążenia do zmian po wysłuchaniu wykładu lekarza prezentującego dane statystyczne lub suche fakty.

Lekarze wykorzystujący metodę rozmów motywacyjnych próbują stworzyć atmosferę pełną współczucia, dzięki czemu chorzy mogą zaangażować się w dyskusję, w której ujawnią swoje motywacje i plany zmian, jakich pragną dokonać. Proces inicjowania rozmowy o zmianach wpływa na używany przez chorego język, w którym pragnienia zmiany wykraczają poza stan obecny. Droga do zmian w zachowaniu może obejmować szersze zmiany stylu życia, w tym bieżących perspektyw, postrzegania siebie czy nawet podstawowych wartości.⁷ W miarę zwiększania się zaangażowania w rozmowę o zmianach rośnie również prawdopodobieństwo realnego dokonania tych zmian.⁸

Podczas rozmów motywacyjnych szanuje się autonomię jednostki. Sprowokowanie rozmowy o zmianach kieruje ludzi w stronę ich wyborów dotyczących inicjowania zmiany, w przeciwieństwie do ukierunkowania ich na to, co naszym zdaniem powinni robić. Dzięki temu to, co następuje po wizycie u lekarza, jest całkowicie zależne od decyzji podjętych przez samych chorych. Unikalne interakcje, do których dochodzi podczas rozmów motywacyjnych, wspierają chorych w „pisaniu recepty sobie samym” i wybieraniu spośród różnych dostępnych opcji.

Podstawowym elementem rozmów motywacyjnych jest zaangażowanie chorych w relację terapeutyczną. Bez zaangażowania chorego prowadzenie rozmów motywacyjnych nie jest możliwe. Omawianie przyczyn braku zaangażowania i obserwowanie własnego zachowania podczas naszych interwencji w duchu rozmów motywacyjnych sprzyja zaangażowaniu.

Transtheoretyczny model (TTM) zmian w zachowaniu łączy wiele psychologicznych teorii dotyczących zmian behawioralnych.⁹ Miller i Rollnick w 2009 roku podkreślali, że rozmowy motywacyjne nie opierają się na TTM.¹⁰ TTM po prostu ułatwia zrozumienie ciężkiej pracy i czasu, jakich ludzie potrzebują, aby dokonać zmian. Również świadomość etapów zmiany – fazy przed podjęciem rozważań, rozważań, przygotowawcza, działania i podtrzymująca – może pomóc w pokierowaniu strategiami zmierzającymi do zaangażowania się chorych.

Wielu pacjentów, z którymi się spotykamy, nie przychodzi, aby dyskutować o zmianie. Badania dotyczące TTM wykazały, że 92-96% uczestników planów zdrowotnych znajduje się w fazie przed podjęciem rozważań lub rozważań zmiany polegającej na rzuceniu palenia, zdrowszym odżywianiu czy zwiększeniu aktywności fizycznej.¹¹ Osoby w fazie przed podjęciem rozważań nie myślą o zmianach w zachowaniu. Osoby w fazie rozważań mogą myśleć o zmianie przez miesiące, zanim rozważą wszystkie za i przeciw decyzji, wobec której mają ambiwalentne odczucia. Zaangażowanie obejmuje pracę z ludźmi z wykorzystaniem podejścia, które uwzględnia, na jakim etapie continuum zmiany aktualnie się znajdują.

W fazie przed podjęciem rozważań chory preferuje aktualny stan i posługuje się, zgodnie z koncepcją rozmów mo-

tywacyjnych, językiem utrzymywania stanu rzeczy. Osoby mówiące takim językiem bardzo często przejawiają opór lub ignorują naleganie lekarza na zmianę. W dążeniu do zwiększenia zaangażowania można zastosować technikę pytań otwartych, dotyczących wcześniejszych doświadczeń pacjentów związanych z inicjowaniem korzystnych zmian w innych obszarach życia. Można to wykorzystać do wzmocnienia ich poczucia kompetencji w trudnym zadaniu przeprowadzania zmian. Poznanie planów pacjentów na przyszłość stwarza z kolei okazję do zadawania pytań spekulacyjnych. „Jak cukrzyca ma się do tych planów?” „Czy są jakieś problemy związane z cukrzycą, które mogłyby wpłynąć na te plany na przyszłość?” „Wiem, że nie jest pan zainteresowany aktywnością fizyczną i nie próbuję pana do tego zmuszać, ale czy mógłby pan pomyśleć o jakichkolwiek korzyściach wynikających z większej aktywności?”

Zmiana jest procesem i nie dokonuje się natychmiast. Może zająć miesiące lub lata. Dlatego największym problemem klinicznym w fazie przed podjęciem rozważań jest chęć chorych do odkładania decyzji na później. Należy zapewnić atmosferę współpracy, wzmacniać poczucie skuteczności i unikać takich argumentów za zmianą, które mogłyby zwiększać chęć odroczenia decyzji. Stałe zmaganie się z oporem jest integralnym elementem rozmów motywacyjnych. Dyskutowanie na temat zmian zachęca pacjentów do zachowań obronnych, które nie wpływają na poprawę samodzielnego leczenia, utrudniając proces zmian.

