



## Η ΚΙΝΗΤΟΠΟΙΗΤΙΚΗ ΣΥΝΕΝΤΕΥΞΗ ΣΤΗ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΔΙΑΤΑΡΑΧΕΣ ΧΡΗΣΗΣ ΑΛΚΟΟΛ

Κυζιρίδης Θ. Χ.<sup>1</sup>, Διακογιάννης Ι. Α.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Ψυχίατρος, Επιμελητής Β΄ ΕΣΥ, Γ΄ Ψυχιατρική κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ ΑΧΕΠΑ

<sup>2</sup>Καθηγητής Ψυχιατρικής-Ψυχιατρικής Εξαρτήσεων Ιατρικού τμήματος ΑΠΘ, Διευθυντής, Α΄ Ψυχιατρική κλινική ΑΠΘ, ΠΓΝΘ «Παπαγεωργίου»

### ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Οι διαταραχές χρήσης αλκοόλ αποτελούν συχνό πρόβλημα με σημαντικές αρνητικές επιπτώσεις και η αντιμετώπισή τους βασίζεται σε μεγάλο βαθμό στη μακροχρόνια ψυχοθεραπεία. Η κινητοποιητική συνέντευξη άρχισε να περιγράφεται το 1983 και σταδιακά εδραιώθηκε ως μία βραχεία, δομημένη παρέμβαση με στόχο αρχικά ασθενείς με προβληματική χρήση αλκοόλ. Από τότε έχουν προστεθεί πολλά νέα δεδομένα αλλά οι αρχές και η αξία της κινητοποιητικής προσέγγισης παρέμειναν αμετάβλητες: η προσεκτική ακρόαση, η ενσυναίσθηση και ο σεβασμός στην προσωπικότητα και στις επιθυμίες του ασθενούς σε μία προσπάθεια να κατανοήσει την επιβλαβή συμπεριφορά, να κινητοποιηθεί για να την αποδεχθεί και να την αλλάξει.

Η απουσία κινητοποίησης του ασθενούς είναι ένα σημαντικό εμπόδιο στην αλλαγή που καλείται να κάνει στη ζωή του. Αυτή η μέθοδος στοχεύει στο να ενισχύσει την κινητοποίηση για την αλλαγή, την παραμονή στη θεραπεία και την τήρηση των ιατρικών οδηγιών. Η κινητοποιητική προσέγγιση προσπαθεί να βοηθήσει τον ασθενή να κατανοήσει και να δεχθεί την απαιτούμενη αλλαγή στη ζωή του.

Περιγράφουμε τις βασικές αρχές, το πνεύμα και τις τεχνικές της κινητοποιητικής προσέγγισης. Αναφερόμαστε κατά κύριο λόγο στην άσκηση της σε ατομικό πλαίσιο αλλά κάνουμε βραχείες αναφορές τόσο στην εφαρμογή της σε ομαδικό ψυχοθεραπευτικό πλαίσιο όσο και σε ασθενείς με διπλή διάγνωση που αποτελούν συχνό φαινόμενο στην ψυχιατρική των εξαρτήσεων.

**Λέξεις κλειδιά:** Διαταραχές χρήσης αλκοόλ, Κινητοποίηση, Κινητοποιητική συνέντευξη, Ψυχοθεραπεία αλκοολισμού

# INTERSCIENTIFIC HEALTH CARE



## MOTIVATIONAL INTERVIEWING IN THE MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ALCOHOL USE DISORDERS

Kyziridis Th. Ch.<sup>1</sup>, Diakogiannis I. A.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Consultant Psychiatrist, 3<sup>rd</sup> Department of Psychiatry, ATh, AHEPA University Hospital of Thessaloniki

<sup>2</sup>Professor of Psychiatry & Addiction Psychiatry, ATh Medical School, Head, 1<sup>st</sup> Department of Psychiatry, ATh, Papageorgiou Hospital of Thessaloniki

### ABSTRACT

Alcohol use disorders are common disorders that have serious negative implications and their treatment is based mainly upon long-term psychotherapy. The first description of motivational interviewing took place in 1983 and gradually found its own place as a brief, structured intervention aiming, at that time, towards people with harmful alcohol use. Since then, many new data have been added but the principles and the clinical value of motivational approach have remained stable: careful listening, empathy and respect for the personality and the preferences of the patient in his attempt to understand the harmful behavior, to motivate himself in order to accept it and to change it.

Lack of motivation of the patient is a relevant obstacle for the change he has to do in his life. This method aims at empowering the motivation for change, of staying in the therapeutic program and of adhering to medical advice. Motivational approach aims at helping patients to understand and accept the important change in their lives.

We describe the basic principles, the spirit and the techniques of motivational approach. We mainly refer to the application of this method in individual context, but we also make a brief report concerning its application in group therapeutic sessions and in dual diagnosis patients who are a common phenomenon in addiction psychiatry.

**Keywords:** Alcohol use disorders, Motivation, Motivational interviewing, Psychotherapy for alcoholism

*‘You can lead a horse to water, but you can’t make it drink’*

*Things do not change: We change.*  
—Henry David Thoreau

## ΑΝΤΙ ΠΡΟΛΟΓΟΥ

Οι διαταραχές χρήσης αλκοόλ αποτελούν ένα συχνό πρόβλημα στην ψυχιατρική των εξαρτήσεων και η απάντηση στην αιτία τους δεν μπορεί να είναι μονοσήμαντη: περιλαμβάνει την αλληλεπίδραση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων (Mitcheson et al., 2010; Orford, 2001; Wanigarante, 2006). Η εξάρτηση από το αλκοόλ μπορεί να ειδωθεί ως ένα πρόβλημα κινητοποίησης (Heather, 1992), η οποία, σαν έννοια, έχει διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην ιστορία της ψυχολογίας (Cofer & Arpley, 1964; Petri & Govern, 2012). Με αυτό, αναφερόμαστε στις εξαρτήσεις ως φαινόμενα με πανίσχυρες και συχνά αντιφατικές πηγές ενίσχυσης (Meyers & Smith, 1995; Miller, 2006).

Ο Miller (Miller, 1985) διατύπωσε την άποψη ότι η κινητοποίηση είναι μία δυναμική έννοια και όχι ένα στοιχείο προσωπικότητας που θα μπορούσε να καθιστά τα άτομα ευάλωτα. Αυτή η διάχυτη άποψη, που δεν βασιζόταν σε ισχυρά δεδομένα, οδήγησε στην υιοθέτηση ενός τρόπου αντιμετώπισης της άρνησης των ασθενών με έντονη απευθείας αντιπαράθεση (confrontation), η οποία όμως απεδείχθη αναποτελεσματική ή ακόμη και επιβλαβής (Janzen, 2001; White & Miller, 2007). Πράγματι, συχνά, κατά την επαφή τους με αυτούς τους ασθενείς, οι επαγγελματίες υγείας θυμώνουν έντονα με τη συμπεριφορά τους και αυτό οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο με συνέπεια οι ασθενείς να μην λαμβάνουν την απαιτούμενη φροντίδα.

Το παραδοσιακό μοντέλο κινητοποίησης σε άτομα με προβληματική χρήση αλκοόλ αποδίδει όλες σχεδόν τις κινητοποιητικές ιδιότητες στην προσωπικότητα του ατόμου και όλους τους τύπους αποτυχίας (αποτυχία του ασθενούς να εμπλακεί ή να παραμείνει στη θεραπεία, να τηρήσει τις θεραπευτικές οδηγίες ή να επιτύχει αίσια θεραπευτική έκβαση) κατά τη θεραπευτική προσπάθεια σε αυτές τις ιδιότητες. Στα πλαίσια αυτού του μοντέλου ο ασθενής βρίσκεται σε δυσχερή θέση (Miller, 1983). Γενικότερα μιλώντας, οι τεχνικές κινητοποιητικής

ενίσχυσης βοηθούν τους συμμετέχοντες να ξεκινήσουν να σκέφτονται γύρω από την αλλαγή μίας συμπεριφοράς (Barnett et al., 2004).

## Κινητοποίηση

Έχει σημασία να κατανοήσει κάποιος τι κινητοποιεί τους ασθενείς να κάνουν κατάχρηση αλκοόλ, τι νιώθουν ότι τους προσφέρει αλλά και τι τους κινητοποίησε να ζητήσουν βοήθεια, δίνοντας έμφαση στο πως και γιατί αυτοί οι άνθρωποι αλλάζουν και πως οι θεραπευτές μπορούν να τους βοηθήσουν σε αυτό το πλαίσιο (Engle & Arkowitz, 2006; Miller, 1985).

Η κινητοποίηση ενός ανθρώπου για αλλαγή και η εφαρμογή της αλλαγής στην πράξη επηρεάζονται τόσο από εξωτερικούς όσο και από εσωτερικούς παράγοντες (Cunningham et al., 1994). Πρόκειται για μία πολύ σημαντική παράμετρο που επηρεάζει την αναζήτηση, την εφαρμογή και την τήρηση της θεραπείας για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού (DiClemente & Scott, 1997). Υπό μία αντίστοιχη έννοια, τα εσωτερικά, σε αντιδιαστολή προς τα εξωτερικά, κίνητρα φαίνεται να σχετίζονται με αλλαγές στη συμπεριφορά που διαρκούν περισσότερο (Deci & Ryan, 1985; Krampen, 1989; Ryan et al., 1995).

