Jak motywować nastolatka do podjęcia terapii?

Agnieszka Ogonowska

Wchodzenie w nałóg jest postępującym procesem degradacji osobowości, relacji społecznych, przebiegu procesów poznawczych. Świat wewnętrzny kurczy się i ubożeje. Istnieje w nim tylko samotny człowiek i jego uzależnienie. Odwrócenie tego procesu umożliwia jedynie szybko podjęta terapia, która posiada złożoną dynamikę i nie zawsze kończy się sukcesem.

Zarządzanie zmianą i motywacja wewnętrzna

Zmiana jest naturalnym i uniwersalnym elementem życia każdego człowieka. Może mieć różny charakter i genezę. Oprócz zmian rozwojowych związanych z poszczególnymi etapami/fazami życia (np. przejście od wczesnego dzieciństwa do okresu adolescencji, a następnie dorosłości) i wprowadzonych w naturalny program genetyczny każdego organizmu, wyróżniamy zmiany patologiczne (np. zwyrodnienie stawów, uszkodzenia neurologiczne w mózgu), pogorszenie relacji społecznych (rozpad związku, utrata przyjaciela, rozwój rodziców) czy statusu ekonomicznego rodziny (na skutek utraty pracy, odejścia jednego z rodziców) itp. Zmiany więc zachodzą zarówno w samej jednostce, jak i jej otoczeniu zewnętrznym; są od nas zależne lub mają charakter całkowicie losowy i nieprzewidywalny, posiadają aspekt pozytywny lub negatywny; możemy je monitorować i nimi zarządzać lub też rozgrywają się one niezależnie od naszej woli. Mogą prowadzić do rozwoju potencjału człowieka (jak w przypadku rozwoju poznawczego czy emocjonalnego), lub wręcz przeciwnie – rujnują jego zdrowie i dobrostan psychofizyczny, jak to mam miejsce w przypadku uzależnień wszelkiego typu.

Człowiek jednak w sytuacjach kryzysowych zawsze potrafi uruchomić (także oczywiście przy wydatnym wsparciu otoczenia społecznego) – mechanizm samonaprawczy. Jego działanie często jest tłumione właśnie przez przyjmowanie substancji psychoaktywnych, które zakłócają lub wręcz uniemożliwiają racjonalną analizę sytuacji oraz popychają do działań autodestrukcyjnych z samobójstwem włącznie. U osób podejmujących terapię uzależnień obserwuje się duży odsetek powrotów do nałogu, co m.in. wynika ze spadku motywacji wewnętrznej do trwania w abstynencji. Młode osoby często są przymuszane do terapii (prze rodzinę, szkołę, placówkę wychowawczą), a więc podejmują ją w sytuacji przymusu. Rodzi to ich naturalny opór i chęć powrotu do „poprzedniego”, na pozór bardziej wygodnego stylu życia.

Człowiek broni się przez sytuacją, w której ma poczucie, że ktoś mu coś narzuca i obszar jego wolności zostaje ograniczony (por. teoria reaktancji Brema). Zatem punktem wyjścia do rozpoczęcia terapii i zakończenia jej sukcesem jest wyzwolenie i podtrzymywanie w uzależnionym motywacji wewnętrznej do zdrowienia. Istotne jest także stworzenie dobrej relacji terapeutycznej i pokonanie potencjalnych antagonizmów w relacji terapeuty z pacjentem. Ten pierwszy jest często przez nastolatka postrzegany jako wróg, przedstawiciel i rzecznik świata dorosłych, a więc systemu, który nie budzi zaufania. Jak wspomniałam, sprawę dodatkowo komplikuje fakt, że terapia często nie wynika z inicjatywy uzależnionego, lecz z działania różnych instytucji, które odpowiadają za jego rozwój i zdrowie. Aby odwrócić tę sytuację należy nastolatka upodmiotowić, sprawić, by poczuł się odpowiedzialny za proces pozytywnej zmiany.

Upodmiotowanie i rozwój nowych kompetencji społecznych

Uzależniony musi czuć się podmiotem procesu wprowadzania pozytywnej zmiany, a nie przedmiotem oddziaływań psychopedagogicznych i medycznych. Wsparcie otoczenia społecznego powinno zatem polegać na aktywizowaniu adolescenta do pokonywania życiowych problemów, i to zarówno tych, bezpośrednio związanych z nałogiem, jak i innych, często podtrzymujących cykl zachowań nałogowych (np. problemy w szkole, brak wsparcia rówieśników). W ten sposób wzmacnia się u niego poczucie skuteczności, wewnątrzsterowności („to ja organizuję sobie swoje życie, a nie siły zewnętrzne wokół mnie – ślepy los, inni ludzie”) oraz sensowności podejmowanych przez siebie działań.