Charakterystyczną cechą fazy rozważań jest ambiwalencja. Trudności związane z podejmowaniem decyzji, która równoważyłaby wszystkie za i przeciw, mogą zahamować zmianę. Chociaż cenne jest zrozumienie barier (argumentów przeciw zmianie), to kierowanie fazą rozważań polega na sprowokowaniu rozmowy o zmianie w celu zwiększenia prawdopodobieństwa jej dokonania. Podobnie jak w innych fazach zmiany, posługiwanie się rozmowami motywacyjnymi obejmuje zmaganie się z oporem, zapewnianie empatii oraz kierowanie w atmosferze współpracy.

Jak na ironię, nasze pragnienie pomocy ludziom może zaburzać inicjowanie przez nich zdrowych zmian. W naszej chęci pomocy możemy uciec się do próby przekonania chorych do wprowadzenia zdrowszego stylu życia. Lekarze wpadają wtedy w pułapkę, określaną jako odruch poprawności, ponieważ pragną pomóc. Wielu z nas widywało częsty rezultat takiego podejścia. Osoby zakorzenione w ambiwalencji lub stanie faktycznym rzadko reagują na podawane im dobre powody, aby się zmienić. Uświadomienie sobie własnych reakcji podczas rozmowy może uwolnić nas od takiego odruchu poprawności.

Niektóre osoby przychodzą na spotkanie już przygotowane do zmian. „Mam problem z hipoglikemią między 3 a 4 rano. Bardzo martwi to mnie i mojego męża”. Taka pacjentka martwi się problemem i jest w stanie znaleźć jego rozwiązanie. Takim problemem należy zająć się bezpośrednio.

Osoby w takiej fazie przygotowawczej szukają sposobów, za pomocą których mogą dokonać zmian. Podstawą sukcesu jest opracowanie realistycznego, możliwego do przeprowadzenia planu. Również w takiej sytuacji można zastosować rozmowy motywacyjne. Zamiast dostarczać gotowe rozwiązania, możemy potwierdzić zaangażowanie i podejście do tego z perspektywy rzeczywiście skoncentrowanej na pa-

cyjencie. Zapytajmy chorą o pozwolenie: „Czy pozwoli Pani, jeśli omówimy niektóre możliwości radzenia sobie z tymi niepokojącymi spadkami?”. Pacjentka może wtedy potwierdzić swoje zaangażowanie, mówiąc „Tak”, co otwiera pole do współpracy. Kiedy dokona wyboru jakiejś możliwości, zyskuje poczucie, że to jej własna decyzja. Wzmacnia to poczucie własnej skuteczności i autonomii. Chora staje się ekspertem w wybieraniu nowych metod radzenia sobie z cukrzycą.

W przypadku osób mówiących o zmianach podstawowe znaczenie ma język zobowiązań. W przeciwieństwie do pragnień wyrażanych podczas rozmów o zmianie język zobowiązań wyraża gotowość do rozpoczęcia trudnego procesu dokonywania konkretnej zmiany. Istnieją ważne cechy zmian i języka zobowiązań, które pomagają lekarzom ocenić siłę chęci lub zobowiązania się do zmiany.

Porównaj siłę pragnienia aktywności fizycznej wyrażaną w podanych poniżej stwierdzeniach. „Mogę być w stanie przejść się 15-20 minut zamiast jechać samochodem do pracy”. „W przyszłości mam zamiar chodzić do pracy pieszo”. „Naprawdę potrzebuję ruchu w postaci chodzenia do pracy. Poczuję się dzięki temu lepiej”. Język zobowiązań ujawnia podobny zakres odczuć związanych z wprowadzaniem zmiany w życie. „Myślę, że mogę częściej oznaczać glukozę przed jedzeniem, abym mógł właściwie dawkować insulinę”. „Spróbuję częściej oznaczać glukozę przed jedzeniem, aby uniknąć wahań stężenia glukozy po posiłku”. „Kupiłem nowy glukometr, aby trzymać go w pracy, wtedy mój plan badania będzie skuteczniejszy”. Powyższe przykłady obrazują znaczenie uważnego słuchania, byśmy mogli skuteczniej pracować z ludźmi w procesie ich ukierunkowania. W pierwszych dwóch przykładach z obydwu serii potrzebne jest pogłębienie współpracy, zanim dojdzie do zmiany. Badania potwierdzają, że im dobitniejszy język zobowiązań, tym większy odsetek powodzeń w inicjowaniu zmian behawioralnych.¹²

Miller powiedział: „Technika rozmów motywacyjnych jest bardzo prosta, ale nauczenie się jej nie jest łatwe” (Miller WR, obserwacje niepublikowane, 27 października 2010 roku). Perspektywa rozmów motywacyjnych stwarza możliwość lepszego zrozumienia, w jaki sposób to podejście do leczenia może funkcjonować w codziennej praktyce klinicz-

nej. W następnym artykule uważniej przyjrzymy się niektórym umiejętnościom potrzebnym do prowadzenia rozmów motywacyjnych, opiszemy niektóre strategie radzenia sobie z oporem i omówimy sposoby, dzięki którym zainteresowani lekarze mogą zyskać umiejętność wykorzystywania tej strategii w swojej praktyce.