## Κινητοποιητική συνέντευξη

Οι συζητήσεις μεταξύ ενός θεραπευτή και του θεραπευόμενου που έχουν ως στόχο τη βοήθεια του δεύτερου από τον πρώτο μπορούν να ειδωθούν στα πλαίσια ενός συνεχούς: στο ένα άκρο βρίσκεται ο κατευθυντικός τρόπος. Σε αυτόν, ο θεραπευτής κατευθύνει ή υποδεικνύει στον θεραπευόμενο τι να κάνει και πως να το κάνει και ο θεραπευόμενος υπακούει στις οδηγίες που του δίνονται («Γνωρίζω τι είναι αυτό που πρέπει να κάνεις για να σταματήσεις το αλκοόλ και τον τρόπο για να το κάνεις»). Στο αντίθετο άκρο βρίσκεται ένας διαφορετικός τρόπος: ο θεραπευτής ακούει με προσοχή, σέβεται απόλυτα την

επιθυμία ή την απόφαση του θεραπευόμενου και προσπαθεί να βοηθήσει σε αυτό. Αυτός ο τρόπος εφαρμόζεται σύμφωνα με τις αρχές της επικεντρωμένης στον ασθενή-πελάτη προσέγγισης κατά τον Rogers. Στη μέση βρίσκεται ένας άλλος τρόπος, στον οποίο βασίζεται η κινητοποιητική συνέντευξη (Douaihy, Kelly & Gold, 2014; Miller & Rollnick, 2013).

Η κινητοποιητική συνέντευξη, που έχει περιγραφεί ως ένας τρόπος άσκησης συμβουλευτικής (Rollnick & Miller, 1995), δανείζεται στον πυρήνα της αρκετά χαρακτηριστικά από την ανθρωπιστική θεωρία του Rogers (Rogers, 1957), σύμφωνα με την οποία ένα εσωτερικό κίνητρο ωθεί τους ανθρώπους να λειτουργήσουν προς την κατεύθυνση του τι είναι επωφελές για αυτούς. Αποτελεί μία μορφή επιδέξιας επικοινωνίας που στοχεύει στην ενίσχυση της εσωτερικής κινητοποίησης για αλλαγή (Miller & Rollnick, 1986).

Σε αντίθεση με την ανθρωπιστική θεωρία (Rogers, 1961), η κινητοποιητική συνέντευξη κατευθύνει τον ασθενή προς την προσπάθεια της αλλαγής (Miller & Rollnick, 2002-2009) βελτιώνοντας τις συνθήκες εκείνες που θα κάνουν τον ασθενή ικανό, έτοιμο και πρόθυμο να αποδεχθεί την αλλαγή (Rollnick, Miller & Butler, 2008). Είναι περισσότερο στοχοκατευθυνόμενη και τείνει προς ένα ξεκάθαρο, θετικό αποτέλεσμα όσον αφορά την αλλαγή της συμπεριφοράς (Douaihy, Kelly & Gold, 2014).

Η κινητοποιητική συνέντευξη προσπαθεί να εκμαιεύσει από τον αλκοολικό ασθενή τους λόγους για αλλαγή: δεν προσπαθεί να πείσει τον ασθενή ότι είναι αναγκαία (Miller & Rollnick, 2002). Ο στόχος της είναι διττός: αφενός να αυξήσει τη σημασία που έχει η αλλαγή της συμπεριφοράς του ασθενούς και αφετέρου να ενδυναμώσει την εμπιστοσύνη του ασθενούς ότι αυτή η αλλαγή μπορεί να επιτευχθεί (Treasure, 2004). Για αυτό τον λόγο, απαραίτητη προϋπόθεση για την ψυχολογική απεξάρτηση είναι ο αλκοολικός ασθενής να συνειδητοποιήσει και να αποδεχθεί το πρόβλημα έτσι ώστε να αρχίσει να εργάζεται πάνω στους λόγους για τους οποίους είναι απαραίτητη η αλλαγή.

Η κινητοποιητική συνέντευξη δεν είναι μία απλή αλληλουχία βημάτων με ερωτήσεις που στοχεύουν στην αλλαγή μιας συμπεριφοράς ή μία κατάσταση όπου ο θεραπευόμενος αφήνεται τελείως ελεύθερος χωρίς

στρατηγικό σχεδιασμό για το πως να προχωρήσει και δεν αποτελεί πανάκεια για όλα τα προβλήματα. Απαιτεί υψηλές δεξιότητες για το πως να ακούμε αυτόν που προσπαθούμε να βοηθήσουμε. Πρόκειται για μία συζήτηση γύρω από την αλλαγή, βραχείας διάρκειας ή περισσότερο παρατεταμένη, σε διάφορα πλαίσια, ατομικά ή ομαδικά, που προσπαθεί να καθοδηγήσει παρά να κατευθύνει και έχει σαν στόχο την ενίσχυση της κινητοποίησης του ατόμου που προσπαθούμε να βοηθήσουμε. Είναι σχεδιασμένη για να ενισχύει την προσωπική κινητοποίηση και τη δέσμευση για αλλαγή εκμαιεύοντας και διερευνώντας τους λόγους που το ίδιο το άτομο έχει για να αλλάξει και όλα αυτά γίνονται μέσα σε μία ατμόσφαιρα αποδοχής, ενσυναίσθησης και απουσίας επικριτικής στάσης (Douaihy, Kelly & Gold, 2014; Miller & Rollnick, 1991-2002-2009-2013).

Περιλαμβάνει θεραπευτικά στοιχεία που έχει αποδειχθεί πως είναι αποτελεσματικά συστατικά βραχέων παρεμβάσεων για την κατάχρηση ουσιών, όπως η ενσυναίσθηση, η ανατροφοδότηση και η αντιμετώπιση των εμποδίων στη θεραπεία (Bien et al., 1993). Πρόκειται για μία αποτελεσματική στρατηγική που αυξάνει την κινητοποίηση των ασθενών με αποτέλεσμα την αύξηση της παρακολούθησης θεραπευτικών προγραμμάτων και την ελάττωση της χρήσης ουσιών (Miller, 2000) και ορίζεται ως η επικεντρωμένη στον ασθενή, κατευθυντική μέθοδος ενίσχυσης της εσωτερικής κινητοποίησης για αλλαγή διερευνώντας την επίλυση της αμφιθυμίας σχετικά με την αλλαγή της συμπεριφοράς (Miller & Rollnick, 2002).

Ο ίδιος ο Miller αρχικά προέβη στην εννοιολογική σύλληψη της κινητοποιητικής συνέντευξης όχι ως μίας αναλυτικής ψυχοθεραπείας αλλά ως ενός εργαλείου που θα προετοίμαζε τον ασθενή για αλλαγή μέσω αντιμετώπισης του προβλήματος της αμφιθυμίας (Miller, 1983). Σήμερα, η κινητοποιητική συνέντευξη συχνά συνδυάζεται με άλλες θεραπευτικές μεθόδους, όπως τη γνωστική-συμπεριφορική θεραπεία: ο συνδυασμός με άλλες θεραπευτικές μεθόδους φαίνεται να έχει πιο διαρκή αποτελέσματα (Anton et al., 2006; Hettema, Steele & Miller, 2005; Longabaugh, Zweben, LoCastro & Miller, 2005).

## Βασικές αρχές κινητοποίησης

Αυτές περιλαμβάνουν (Miller, 1983):

- Την ελάττωση της έμφασης στη διαγνωστική ετικέτα του αλκοολικού.
- Την έμφαση στην ατομική ευθύνη.
- Την απόδοση της ευθύνης για την αλλαγή στον ασθενή.
- Την παροχή βοήθειας στον ασθενή ώστε να κατανοήσει ότι αυτό που είναι αυτή τη στιγμή δεν είναι αυτό που θα ήθελε να είναι και επομένως πρέπει να κινητοποιηθεί για να αλλάξει. Όταν βρισκόμαστε αντιμέτωποι με εσωτερικές διαμάχες (conflicts) τείνουμε να αλλάζουμε τον τρόπο της σκέψης μας (Douaihy, Kelly & Gold, 2014).

Στην κλινική πράξη διαπιστώνουμε ότι, σχεδόν πάντα, η διαγνωστική ετικέτα του αλκοολικού είναι τόσο αρνητικά φορτισμένη που οι ασθενείς αντιδρούν προβάλλοντας άμεσα μία πανίσχυρη άρνηση: «δεν είμαι αλκοολικός εγώ, μπορώ και το ελέγχω» ή «οι αλκοολικοί πίνουν από το πρωί που ξυπνάνε, εγώ πίνω μόνο με την παρέα μου τα μεσημέρια». Καθώς χρειαζόμαστε την απόλυτη συμμετοχή του ασθενούς για να επιτύχουμε κάποιο θεραπευτικό αποτέλεσμα η αποφυγή της διαγνωστικής ετικέτας είναι ένα πολύ χρήσιμο μέσο που θα μας βοηθήσει να ενισχύσουμε την κατανόηση του προβλήματος από τον ασθενή και, ταυτόχρονα, να μεταφέρουμε σε αυτόν την ευθύνη για την απόφαση της αλλαγής: το να υιοθετήσει τη συμπεριφορά που θα ήθελε πραγματικά να έχει (σε σχέση με τη χρήση του αλκοόλ).