Terapeuta pomaga nastolatkowi rozwijać strategie radzenia sobie z jego własnymi negatywnymi emocjami i uczuciami, rozpoznawać je i nazywać. W pracy terapeutycznej stosuje więc elementy edukacji emocjonalnej, której niedostatki są najczęściej wynikiem niskich kompetencji rodziców w tym zakresie. Rodzice nastolatka, podobnie zresztą jak i terapeuci mają tendencję przyjmowania postawy dyrektywnej i narzucającej gotowe rozwiązania w odniesieniu do sytuacji problemowej. Zwłaszcza opiekunom towarzyszy brak cierpliwości, poczucie wstydu i zawodu wynikającego z niespełnienia się w roli kompetentnego rodzica, złość, smutek, frustracja. Bardzo często czynniki te powodują, że rodzic czuje silną presję do wprowadzenia zmian u swojego dziecka, co z kolei powoduje u podopiecznego wzrost agresji, oporu, buntu, zaprzeczania, a co najważniejsze – prowadzi do spadku motywacji wewnętrznej. U nastolatka uruchamia się np. myślenie: „No dobra, pójdę na tę terapię, żeby mieć chwilę spokoju od matki”. Nie podejmuje więc działań, ponieważ nie jest przekonany o ich wadze i znaczeniu dla poprawy jakości jego życia. Motywacja

zewnętrzna prowadzić może do wzmocnienia zachowań nałogowych. Podobny mechanizm działa w sytuacji, gdy terapeuta bierze na siebie całą odpowiedzialność za losy pacjenta i rozpatruje jego porażkę jako wynik własnej nieudolności i niekompetencji, pozostawiając niezmotywowanego i uprzedmiotowionego pacjenta nadal w sidłach nałogu.

Dialog motywujący

Jaka jest więc rola terapeuty w procesie motywacji nastolatka do podjęcia terapii? Jednym z rozwiązań jest tzw. dialog motywujący, metoda wprowadzona w latach 80. XX w. przez amerykańskich psychiatrów Wiliama Millera i Stephena Rollinica, zajmujących się problematyką uzależnień i pracujących zgodnie z paradygmatem behawioralno-poznawczym. Podstawowym celem oddziaływań terapeutycznych jest właśnie wzmocnienie u klienta motywacji do pracy nad sobą oraz uruchomienie i podtrzymywanie u niego mechanizmów samonaprawczych. Koncepcja ta jest inspirowana osiągnięciami psychologii humanistycznej, psychologii motywacji, terapii poznawczo-behawioralnej oraz podejścia systemowego.

Źródła inspiracji	**Krótka charakterystyka**
Psychologia humanistyczna	Człowiek jest istotą autonomiczną, zdolną do samorealizacji; działa w oparciu o strukturę i hierarchię indywidualnych potrzeb.
Psychologia motywacji	Badanie mechanizmów motywacji wewnętrznej człowieka oraz źródeł motywacji zewnętrznej wpływających na jego zachowania.
Teoria poznawczo-behawioralna	Wpływanie na procesy poznawcze człowieka oraz tzw. zniekształcenia poznawcze determinujące jego postępowanie i reakcje emocjonalne.
Podejście systemowe	Analiza zachowania człowieka w relacji do związków z innymi ludźmi oraz cechami całego systemu społecznego, w jakim on funkcjonuje, np. systemu rodzinnego.

Podkreśla się w jej obrębie umiejętność prowadzenia z uzależnionym konstruktywnej i niekonfrontacyjnej komunikacji, która sprzyja wyzwoleniu jego motywacji wewnętrznej do zapoczątkowania procesu zmiany. Chodzi w niej m.in. o to, by poprzez umiejętnie zadawane pytania, zwykle o charakterze otwartym, doprowadzić do stanu, w którym pacjent zauważa rozbieżność między swoją aktualną sytuacją życiową a stanem pożądanym. W tym celu należy rozpoznać także strukturę systemu wartości nastolatka i powiązać ją ze *status quo* („jestem uzależniony, dlatego nie mogę…”). Dysonans, czyli stan rozbieżności „między tym, co jest, a tym, czego pragnę, by było” wyzwala w pacjencie naturalną motywację wewnętrzną do zmiany. Zgodnie z założeniami psychologii humanistycznej, terapeuta powinien okazywać pacjentowi empatię, szacunek oraz zrozumienie dla jego uczuć, przekonań i postaw. Natomiast tempo i metody pracy z uzależnionym nastolatkiem każdorazowo powinny być