Diabetes Spectrum, Vol. 24, No. 3, 2011, p. 179. Clinical Perspectives on Motivational Interviewing in Diabetes Care.

Podziękowania

Autor pragnie podziękować Michaelowi Fulopowi, PsyD, za przejrzanie tego artykułu i pomoc w jego zredagowaniu.

Piśmiennictwo

1. Saydah SH, Franklin J, Cowie CC: Poor control of vascular risk factors among adults with previously diagnosed diabetes. *JAMA* 291:336-342, 2004
2. McGlynn EA, Asch SM, Adams J, Keesey J, Hicks J, DeCristofaro A, Kerr EA: The quality of health care delivered to adults in the United States. *N Engl J Med* 348:2635-2645, 2003
3. Rubin RR: Facilitating self-care in people with diabetes. *Diabetes Spectrum* 14:55-57, 2001
4. Miller WR, Rose GS: Toward a theory of motivational interviewing. *Amer Psychol* 64:527-537, 2009
5. Miller WR, Rollnick S: *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. New York, Guilford Press, 1991
6. Marteau TM, French DP, Griffin SJ, Prevost AT, Sutton S, Watkinson C, Attwood S, Hollands GJ: Effects of communicating DNA-based disease risk estimates on risk-reducing behaviors. *Cochrane Database Sys Rev* CD007275, 2010
7. Wagner CC, Ingersoll KS: Beyond behavior: eliciting broader change with motivational interviewing. *J Clin Psychol* 65:1180-1194, 2009
8. Magill M, Apodaca TR, Barnett NP, Monti PM: The route to change: within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *J Subst Abuse Treat* 38:299-305, 2010
9. Prochaska JO, Velicer WF: The Transtheoretical Model of health behavior change. *Am J Health Promot* 12:38-48, 1997
10. Miller WR, Rollnick S: Ten things that motivational interviewing is not. *Behav Cogn Psychother* 37:129-140, 2009
11. O'Connor PJ, Rush WA, Prochaska JO, Pronk NP, Boyle RG: Professional advice and readiness to change behavioral risk factors among members of a managed care organization. *Am J Manag Care* 7:125-130, 2001
12. 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

ciąg dalszy piśmiennictwa ze str. 28

10. Bowman SA: Television-viewing characteristics of adults: correlations to eating practices and overweight and health status. *Prev Chronic Dis* 3:A38, 2006
11. Gore SA, Foster JA, DiLillo VG, Kirk K, Smith West D: Television viewing and snacking. *Eat Behav* 4:399-405, 2003
12. Stahl CE, Necheles JW, Mayefsky JH, Wright LK, Rankin KM: 5-4-3-2-1 go! Coordinating pediatric resident education and community health promotion to address the obesity epidemic in children and youth. *Clin Pediatr (Phila)* 50:215-224, 2011
13. Whaley SE, McGregor S, Jiang L, Gomez J, Harrison G, Jenks E: A WIC-based intervention to prevent early childhood overweight. *J Nutr Educ Behav* 42 (Suppl. 3):S47-S51, 2010
14. Foster JA, Gore SA, West DS: Altering TV viewing habits: an unexplored strategy for adult obesity intervention? *Am J Health Behav* 30:3-14, 2006

15. Maniccia DM, Davison KK, Marshall SJ, Manganello JA, Dennison BA: A meta-analysis of interventions that target children's screen time for reduction. *Pediatrics* 128:e193-e210, 2011
16. Gortmaker SL, Peterson K, Wiecha J, Dixit S, Fox MK, Laird N: Reducing obesity via a school-based interdisciplinary intervention among youth: *Planet Health*. *Arch Pediatr Adolesc Med* 153:409-418, 1999
17. Escobar-Chaves SL, Markham CM, Addy RC, Greisinger A, Murray NG, Brehm B: The Fun Families Study: intervention to reduce children's TV viewing. *Obesity (Silver Spring)* 18 (Suppl. 1):S99-S101, 2010
18. Epstein LH, Valoski AM, Vara LS, McCurley J, Wisniewski L, Kalarichian MA, Klein KR, Shrager LR: Effects of decreasing sedentary behavior and increasing activity on weight change in obese children. *Health Psychol* 14:109-115, 1995