## Ο χειρισμός της άρνησης/αντίστασης του ασθενούς

Η κλινική εμπειρία δείχνει ότι η αντίσταση ή άρνηση είναι ένας σχεδόν σταθερός αμυντικός μηχανισμός που υψώνεται σαν τείχος μεταξύ θεραπευτή και θεραπευόμενου και αποτελεί σημαντικό εμπόδιο στην επιτυχία της θεραπευτικής αντιμετώπισης. Ιστορικά, ο όρος αντίσταση έχει χρησιμοποιηθεί για να περιγράψει χαρακτηριστικά και συμπεριφορές των ασθενών με απροθυμία τήρησης των οδηγιών ή των προσδοκιών που έχουν από τους ασθενείς οι επαγγελματίες υγείας (Douaihy, Kelly & Gold, 2014).

Η άρνηση σε αυτές τις περιπτώσεις δεν είναι ένα πρότυπο ή χαρακτηριστικό της προσωπικότητας του ασθενή που παρατηρείται μέσα στα πλαίσια των λεκτικών αλληλεπιδράσεων θεραπευτή-θεραπευόμενου (Miller, 1983). Σε αντίθεση με αυτό, βασικό στοιχείο της κινητοποιητικής συνέντευξης είναι ότι μία ευγενική διαπραγμάτευση με τον ασθενή ενισχύει την κινητοποίησή του για αλλαγή και τον βοηθά να κατανοήσει τα οφέλη και τις απώλειες (Treasure, 2004).

Το να προσπαθήσει κάποιος να κάνει τον αλκοολικό ασθενή να εκφραστεί λεκτικά και να μιλήσει για τη σημασία της διακοπής χρήσης αλκοόλ βοηθά να κατευθύνει τη γνώμη του προς αυτή την κατεύθυνση: όπως όλοι μας, ο αλκοολικός ασθενής μαθαίνει ακούγοντας τον εαυτό του (Bem, 1967-1972). Η τάση που έχουμε ως θεραπευτές είναι, όταν κατευθύνουμε τον αλκοολικό ασθενή προς την πραγματικότητα των προβλημάτων που προκαλεί η ουσία και συναντούμε την άρνηση ή την αντίσταση από αυτόν, να θυμώνουμε και να εντείνουμε ακόμη περισσότερο την προσπάθειά μας συνήθως μέσω απευθείας αντιπαράθεσης: αυτό απλά μας αφήνει την αίσθηση ότι οι εξαρτημένοι ασθενείς είναι ανώριμοι και μόνιμα σε άρνηση (Carr, 2011).

Πρόκειται για κάτι που προκαλεί αρνητικά αντιμεταβιβαστικά συναισθήματα στους θεραπευτές οι οποίοι, πολλές φορές, απορρίπτουν ή θυμώνουν έντονα με αυτούς τους ασθενείς. Από τη μία πλευρά βλέπουν έναν άνθρωπο με σοβαρά σωματικά και ψυχικά προβλήματα, δυσλειτουργία σε ατομικό, οικογενειακό και επαγγελματικό επίπεδο εξαιτίας του αλκοόλ, και θεωρούν αδιανόητο το να ακούνε συχνά από αυτούς τους ασθενείς φράσεις όπως: «δεν έχω πρόβλημα με το αλκοόλ», «δεν είμαι αλκοολικός», «όλοι πίνουν» ή «μπορώ και το ελέγχω». Για να μπορέσει να υπερνικήσει κάποιος την αντίστασή τους πρέπει να είναι προετοιμασμένος για μια μακρά διεργασία ενσυναισθητικής κατανόησης που θα αποφεύγει την απευθείας αντιπαράθεση με τον ασθενή, ευγενικά αλλά σταθερά. Η αμφιθυμία του ασθενούς για αλλαγή είναι επίσης ένα ακόμη σημαντικό εμπόδιο.

Δύο μορφές αντίστασης μπορούν να αποτρέψουν ή να επιβραδύνουν την αλλαγή στη συμπεριφορά. Η πρώτη σχετίζεται με το πρόβλημα που υπάρχει (δηλαδή, τον αλκοολισμό) και η δεύτερη με τη σχέση θεραπευτή-

θεραπευόμενου (Treasure, 2004). Άτομα επιρρεπή και στους δύο τύπους αντίστασης είναι αυτοί με υψηλά επίπεδα θυμού, επιθετικότητας, παρορμητικότητας, αποφυγής και ανάγκης για έλεγχο (Treasure, 2004) με την αντίσταση, που χαρακτηρίζεται από θυμό ή αμυντική στάση, να αποτελεί πτωχό προγνωστικό παράγοντα της θεραπείας (Beutler et al., 2002).

Η αντίσταση μπορεί να επηρεαστεί άμεσα από τη συμπεριφορά του θεραπευτή και αυτή η επίδραση μπορεί να είναι θετική ή αρνητική (Miller & Sovereign, 1989; Moyers et al., 2007; Patterson & Forgatch, 1985). Συχνά οι θεραπευτές, ιδιαίτερα οι πιο άπειροι σε θέματα εξαρτήσεων, θυμώνουν όταν ακούν τους αλκοολικούς ασθενείς να ισχυρίζονται ότι δεν έχουν κανένα πρόβλημα αλλά δεν μπορούν να καταλάβουν ότι πίσω από όλο αυτό κρύβονται η αντίσταση και η άρνηση του ασθενούς. Προσπαθώντας, ανεπιτυχώς, να τους πείσουν ότι είναι άρρωστοι και ότι πρέπει να αλλάξουν πετυχαίνουν μόνο να αυξήσουν την αντίσταση των ασθενών.

### **Έννοια και περιεχόμενο της κινητοποιητικής συνέντευξης**

Η κινητοποιητική συνέντευξη συνδυάζει στοιχεία, όπως είναι η εγγύτητα με τον ασθενή, η ενσυναίσθητική κατανόηση, η εστιασμένη ακρόαση σε αυτά που λέει ο ασθενής, και ο αντικατοπτρισμός τους που δείχνει ότι γίνεται κατανοητός από τον θεραπευτή (Treasure, 2004). Τρεις βασικές επικοινωνιακές δεξιότητες κατά την εφαρμογή της κινητοποιητικής συνέντευξης είναι η παροχή πληροφοριών (γύρω από το πρόβλημα του ασθενούς), οι ερωτήσεις (που έχουν σαν στόχο την κατανόηση του προβλήματος του ασθενούς) και η ακρόαση (όχι απλά το να ακούει κάποιος αλλά το να δείχνει ότι προσπαθεί να κατανοήσει και να συμμετέχει ενεργά στη θεραπευτική σχέση με τον ασθενή) (Douaihy, Kelly & Gold, 2014).

Οι τεχνικές κινητοποιητικής συνέντευξης μπορούν να διαιρεθούν σε δύο κατηγορίες: στις μικροδεξιότητες (ανοιχτές ερωτήσεις, κατοπτρική ακρόαση, επιβεβαίωση, σύνοψη) και στις στρατηγικές που είναι αυξανόμενα κατευθυντικές προς την κατεύθυνση της οικοδόμησης εσωτερικού κινήτρου για αλλαγή, ιδιαίτερα όταν δεν επαρκούν οι μικροδεξιότητες (Martino et al., 2002).

Οι στρατηγικές της κινητοποιητικής συνέντευξης περιλαμβάνουν (Miller, 1983):

- Την επιβεβαίωση του ασθενούς και της προσπάθειάς του, μέσω της κατοπτρικής ακρόασης και της ενσυναίσθησης, προς την ενίσχυση της αυτο-εκτίμησης και της αυτο-επάρκειας. Σύμφωνα με τη θεωρία της αυτο-επάρκειας, του Bandura, όσο πιο πολύ πιστεύει κάποιος στις ικανότητές του ότι θα καταφέρει κάτι τόσο πιο πιθανό είναι να επιχειρήσει τη συμπεριφορά που θα τον βοηθήσει σε κάτι τέτοιο (Douaihy, Kelly & Gold, 2014).
- Τη χρήση της αντανάκλασης με στόχο να ενισχυθούν οι υγιείς ψυχικές δυνάμεις του ασθενούς και η απόφασή του για αλλαγή αλλά και να προκληθεί μία μορφή αναδόμησης των λεγομένων του ασθενούς ώστε να ειπωθούν από άλλη οπτική γωνία.
- Την αύξηση της επίγνωσης του ασθενούς γύρω από το πρόβλημά του ώστε να το κατανοήσει ο ίδιος και να εργαστεί πάνω σε αυτό και όχι να γίνει παθητικός αποδέκτης της όποιας βοήθειας. Αυτό επιτυγχάνεται μέσω της έκλυσης δηλώσεων ή φράσεων από τον ασθενή που δείχνουν ότι έχει αποκτήσει την κινητοποίηση που χρειάζεται για να εργαστεί πάνω στο πρόβλημα της χρήσης αλκοόλ ή, ακόμη και της χρήσης απευθείας αντιπαράθεσης με μοναδικό στόχο όμως την προσπάθεια κατανόησης του προβλήματος από τον ασθενή.

Αυτό που προσπαθεί να κάνει η κινητοποιητική συνέντευξη είναι να ωθήσει τον αλκοολικό ασθενή από τα αρχικά στα τελικά στάδια της αλλαγής, όπως αυτά αποτυπώνονται στο διαθεωρητικό μοντέλο (ή μοντέλο των σταδίων αλλαγής) των Prochaska και DiClemente (Prochaska & DiClemente, 1982). Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, που βασίστηκε αρχικά σε παρατηρήσεις από μωλων που είχαν κατορθώσει να απεξαρτηθούν από τη νικοτίνη, η αλλαγή συμβαίνει σε ένα συνεχές με τον ασθενή να διέρχεται μέσα από μία σειρά σταδίων καθώς ο καθένας διαφέρει όσον αφορά την ετοιμότητά του για αλλαγή (Douaihy, Kelly & Gold, 2014).