dostosowane do jego możliwości (poznawczych, rozwojowych), zasobów (np. wsparcia rodzinnego, wrażliwości, inteligencji) i sytuacji życiowej. Celem dokonania takiego rozpoznania i opracowania indywidualnego planu terapii, należy rozpocząć od analizy struktury i hierarchii potrzeb dziecka (w tym istniejących obszarów deprywacji, np. braku poczucia bezpieczeństwa), wzorów reagowania emocjonalnego (zwłaszcza w sytuacjach stresowych), strategii rozwiązywania problemów (np. unik, ucieczka, atak), poziomu kompetencji komunikacyjnych (w zakresie tworzenia i odbierania komunikatów werbalnych i niewerbalnych), systemu wartości (np. związanych z relacjami społecznymi, z wyglądem, aktywnością fizyczną, rozwojem intelektualnym itp.).

Wśród czynników wpływających na wewnętrzny system motywacji wymienia się: stan zdrowia pacjenta, istniejące konflikty społeczne i stopień ich złożoności, dostrzeganie problemu uzależnienia oraz ocena jego powagi w ogólnym kontekście życia.

Dynamika i fazy procesu zmiany

Każda zmiana, także ta związana ze zdrowieniem (a wcześniej – podjęciem terapii) posiada swoją dynamikę oraz pewne uniwersalne fazy. Dynamika tego procesu jest m.in. związana z rozwojem relacji między nastolatkiem a jego terapeutą, która przekłada się na zmianę podejścia uzależnionego do nałogu, wizji jego dalszego życia oraz celów samej terapii.

Opis fazy	Krótka charakterystyka
Faza przedkontemplacyjna	Uzależniony nie dostrzega problemu i nie ma żadnej motywacji do zmiany.
Faza kontemplacyjna	Dostrzeżenie problemu i rozbieżności między stanem faktycznym i pożądanym; pierwsza konfrontacja z własnym problemem; poszukiwanie informacji na temat istoty uzależnienia oraz możliwości wyjścia z nałogu.
Faza decyzji	Podjęcie decyzji o wyjściu z nałogu; podjęcie decyzji o zmianie i poszukiwanie pomocy.
Faza działania	Podjęcie terapii.
Faza utrzymania abstynencji	Próby zachowania i utrwalenia tego, co zostało osiągnięte w poprzednich dwóch fazach.
Faza nawrotu (w przypadku niepowodzenia terapii)	Powrót do uzależnienia.

Oprac. własne na podst.: A.T. Beck, F. D. Wright, C. F. Newman, B. S. Liese, *Terapia poznawcza uzależnień*, tłum. J. Chodkiewicz, J. Witkowska, Kraków 2007, s. 23-24.

Jak można się domyśleć, przejście do kolejnych faz nie jest procesem łatwym, płynnym i sekwencyjnym. Zwykle nałogowcy „przechodzą" je w swoim tempie, które jest funkcją znów – motywacji wewnętrznej do wprowadzenia zmiany oraz wsparcia środowiska

społecznego. Pamiętajmy, że dziecko jest elementem pewnego systemu społecznego (w pierwszej kolejności: rodzinnego, następnie szkolnego, czy rówieśniczego itp.), a zatem cechy tego systemu mogą sprzyjać lub hamować proces zmiany. Rozpoznanie sposobu funkcjonowania rodziny, istniejących w niej konfliktów, koalicji (np. rodziców) i podsystemów antagonistycznych (np. między opiekunami a rodzeństwem) wydaje się tu sprawą podstawową. Bardzo często bowiem terapii indywidualnej uzależnionego towarzyszy terapia całego systemu rodzinnego. Pamiętajmy również, że nawet z chwilą podjęcia decyzji o leczeniu, nastolatek odczuwa ambiwalencję: żywi nadzieję na zmianę, lecz jednocześnie przeżywa lęk przed porażką, zwłaszcza, gdy ma już swoje wcześniejsze doświadczenia związane z nawrotem do nałogu.