Μάλιστα, στα πλαίσια αυτού του μοντέλου (Prochaska & Norcross, 2013), η αμφιθυμία, συχνό και έντονο φαινόμενο στους αλκοολικούς ασθενείς,

αποτελεί ένα στάδιο μετάβασης προς τα εμπρός. Η αμφιθυμία είναι ένα φυσιολογικό τμήμα στη διαδικασία της αλλαγής (DiClemente, 2003; Engle & Arkowitz, 2006): η «κακή» συμπεριφορά (κατάχρηση αλκοόλ) είναι ελκυστική επειδή έχει «ενσωματωθεί», αποτελεί κομμάτι της ζωής του ασθενούς από το οποίο αντλεί ικανοποίηση (Douaihy, Kelly & Gold, 2014). Επομένως, πρέπει να βοηθήσουμε πρώτα τον ασθενή να καταλάβει τι είναι αυτό που του προσφέρει το αλκοόλ και τι είναι αυτό που θα στερηθεί με τη διακοπή του. Το άγχος για το άγνωστο που ενυπάρχει σε μία ενδεχόμενη ζωή δίχως αλκοόλ είναι τόσο έντονο που κρατά δέσμιο τον ασθενή σε μια ζωή με αλκοόλ και με όλες τις συνέπειες που έχει η εξάρτηση από αυτό.

Η διαχείριση της αμφιθυμίας του ασθενούς επιτυγχάνεται μέσα από μια σειρά συστατικών (Miller & Rollnick, 1991), που περιλαμβάνουν:

- Έκφραση ενσυναίσθησης και κατοπτρική ακρόαση: η καλή ενσυναίσθηση είναι συστατικό-κλειδί της κινητοποιητικής συνέντευξης από την αρχή και συνδέεται με τη θεραπευτική αποτελεσματικότητα (Miller, 1983; Moyers & Miller, 2013). Η εξαιρετική δεξιότητα της κατοπτρικής ακρόασης, είτε ονομάζεται εξαιρετική ενσυναίσθηση (Rogers, 1965) ή ενεργητική ακρόαση (Gordon, 1970; Gordon & Edwards, 1997) αποτελεί ακρογωνιαίο λίθο για την επιτυχή άσκηση της επικεντρωμένης στον ασθενή συμβουλευτικής (Miller & Rollnick, 2013).
- Σαφή διαχωρισμό στόχων ή αξιών ασθενούς και τρέχουσας προβληματικής συμπεριφοράς. Αυτό σημαίνει ότι διακρίνουμε σαφώς τα υγιή στοιχεία, τις ιδιότητες και τις δυνατότητες που έχει ο ασθενής κάνοντας τη διάκριση από την προβληματική χρήση αλκοόλ, που αποτελεί την τωρινή κατάσταση: «μπορεί να είσαι ο καλύτερος στη δουλειά σου, αλλά φαίνεται ότι είναι πολύ δύσκολο για εσένα να μπορείς να χειριστείς με ασφάλεια τη χρήση του αλκοόλ».
- Αποφυγή διαφωνιών και άμεσης αντιπαράθεσης.
- Καλό χειρισμό της αντίστασης παρά απευθείας αντιπαράθεση.
- Υποστήριξη της αυτο-επάρκειας και της αισιοδοξίας για αλλαγή.

Οι βασικές αρχές της κινητοποιητικής συνέντευξης μπορούν να συνοψιστούν στο ακρωνύμιο RULE (Rollnick et al., 2008):

- ❖ R: *Resist the righting reflex*. Αναφέρεται στην τάση που έχουν οι θεραπευτές να προσπαθούν να διορθώσουν αμέσως προβλήματα στη ζωή των θεραπευόμενων. Αυτό το *αντανακλαστικό του να κάνουν το σωστό* είναι ένα χαρακτηριστικό που υπάρχει σε αρκετούς επαγγελματίες υγείας και αυτό ωθεί πολλούς ανθρώπους να ασχοληθούν με αυτά τα επαγγέλματα προσπαθώντας να βοηθήσουν τους άλλους ανθρώπους. Με άλλα λόγια, *righting reflex* είναι η επιθυμία μας να διορθώσουμε ότι βλέπουμε να μην πάει καλά με τους ανθρώπους και να τους κατευθύνουμε προς μία καλύτερη πορεία (Miller & Rollnick, 2013).
- ❖ U: *Understand your client's motivation*. Αυτό υπονοεί αφενός το να προσπαθήσουμε να δούμε αν υπάρχει κινητοποίηση και αφετέρου σε ποιο βαθμό υπάρχει. Επιπλέον, βοηθά στο να επικεντρώσουμε τις δυνάμεις μας στην ενίσχυση της. Η κατανόηση της κινητοποίησης του ασθενούς είναι συστατικό-κλειδί για την επιτυχή απεξάρτηση από το αλκοόλ.
- ❖ L: *Listen to your client*. Η τεχνική της ακρόασης είναι πολύ σημαντική και δείχνει τη διάθεση που έχουμε να ακούσουμε προσεκτικά τον ασθενή και να κατανοήσουμε με ενσυναίσθηση το τι σημαίνει για τον ίδιο η χρήση του αλκοόλ μέσα στο πλαίσιο της ζωής του.
- ❖ E: *Empower your client*. Η ενίσχυση της κινητοποίησης και των υγιών ψυχικών δυνάμεων του ασθενούς προς την κατεύθυνση της αλλαγής ενισχύει και την προσπάθεια του αλκοολικού ασθενούς για αλλαγή.

Από μία υγιή θεραπευτική σχέση είναι δυνατό να προκύψουν τουλάχιστον τρεις παράγοντες που μπορούν να ενισχύσουν την κινητοποίηση (Jackson, 2000-2003):

- Ένας θεραπευτής θερμός, με ενσυναίσθηση και αποδοχή του ασθενούς όπως είναι, τον βοηθά να απορρίψει την αρνητική πλευρά που έχει για τον εαυτό του και αυξάνει την αυτοπεποίθησή του. Αυτό βελτιώνει την ποιότητα της θεραπευτικής

σχέσης και αυξάνει την πιθανότητα της αλλαγής προς ένα υγιές φάσμα συμπεριφοράς.

- Η εργασία με αυτό τον τρόπο μπορεί να διευκολύνει τη βαθύτερη κατανόηση της σχέσης του ασθενούς με το αλκοόλ.
- Το προηγούμενο μπορεί να βοηθήσει τον ασθενή στην επίλυση της αμφιθυμίας γύρω από την αλλαγή χρήσης του αλκοόλ και της συμπεριφοράς που σχετίζεται με αυτή τη χρήση.

#### Οι τέσσερις διεργασίες της κινητοποιητικής συνέντευξης

Όπως και σε άλλες μορφές άσκησης συμβουλευτικής, υπάρχουν κάποιες βασικές διεργασίες που βρίσκονται στον πυρήνα της επιτυχημένης εφαρμογής της κινητοποιητικής συνέντευξης (Hill, 2009; Ivey, Ivey & Zalaquett, 2009; Miller & Rollnick, 2013). Περιλαμβάνουν τις ανοιχτές ερωτήσεις, την αποδοχή του ασθενούς, την κατοπτρική ακρόαση, την ανακεφαλαίωση, την παροχή πληροφοριών και συμβουλών.

#### Τέσσερις ζωτικές πλευρές του πνεύματος της κινητοποιητικής συνέντευξης

Περιλαμβάνουν τα εξής συστατικά στοιχεία (Douaihy, Kelly & Gold, 2014; Miller & Rollnick, 2013):

- 1) *Partnership (συμμετοχικότητα)*: πρόκειται για μία ισότιμη σχέση θεραπευτή-θεραπευόμενου που διαφοροποιείται από την κλασική σχέση ιατρού-ασθενή, κατά την οποία ο πρώτος λαμβάνει το ιστορικό, κάνει τις απαραίτητες εξετάσεις και αποφασίζει για τη θεραπευτική αντιμετώπιση. Η επικέντρωση γίνεται στην αλλαγή της συμπεριφοράς που ο ασθενής θέλει να επιτύχει. Η κλασική πατερναλιστική σχέση ιατρού-ασθενούς είναι πιθανό ότι θα εντείνει την αμφιθυμία του ασθενή προς την κατεύθυνση της συνέχισης της χρήσης αλκοόλ.
- 2) *Acceptance (αποδοχή)*: πρόκειται για την αποδοχή του προσώπου που έχουμε απέναντί μας και ζητά τη βοήθειά μας δίχως να θέτουμε όρους και προϋποθέσεις. Αυτό, βέβαια, δεν σημαίνει και αποδοχή της συμπεριφοράς του θεραπευόμενου (κατάχρηση αλκοόλ).

- 3) *Compassion (συμπόνια)*: πρόκειται για το συναίσθημα που κινητοποιείται από τον ψυχικό ή σωματικό πόνο του ασθενούς και δημιουργεί στον θεραπευτή την επιθυμία να δώσει ένα τέλος σε αυτό τον πόνο. Είναι το βασικό διακριτικό στοιχείο που χαρακτηρίζει μία θεραπευτική σχέση.
- 4) *Evocation*: πρόκειται για τη διεργασία κατά την οποία συλλέγονται πληροφορίες από τον ασθενή όχι μέσα από κλειστές ερωτήσεις, όπως συνήθως γίνεται στην ιατρική, αλλά μέσω της συνεργασίας με τον ασθενή ώστε να εκμαιεύσουμε και να ενδυναμώσουμε τα εσωτερικά του κίνητρα για αλλαγή.

Τρεις χρήσιμες έννοιες στην κινητοποιητική συνέντευξη είναι:

- Η ετοιμότητα για αλλαγή, έτσι όπως αυτή γίνεται αντιληπτή είτε πάνω σε ένα συνεχές ή στα πλαίσια του διαθεωρητικού μοντέλου αλλαγής (DiClemente & Prochaska, 1998; Miller & Rollnick, 1991; Rollnick, 1998; Rollnick et al., 1999).
- Η αμφιθυμία (Miller & Rollnick, 1991).
- Η αντίσταση, δηλαδή η συμπεριφορά που μπορεί να παρατηρηθεί και που προκύπτει όταν ο θεραπευτής χάνει την προφανή επαφή με τον θεραπευόμενο (Miller & Rollnick, 1991).

Η κινητοποιητική συνέντευξη, της οποίας η χρήση εστιάστηκε αρχικά στην ανατροφοδότηση των αποτελεσμάτων της εκτίμησης “Drinker’s Check-Up”, έχει δοκιμασθεί σε αρκετές μελέτες (Bien et al., 1993; Brown & Miller, 1993; Heather et al., 1996; Lundahl, Kunz, Brownell, Tollefson, & Burke, 2010; Miller et al., 1988-1993-1998; Project MATCH Research Group, 1997; Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Christensen, 2005).

#### **Κινητοποιητική συνέντευξη σε ομαδικό πλαίσιο**

Ένα βασικό στοιχείο στην ομαδική θεραπεία ασθενών με εξαρτήσεις είναι ότι δεν θεωρούνται κατάλληλοι για πιο ετερογενείς ομάδες (Yalom, 1985). Παρά το ότι η κινητοποιητική συνέντευξη είναι πλέον γνωστή διεργασία και συστήνεται ως ψυχοκοινωνική θεραπευτική μέθοδος προσέγγισης των ασθενών με εξαρτήσεις από ουσίες (NICE, 2007), αντιρρήσεις έχουν



εκφραστεί για τη χρησιμότητα της εφαρμογής της σε ομαδικό πλαίσιο, κάτι που οφείλεται στην πολυπλοκότητα των δυναμικών της ομάδας (Walters et al., 2002). Καλό θα είναι οι θεραπευτές να αποκτήσουν επαρκείς δεξιότητες στην ατομική εφαρμογή της κινητοποιητικής συνέντευξης πριν να αποφασίσουν να τη χρησιμοποιήσουν σε ομαδικό επίπεδο (Miller & Rollnick, 2013).

Ιδανικά, κάτι τέτοιο θα μπορούσε να αποφευχθεί αν όλα τα άτομα στην ομάδα είχαν τον ίδιο περίπου βαθμό αμφιθυμίας, ετοιμότητας για αλλαγή και κινητοποίησης για να επιφέρουν τις απαιτούμενες αλλαγές στη ζωή τους που θα υποβοηθούσαν την απεξάρτηση από το αλκοόλ. Στην πράξη όμως, κάτι τέτοιο δεν συμβαίνει πρακτικά ποτέ. Οι συνθήκες που εφαρμόζουμε την ομαδική θεραπεία στους αλκοολικούς ασθενείς μας είναι κατά κανόνα τέτοιες που σταδιακά προστίθενται νεότερα μέλη στην ομάδα τα οποία, εκ των πραγμάτων, βρίσκονται στα πρώτα στάδια της αλλαγής σε σύγκριση με τα παλαιότερα μέλη της ομάδας.

Τέτοια προβλήματα θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν με τεχνικές, όπως ο διαχωρισμός σε μικρότερες ομάδες με περισσότερους και λιγότερο κινητοποιημένους ασθενείς να βρίσκονται σε κάθε υπο-ομάδα (Walters et al., 2002) ή να ζητείται ο σχολιασμός από τα άλλα μέλη, πάνω στην αμφιθυμία ενός μέλους, που να δείχνει έκφραση ενσυναίσθησης (Rollnick et al., 2008).

Καθώς κάθε μέλος της ομάδας έχει λιγότερο χρόνο να μιλήσει, σε σύγκριση με τον χρόνο που διατίθεται σε ατομικό πλαίσιο, έχει και λιγότερες ευκαιρίες να μιλήσει για την αναγκαία αλλαγή που πρέπει να επιφέρει στη ζωή του. Επιπλέον, τα δυναμικά της ομάδας μπορεί να μεταβάλλουν τη συζήτηση ή τις πιθανότητες να γίνει διάλογος για την απαραίτητη αλλαγή στη συμπεριφορά (Miller & Rollnick, 2013). Οι αλκοολικοί ασθενείς είναι δυνατό να ενισχύσουν τη στασιμότητα αντί για την αλλαγή και έτσι να μην υπάρξει πρόοδος (Brown et al., 2007; Walters, Ogle & Martin, 2002).

Συχνά, τα νεότερα μέλη των ομάδων δεν έχουν αποκτήσει ακόμη επαρκή κινητοποίηση παρά την ψυχοθεραπευτική εργασία που πάντοτε προηγείται. Δείχνουν να είναι υπερβολικά σίγουροι ότι μπορούν να τα καταφέρουν και αυτό προκαλεί συνήθως αρνητικές αντιδράσεις από τα παλαιότερα μέλη της ομάδας που,

όχι σπάνια, έχουν υποτροπιάσει αρκετές φορές στο παρελθόν και γνωρίζουν καλά τις δυσκολίες της απεξάρτησης και της πλήρους αποχής από το αλκοόλ.

Από την άλλη πλευρά, κάποια παλαιότερα μέλη της ομάδας αντιμετωπίζουν υπεροπτικά τους νέους συμμετέχοντες. Οι θεραπευτές συχνά προσδοκούν ότι οι αλκοολικοί ασθενείς έχουν γενικά πτωχή κινητοποίηση όσον αφορά την αντιμετώπιση του προβλήματός τους εξαιτίας των ισχυρών αμυντικών μηχανισμών τους (Moyers & Miller, 2013). Η αντίσταση στην ομάδα είναι ένα σημαντικό ζήτημα (Miller & Rollnick, 1991) και κάτι που ουσιαστικά δεν χρειάζεται απευθείας αντιπαράθεση αλλά προσπάθεια για να κατευθυνθεί ο ασθενής προς μία θετική αλλαγή. Αυτό θα μπορούσε κάποιος να το χαρακτηρίζει ως εργασία με τον αμυντικό μηχανισμό που προτιμά ο αλκοολικός ασθενής που βρίσκεται σε διαδικασία αποκατάστασης (Wallace, 1985).

Τα πλεονεκτήματα της χρήσης της κινητοποιητικής συνέντευξης σε ομαδικό πλαίσιο περιλαμβάνουν (Foote et al., 1999):

- Την ικανοποιητική σχέση κόστους-αποτελέσματος.
- Την επίδραση των δυναμικών της ομάδας στη θεραπευτική αποτελεσματικότητα (αν και χρειάζονται ιδιαίτερη προσοχή και εμπειρία).
- Το γεγονός ότι η ομαδική θεραπεία είναι, εδώ και πολλά έτη, διαδεδομένη θεραπευτική μέθοδος στην ψυχιατρική των εξαρτήσεων.

Παρότι θεωρείται πως είναι γενικά νωρίς (Miller & Rollnick, 2013), υπάρχουν ενδείξεις για το ότι η κινητοποιητική συνέντευξη μπορεί να εφαρμοστεί ικανοποιητικά σε ομαδικά πλαίσια (Bailey, Baker, Webster & Lewin, 2004; LaBrie et al., 2008; Santa Ana, Wulfert & Nietert, 2007; Schmiege, Broaddus, Levin & Bryan, 2009).

### **Κινητοποιητική συνέντευξη σε ασθενείς με διπλή διάγνωση**

Ψυχική νόσος και κατάχρηση ουσιών συνυπάρχουν συχνότερα από όσο θα υπέθετε κάποιος ότι μπορεί να συμβεί ως τυχαίο γεγονός (Lehman et al., 2000). Ο αλκοολισμός μπορεί να περιπλέκει ή να μιμείται σχεδόν

κάθε ψυχιατρική διαταραχή δυσκολεύοντας τόσο τη διάγνωση όσο και τη διατήρηση της αποχής και αυξάνοντας τις πιθανότητες απόπειρας αυτοκτονίας και χρήσης υπηρεσιών υγείας (Anthenelli, 1997; Helzer & Przybeck, 1988; Kessler et al., 1997; Modesto-Lowe & Kranzler, 1999).

Συχνότερα, σε επίπεδο εξωτερικών ιατρείων, συναντούμε και αντιμετωπίζουμε ασθενείς με ψυχωτικές διαταραχές που κάνουν συστηματική χρήση καπνού ή, λιγότερο συχνά, κάνναβης, ενώ τις διαταραχές χρήσης αλκοόλ τις ανευρίσκουμε συνηθέστερα σε ασθενείς που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία με το αίτημα της αντιμετώπισης άγχους, διαταραχών της διάθεσης ή του ύπνου. Κοινό χαρακτηριστικό σε όλες τις περιπτώσεις ασθενών είναι ότι σχεδόν κανένας δεν προβάλλει ως αίτημα την αντιμετώπιση της διαταραχής χρήσης αλκοόλ/ουσιών.

Η κινητοποιητική συνέντευξη φαίνεται να είναι μία προσέγγιση που ταιριάζει στους ασθενείς με διπλή διάγνωση: τα χρόνια, σοβαρά συμπτώματα της πρωταρχικής ψυχικής νόσου, τα επεισόδια αποτυχημένης θεραπείας ή/και υποτροπής και η, γενικά, πτωχή λειτουργικότητά τους οδηγούν σε αποθάρρυνση συχνά, με συνέπεια απουσία εσωτερικού κινήτρου για αποχή από αλκοόλ ή άλλες ουσίες (Brady et al., 1996; Carey, 1996; Drake & Wallach, 1989; Kofoed & Keyes, 1988; Minkoff, 1989; Ziedonis & Fischer, 1996; Ziedonis & Trudeau, 1997). Επιπλέον, στον περιορισμένο χρόνο που διαθέτει κάποιος στο εξωτερικό ιατρείο ή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών, η κινητοποιητική προσέγγιση αποτελεί μία εύκολη, ταχεία και συχνά αποτελεσματική μέθοδο δημιουργίας μίας πρώτης θεραπευτικής συμμαχίας που μπορεί να δεσμεύσει τον ασθενή στη συνέχιση της παρακολούθησης.

Η κινητοποιητική συνέντευξη έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία σε ασθενείς με διπλή διάγνωση, όπως στη συννόηση με ψύχωση (Kemp et al., 1996-1998), που οδήγησε σε καλύτερη συμμόρφωση στη θεραπεία, μεγαλύτερη βελτίωση της κοινωνικής λειτουργικότητας και περισσότερο χρόνο παραμονής εκτός νοσοκομείου. Επιπλέον, έχει χρησιμοποιηθεί τόσο σε νοσηλευόμενους όσο και σε εξωτερικούς ασθενείς κατόπιν δικαστικής εντολής (Lincourt, Kuettel & Bombardier, 2002; Van Horn & Bux, 2001).

Άλλες έρευνες έχουν επίσης βρει ενθαρρυντικά αποτελέσματα (Daley et al., 1998; Daley & Zuckoff, 1998; Martino et al., 2000; Swanson, Pantalon & Cohen, 1999) αλλά γενικά τα αποτελέσματα μεταξύ των ερευνών διαφέρουν (Fromme & Corbin, 2004; Walters, 2000; Walters, Bennett & Miller, 2000).

Βέβαια, θα πρέπει να έχουμε υπόψη ότι αυτοί οι ασθενείς πολλές φορές έχουν γνωστικά ελλείμματα που περιορίζουν αρκετές δυνατότητές τους. Κατά συνέπεια, κάποιες όψεις της προσέγγισης των Miller και Rollnick, όπως το στυλ που ευνοεί την επικέντρωση στον ασθενή και η παροχή ερεθισμάτων με στόχο την εκφραστική προσέγγιση, μάλλον δεν έχουν θέση σε αυτούς τους ασθενείς (Bellack, Bennett & Gearon, 2007). Πέραν αυτού, παράγοντες που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη ώστε να προσαρμοστεί η κινητοποιητική συνέντευξη σε αυτή την ομάδα ασθενών περιλαμβάνουν την ανάγκη ικανοποιητικής αντιμετώπισης και των δύο ψυχιατρικών νοσημάτων, τη συχνά κακή οικονομική κατάσταση και το χαμηλό επίπεδο διαβίωσης και άλλα.

### Θεραπευτικές προσεγγίσεις με τη χρήση κινητοποίησης

Έχει φανεί ότι οι βραχείες παρεμβάσεις μπορεί να είναι αποτελεσματικές στην ελάττωση της κατανάλωσης αλκοόλ σε άτομα που κάνουν προβληματική χρήση. Τα συστατικά αυτών των παρεμβάσεων, που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αποτελεσματικότητά τους, είναι γνωστά με το ακρωνύμιο FRAMES:

- ✚ objective **feedback** (αντικειμενική ανατροφοδότηση του ασθενούς),
- ✚ acceptance of personal **responsibility** for change (η αποδοχή ότι η ευθύνη για την αλλαγή είναι ατομική ευθύνη του ασθενούς),
- ✚ direct **advice** (παροχή συμβουλών άμεσα στον ασθενή),
- ✚ provision of a **menu** of alternative treatment strategies (παροχή ενός πλαισίου εναλλακτικών θεραπευτικών στρατηγικών την επιλογή από τις οποίες θα αποφασίσει ο ασθενής),
- ✚ Rogerian **empathy** (ενσυναίσθηση υπό την έννοια της θεωρίας του Karl Rogers),
- ✚ **self-efficacy** (αυτο-επάρκεια) (Bien, Miller & Boroughs, 1993).

Μία μορφή βραχείας παρέμβασης αποτελεί η κινητοποιητική συνέντευξη.

### Βραχεία κινητοποιητική παρέμβαση

Στοιχεία τόσο από την κινητοποιητική συνέντευξη όσο και από το μοντέλο των σταδίων αλλαγής χρησιμοποιούνται με απλοποιημένη μορφή σε βραχείας διάρκειας κλινικές συναντήσεις από επαγγελματίες υγείας τόσο σε νοσοκομειακό πλαίσιο όσο και στην πρωτοβάθμια φροντίδα (Rollnick, 1996; Rollnick et al., 1992-1993; Stott et al., 1995). Πρόκειται συνήθως για μία συνεδρία κινητοποιητικής παρέμβασης κατά την οποία ο θεραπευτής παρέχει γενικότερες ιατρικές συμβουλές και οδηγίες γύρω από τις επιβλαβείς επιδράσεις του αλκοόλ προσπαθώντας να κινητοποιήσει τον ασθενή για να αλλάξει συμπεριφορά (Miller & Rollnick, 1991). Με βάση τα προαναφερθέντα, φαίνεται πως αυτή η προσέγγιση γενικά έχει καλύτερα αποτελέσματα σε άτομα με επιβλαβή χρήση αλκοόλ παρά σε άτομα με εξάρτηση από αυτό (Heather, 1995; Roche et al., 1995) αν και έχει χρησιμοποιηθεί και φάνηκε να ωφελεί και σε άλλες περιστάσεις (Edwards et al., 1977; Fleming et al., 1997).

### Θεραπεία κινητοποιητικής ενίσχυσης

Πρόκειται για θεραπευτική μέθοδο που αναπτύχθηκε για χρήση στη μεγάλη Αμερικανική έρευνα MATCH: επρόκειτο για μία εθνική, κλινική έρευνα διάρκειας 8 ετών από πολλά ερευνητικά κέντρα με στόχο τη σύγκριση τριών θεραπευτικών μεθόδων για την αντιμετώπιση του αλκοολισμού (Miller et al., 1992; Project MATCH Research Group, 1997). Αυτή η θεραπεία περιλαμβάνει τεχνικές κινητοποιητικής ενίσχυσης σε 4 συνεδρίες κατά τη διάρκεια 12 εβδομάδων.

## **ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

Η κινητοποιητική συνέντευξη, για την οποία για πρώτη φορά έγινε λόγος το 1983, αποτελεί μέθοδο που αρχικά χρησιμοποιήθηκε ως μία βραχεία παρέμβαση για άτομα με προβληματική χρήση αλκοόλ. Ο στόχος ήταν να ενισχύσει την κινητοποίηση αυτών των ανθρώπων για να αλλάξουν συμπεριφορά (σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ). Η ενίσχυση της κινητοποίησης έχει φανεί ότι βοηθά στην αύξηση της τήρησης των ιατρικών οδηγιών,

στην παραμονή στη θεραπεία και στη βελτίωση της έκβασης.

Καθώς δεν υπάρχει άνθρωπος δίχως κίνητρα ή δυνατότητα κινητοποίησης, αυτή η μορφή κλινικής δεξιότητας, που βασίζεται στη συνεργασία με τον ασθενή και στην αναγνώριση και αποδοχή της αυτονομίας του, προσπαθεί να εκμαιεύσει από τον ασθενή και να ενισχύσει τα κίνητρα που έχει για την αλλαγή της προβληματικής συμπεριφοράς σε σχέση με τη χρήση αλκοόλ.

Υπάρχουν τέσσερις βασικές αρχές που διέπουν την εφαρμογή της κινητοποιητικής συνέντευξης. Η πρώτη έχει να κάνει με την αντίσταση που πρέπει να επιδείξουμε σε αυτό που ονομάζουμε *righting reflex*, δηλαδή στην τάση που έχουμε ως επαγγελματίες υγείας να προσπαθούμε να διορθώσουμε άμεσα οτιδήποτε είναι επιβλαβές για την υγεία του ασθενή. Η δεύτερη αφορά την κατανόηση και διερεύνηση του βαθμού κινητοποίησης που διαθέτει ο ασθενής σε σχέση με την προβληματική συμπεριφορά που επιδεικνύει γύρω από τη χρήση αλκοόλ. Η τρίτη αναφέρεται στην ενσυναισθητική ακρόαση: όχι απλά το να ακούμε τι λέει ο ασθενής αλλά και να προσπαθήσουμε να κατανοήσουμε βαθύτερα την κατάστασή του προσπαθώντας, εν μέρει, να βάλουμε τον εαυτό μας στη θέση του. Τέλος, έχει σημασία η ενίσχυση του ασθενούς και η ενστάλλαξη ελπίδας ότι μπορεί να επιτευχθεί η αλλαγή.

Για να επιτευχθούν αυτά είναι απαραίτητη η καλή επικοινωνία με τον ασθενή. Η καλή επικοινωνία βασίζεται στις κατάλληλες ερωτήσεις, στην παροχή πληροφοριών και στην ικανότητα ακρόασης του ασθενούς. Οι κατάλληλες ερωτήσεις βοηθούν στην ανάπτυξη θεραπευτικής σχέσης, στην καλύτερη κατανόηση του ασθενούς και στην απόκτηση γνώσης γύρω από το τι πιστεύει ο ασθενής για το πρόβλημά του και τι θέλει να επιτύχει. Η παροχή πληροφοριών αναφέρεται στο να δώσουμε στον ασθενή όλη την ποικιλία των δυνατοτήτων που υπάρχουν και των πιθανών λύσεων. Τέλος, μέσα στα πλαίσια της ακρόασης, σεβόμαστε την απόφαση του ασθενούς και προσπαθούμε να βοηθήσουμε.

Δύο σημαντικά προβλήματα που ανακύπτουν κατά τον χειρισμό των ασθενών είναι η αμφιθυμία και η άρνηση/αντίσταση. Ο θεραπευτής που χειρίζεται

τέτοιους ασθενείς, χρησιμοποιώντας την κινητοποιητική συνέντευξη, προσπαθεί να κατανοήσει τι είναι αυτό που ο ασθενής νιώθει ότι του προσφέρει το αλκοόλ και τον κάνει να συνεχίζει τη χρήση παρά τα σημαντικά προβλήματα που του δημιουργεί. Πρέπει να καταλάβει ότι η αμφιθυμία είναι ένα φυσιολογικό, σημαντικό μέρος της διαδικασίας αλλαγής. Το αλκοόλ είναι τρόπος ζωής για αυτούς τους ασθενείς και, παρά τα όποια προβλήματα δημιουργεί, για πολλούς ανθρώπους είναι προτιμότερο από το άγχος του άγνωστου που περικλείει η διαδικασία της αλλαγής προς μία νέα ζωή δίχως αυτό.

Η αντίσταση/άρνηση του ασθενούς είναι επίσης ένα σημαντικό εμπόδιο στο να επιτευχθεί η αλλαγή της συμπεριφοράς. Χρειάζεται προσεκτικούς χειρισμούς και επιμονή με ευγένεια αποφεύγοντας την απευθείας αντιπαράθεση. Το μόνο που μπορεί να επιτύχει η τελευταία είναι να ενδυναμώσει την άμυνα του ασθενούς και να οδηγήσει σε αποτυχία τη θεραπευτική προσπάθεια.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΕΣ ΠΑΡΑΠΟΜΠΕΣ

- Anthenelli R.M. (1997). A basic clinical approach to diagnosis in patients with comorbid psychiatric and substance use disorders. In: Miller N.S., ed. *Principles and Practice of Addictions in Psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders, pages 119–126.
- Anton R.F., O'Malley S.S., Ciraulo D.A., Cisler R.A., Couper D., Donovan D.M. et al. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence: The COMBINE study: A randomized controlled trial. *JAMA* 295(17): 2003–2017.
- Bailey K.A., Baker A.L., Webster R.A., Lewin T.J. (2004). Pilot randomized controlled trial of a brief alcohol intervention group for adolescents. *Drug and Alcohol Review* 23(2): 157–166.
- Barnett N.P., Trevyaw-O'Leary T., Fromme K., Borsari B., Carey K.B., Corbin W.R. et al. (2004). Brief alcohol interventions with mandated or adjudicated college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 28(6): 966–975.
- Bellack A.S., Bennett M.E., Gearon J.S. (2007). *Behavioral treatment for substance abuse in people with serious and persistent mental illness. A handbook for mental health professionals*. New York: Routledge, Taylor and Francis Group.
- Bem D.J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review* 74: 183–200.
- Bem D.J. (1972). Self-perception theory. In: Berkowitz L., ed. *Advances in experimental social psychology* (Vol. 6). New York: Academic Press, pages 1-62.
- Beutler L.E., Moleiro C., Talebi H. (2002). Resistance in psychotherapy: what conclusions are supported by research. *Journal of Clinical Psychology* 58: 207–217.
- Bien T., Miller W.R., Burroughs J.M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioral and Cognitive Psychotherapy* 21(4): 347–356.
- Bien T.H., Miller W.R., Tonigan J.S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction* 88: 315–336.
- Brady S., Hiam C.M., Saemann R., Humbert L., Fleming M.Z., Dawkins-Brickhaus K. (1996). Dual diagnosis: A treatment model for substance abuse and major mental illness. *Community Mental Health Journal* 32: 573–578.
- Brown T.G., Dongier M., Latimer E., Legault L., Seraganian P., Kokin M. et al. (2007). Group-delivered brief intervention versus standard care for mixed alcohol/other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly* 24(4): 23–40.
- Brown J. & Miller W.R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors* 7(4): 211–218.
- Carey K.B. (1996). Substance use reduction in the context of outpatient psychiatric treatment: A collaborative, motivational, harm reduction approach. *Community Mental Health Journal* 32: 291–306.
- Carr S. (2011). *Scripting addiction: The politics of therapeutic talk and American sobriety*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Cofer C.N. & Apley M.H. (1964). *Motivation*. New York: Wiley.
- Cunningham J.A., Sobell L.C., Sobell M.B., Gaskin J. (1994). Alcohol and drug abusers' reasons for seeking treatment. *Addictive Behaviors* 19: 691–696.
- Daley D.C., Salloum I.M., Zuckoff A., Kirisci L., Thase M.E. (1996). Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: Results of a pilot study. *Am J Psychiatry* 155: 1611–1613.

- Daley D.C. & Zuckoff A. (1998). Improving compliance with the initial outpatient session among discharged inpatient dual diagnosis clients. *Social Work* 43: 470–473.
- Deci E.L. & Ryan R.M. (1987). The support of autonomy and the control of behavior. *Journal of Personality and Social Psychology* 53: 1024–1037.
- DiClemente C.C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover*. New York: Guilford Press.
- DiClemente C.C. & Prochaska J. (1998). Toward a comprehensive, transtheoretical model of change: stages of change and addictive behaviours. In: Miller W.R. & Heather N., eds. *Treating Addictive Behaviours*. New York: Plenum, 2<sup>nd</sup> edition.
- DiClemente C.C. & Scott C.W. (1997). Stages of change: Interaction with treatment compliance and involvement. In: Onken L.S., Blaine J.D., Boren J.J., eds. *Beyond the Therapeutic Alliance: Keeping the Drug-Dependent Individual in Treatment*. NIDA Research Monograph No. 165. Rockville, MD: National Institute on Drug Abuse, pages 131–156.
- Douaihy A., Kelly T.M., Gold M.A. (2014). *Motivational interviewing. A guide for medical trainees*. Oxford: Oxford University Press.
- Drake R.E. & Wallach M.A. (1989). Substance abuse among the chronically mentally ill. *Hospital and Community Psychiatry* 40: 1041–1046.
- Edwards G., Orford J., Egert S., Guthrie S., Hawker A., Hensman C., Mitcheson M., Oppenheimer E., Taylor C. (1977). Alcoholism: A controlled trial of “treatment” and “advice.” *Journal of Studies on Alcohol* 38(5): 1004–1031.
- Engle D. & Arkowitz H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change*. New York: Guilford Press.
- Fleming M.F., Barry K.L., Manwell L.B., Johnson K., London R. (1997). Brief physician advice for problem alcohol drinkers: A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *JAMA* 277(13): 1039–1045.
- Foote J., DeLuca A., Magura S. (1999). A group motivational treatment for chemical dependency. *Journal of Substance Abuse Treatment* 17(3): 181-192.
- Fromme K. & Corbin W. (2004). Prevention of heavy drinking and associated negative consequences among mandated and voluntary college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 72(6): 1038-1049.
- Gordon T. (1970). *Parent effectiveness training*. New York: Wyden.
- Gordon T. & Edwards W.S. (1997). *Making the patient your partner: Communication skills for doctors and other caregivers*. New York: Auburn House.
- Heather N. (1992). Addictive disorders are essentially motivational problems. *Br J Addiction* 87: 828-830.
- Heather N. (1995). Interpreting the evidence on brief interventions for excessive drinkers: The need for caution. *Alcohol and Alcoholism* 30(3): 287–296.
- Heather N., Rollnick S., Bell A., Richmond R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug & Alcohol Review* 15: 29–38.
- Helzer J.E. & Przybeck T.R. (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of Studies on Alcohol* 49: 219–224.
- Hettema J., Steele J., Miller W.R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology* 1: 91–111.
- Hill C. (2009). *Helping skills: Facilitating exploration, insight and action*. Washington, DC: American Psychological Association, 3<sup>rd</sup> edition.
- Ivey A.E., Ivey M.B., Zalaquett Z.P. (2009). *Intentional interviewing and counseling*. New York: Brooks/Cole, 7<sup>th</sup> edition.
- Jackson P. (2000). Remotivate disillusioned carers. *Addiction Today* 11(63): 1415.
- Jackson P. (2003). What can the counsellor do to encourage the client to actually make changes in his or her use of drink or drugs? In: Reading B. & Jacobs M., eds. *Addiction: questions and answers for counsellors and therapists*. London: Whurr. R. (2001). *The rise and fall of Synanon*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Kemp R., Hayward P., Applewhaite G. et al. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomized controlled trial. *BMJ* 312: 345–349.

- Kemp R., Kirov G., Everitt B., Hayward P., David A. (1998). Randomized controlled trial of compliance therapy: 18-month follow-up. *Br J Psychiatry* 172: 413–419.
- Kessler R.C., Crum R.M., Warner L.A. et al. (1997). Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 54: 313–321.
- Kofoed L.L. & Keyes A. (1988). Using group therapy to persuade dual-diagnosis patients to seek treatment. *Hospital and Community Psychiatry* 39: 1209–1211.
- Krampen G. (1989). Motivation in the treatment of alcoholism. *Addictive Behaviors* 14(2): 197–200.
- LaBrie J.W., Huchting K., Tawalbeh S., Pedersen E.R., Thompson A.D., Shelesky K. et al. (2008). A randomized motivational enhancement prevention group reduces drinking and alcohol consequences in first-year college women. *Psychology of Addictive Behaviors* 22(1): 149–155.
- Lehman A.F., Myers C.P., Corty E. (2000). Assessment and classification of patients with psychiatric and substance abuse syndromes. *Psychiatric Services* 51 (9): 1119–1125.
- Lincourt P., Kuettel T.J., Bombardier C.H. (2002). Motivational interviewing in a group setting with mandated clients: A pilot study. *Addictive Behaviors* 27(3): 381–391.
- Longabaugh R., Zweben A., LoCastro J.S., Miller W.R. (2005). Origins, issues and options in the development of the Combined Behavioral Intervention. *Journal of Studies on Alcohol* 66(4): S179–S187.
- Lundahl B.W., Kunz C., Brownell C., Tollefson D., Burke B.L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice* 20(2): 137–160.
- Martino S., Carroll K., Kostas D., Perkins J., Rounsaville B. (2002). Dual diagnosis motivational interviewing: a modification of motivational interviewing for substance-abusing patients with psychotic disorders. *J Subst Abuse Treat* 23(4): 297–308.
- Martino S., Carroll K.M., O'Malley S.S., Rounsaville B.J. (2000). Motivational interviewing with psychiatrically ill substance abusing patients. *Am J Addictions* 9: 88–91.
- Meyers R.J. & Smith J.E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach*. New York: Guilford Press.
- Miller W.R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy* 11: 147–172.
- Miller W.R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin* 98: 84–107.
- Miller W.R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors* 14(1): 6–18.
- Miller W.R. (2006). Motivational factors in addictive behaviors. In: Miller W.R. & Carroll K.M., eds. *Rethinking substance abuse; What science shows and what we should do about it*. New York: Guilford Press, pages 134–150.
- Miller W.R., Benefield R.G., Tonigan J.S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61(3): 455–461.
- Miller W.R. & Rollnick S. (1986). *Motivational interviewing: Preparing people for change*. New York: Guilford Press.
- Miller W.R. & Rollnick S. (eds) (1991). *Motivational Interviewing*. New York: Guilford Press.
- Miller W.R. & Rollnick S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behaviour*. New York: Guilford Press, 2<sup>nd</sup> edition.
- Miller W.R. & Rollnick S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 37: 129–140.
- Miller W.R. & Rollnick S. (2013). *Motivational Interviewing: Helping people change*. New York: Guilford Press, 3<sup>rd</sup> edition.
- Miller W.R. & Sovereign R.G. (1989). The check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. In: Loberg T., Miller W.R., Nathan P.E., Marlatt G.A., eds. *Addictive behaviors: Prevention and early intervention*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger, pages 219–231.
- Miller W.R., Sovereign R.G., Kregge B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy* 16(4): 251–268.
- Miller W.R., Zweben A., DiClemente C.C., Rychtarik R.G. (1992). *Motivational Enhancement Therapy Manual: A Clinical Research Guide for Therapists Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence*. National Institute on Alcohol

- Abuse and Alcoholism Project MATCH Monograph Series. Vol. 2. DHHS Pub. No. (ADM) 92-1894. Bethesda, MD: the Institute.
- Minkoff K. (1989). An integrated treatment model for dual diagnosis of psychosis and addiction. *Hospital and Community Psychiatry* 40: 1031-1036.
- Mitcheson L., Maslin J., Meynen T., Morrison T., Hill R., Wanigaratne S. (2010). *Applied cognitive and behavioural approaches to the treatment of addiction: A practical treatment guide*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Modesto-Lowe V. & Kranzler H.R. (1999). Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders. *Alcohol Research & Health* 23: 144-149.
- Moyers T.B., Martin T., Christopher P.J., Houck J.M., Tonigan J.S., Amrhein P.C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 31(S3): 40S-47S.
- Moyers T.B. & Miller W.R. (2013). Is low therapist empathy toxic? *Psychology of Addictive Behaviors* 27(3): 878-884.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2007). Drug misuse: Psychosocial interventions. NICE clinical guideline 51. London: NICE.
- Orford J. (2001). *Excessive appetites: A psychological review of addictions*. Chichester: Wiley.
- Patterson G.R. & Forgatch M.S. (1985). Therapist behaviors as a determinant of client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 53: 846-851.
- Petri H.L. & Govern J.M. (2012). *Motivation: Theory, research and application*. Belmont, CA: Wadsworth.
- Prochaska J.O. & DiClemente C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice* 19: 276-288.
- Prochaska J. & Norcross J. (2013). *Systems of psychotherapy: A transtheoretical analysis*. Stamford, CT: Cengage Learning, 8<sup>th</sup> edition.
- Project MATCH Research Group (1997). Matching alcohol treatment to client heterogeneity: Project MATCH post treatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol* 58: 7-29.
- Roche A.M., Parle M.D., Stubbs J.M., Hall W., Saunders J.B. (1995). Management and treatment efficacy of drug and alcohol problems: What do doctors believe? *Addiction* 90(10): 1357-1366.
- Rogers C.R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21: 95-103.
- Rogers C.R. (1961). On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers C.R. (1965). Client-centered therapy. New York: Houghton Mifflin.
- Rollnick S. (1996). Behavior change in practice: targeting individuals. *International Journal of Obesity* 20 (Suppl. 1): 522-526.
- Rollnick S. (1998). Readiness, importance and confidence: critical conditions of change in treatment. In: Miller W.R. & Heather N., eds. *Treating Addictive Behaviour*. New York: Plenum, 2<sup>nd</sup> edition.
- Rollnick S., Heather N., Bell A. (1992). Negotiating behavior change in medical settings: the development of brief motivational interviewing. *Journal of Mental Health* 1: 25-37.
- Rollnick S., Kinnersley P., Stott N. (1993). Methods of helping patients with behavior change. *BMJ* 307: 188-190.
- Rollnick S., Mason P., Butler C. (1999). *Health Behavior Change: A Guide for Practitioners*. Edinburgh: Churchill Livingstone.
- Rollnick S. & Miller W.R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural & Cognitive Psychotherapy* 23: 325-334.
- Rollnick S., Miller W.R., Butler C.C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior*. New York: Guilford Press.
- Rubak S., Sandbaek A., Lauritzen T., Christensen B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice* 55: 305-312.
- Ryan R.M., Plant R.W., O'Malley S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics,

treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors* 20(3): 279–297.

Santa Ana E.J., Wulfert E., Nietert P.J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric in patients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 75(5): 816–822.

Schmiege S.J., Broaddus M.R., Levin M., Bryan A.D. (2009). Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(1): 38–50.

Stott N., Rollnick S., Rees M., Pill R. (1995). Innovation in clinical method: diabetes care and negotiation skills. *Family Practice* 12: 413–418.

Swanson A.J., Pantalon M.V., Cohen K.R. (1999). Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 187: 630–635.

Treasure J. (2004). Motivational interviewing. *Advances in Psychiatric Treatment* 10: 331-337.

Van Horn D.H. & Bux D.A. (2001). A pilot test of motivational interviewing groups for dually diagnosed inpatients. *Journal of Substance Abuse Treatment* 20: 191-195.

Wallace J. (1985). Working with the preferred defense structure of the recovering alcoholic. In: Zimberg S., Wallace J., Blume S.B., eds. *Practical approaches to Alcoholism Psychotherapy*. New York: Plenum Press.

Walters S.T. (2000). In praise of feedback: An effective intervention for college students who are heavy drinkers. *Journal of American College Health* 48: 235-238.

Walters S.T., Bennett M.E., Miller J.H. (2000). Reducing alcohol use in college students: A controlled trial of two brief interventions. *Journal of Drug Education* 30: 361-372.

Walters S.T., Ogle R., Martin J.E. (2002). Perils and possibilities of group based motivational interviewing. In: Miller W.R. & Rollnick S., eds. *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press. 2<sup>nd</sup> edition, pages 377-390.

Wanigaratne S. (2006). Psychology of addiction. *Psychiatry* 5: 455-460.

White W.L. & Miller W.R. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science, and time for change. *Counselor* 8(4): 12–30.

Yalom I. (1985). *Theory and Practice of Group Psychotherapy*. New York: Basic Books, 2<sup>nd</sup> edition.

Ziedonis D. & Fischer W. (1996). Motivation-based assessment and treatment of substance abuse in patients with schizophrenia. *Directions in Psychiatry* 16: 1–7.

Ziedonis D. & Trudeau K. (1997). Motivation to quit using substances among individuals with schizophrenia: Implications for a motivation based treatment model. *Schizophrenia Bulletin* 23: 229–238.