Nastolatek czuje konflikt wewnętrzny typu „unikanie-przyciąganie": chce się wyzwolić z uzależnienia, bo dostrzega destrukcyjny wpływ nałogu na swoje życie i relacje społeczne, ale zarazem trudno mu rozstać się ze sferą zachowań przynoszących natychmiastową gratyfikację (chwilową ulgę, zapomnienie o problemach, fizyczną przyjemność).

Przystępując do terapii nastolatek tworzy więc bilans kosztów i strat związanych z porzuceniem nałogu; ma również świadomość, że proces ten ma charakter długotrwały i będzie od niego wymagał silnej woli oraz zmiany dotychczasowych sposobów funkcjonowania; w wielu przypadkach – zmiany środowiska, zerwania kontaktów z uzależnionymi kolegami i znajomymi. Stąd też stworzenie przez terapeutę dobrej empatycznej atmosfery ma z założenia pomóc nastolatkowi w pokonaniu tej ambiwalencji. Poczucie bycia i działania pod presją (psychologa, rodziców, opiekunów, nauczycieli) wzmacnia jedynie opór nastolatka wobec zmiany. Potęguje bunt i niechęć rozstania się z zachowaniami uzależniającymi, które kojarzą się z przyjemnością, mimo skutków ubocznych.

Myśli automatyczne – schematy – zniekształcenia poznawcze

Ucieczka w uzależnienie jest wynikiem braku zasobów pozwalających efektywnie rozwiązywać bieżące problemy, stawiać czoła wyzwaniom. U jej podstaw leży także obniżony nastrój oraz problemy z kontrolowaniem, a nawet rozpoznawaniem u siebie negatywnych emocji. Uzależnienie pozwala chwilowo oderwać się od tych problemów, a jednocześnie w fazie abstynencji wracają one ze zdwojoną siłą. Praca terapeutyczna powinna być zatem nakierowania na uczenie - trening w zakresie nowych umiejętności społecznych i emocjonalnych, które pozwolą nastolatkowi zmierzyć się z problemami dnia codziennego (np. obowiązkami szkolnymi, pierwszą miłością, cielesnością, seksualnością). U podstaw tych

działań leży także zmiana negatywnych myśli automatycznych, schematów i innych zniekształceń poznawczych utrudniających leczenie, jak również samą decyzję o podjęciu terapii.

Elementy poznawcze	**Przykłady**
Myśli automatyczne	„Jestem głupi"; „Nikt mnie nie lubi", „Nie jestem nic wart".
Schematy	„Ludzie są zawistni"; „Świat jest wrogi", „Rodzice nigdy mnie nie zrozumieją".
Zniekształcenia poznawcze (przykłady)	• Arbitralne wnioskowanie: „Nie uśmiechnął się do mnie. Pewnie mnie nie lubi". • Wyrywanie informacji z kontekstu. • Nadmierna generalizacja: Rodzic nie pozwala dziecku pójść na dyskotekę. Nastolatek odpowiada: „Ty *nigdy* mi *na nic* nie pozwalasz". • Wyolbrzymianie i umniejszanie wagi problemu, np. odpowiednio: „Chyba się zabiję. Dostałem dwóję z klasówki"/ „Dostałem kolejną dwóję. Wielka mi rzecz! Najwyżej nie zdam do następnej klasy". • Nieadekwatna atrybucja wewnętrzna: „Rodzice się rozwodzą. To moja wina". • Myślenie spolaryzowane: „Świat jest cudowny/ Świat jest przytłaczający".

Oprac. własne na podst. F. Datillo, *Terapia poznawczo-behawioralna par i rodzin. Podręcznik dla klinicystów*, tłum. R. Andruszko, Kraków 2013, s. 40-41.

Uzależnienia zawężają pole świadomości i możliwość racjonalnej oceny sytuacji, a także planowanie działań naprawczych, a w dalszej kolejności upośledzają motywację wewnętrzną do trwania przy zachowaniach służących abstynencji. Terapeuta, jak i rodzice nastolatka muszą zatem wspomagać – poprzez własne zachowania komunikacyjne – prawidłowe funkcjonowanie procesów poznawczych nastolatka. W tym celu powinni dowartościowywać dziecko, podkreślając i pozytywnie waloryzując te jego przekonania i zachowania, które służą zmianie. Ponadto – wzmacniać tzw. **język zmiany**, to znaczy zwracać uwagę i stymulować wszystkie wypowiedzi dziecka o charakterze automotywacyjnym.

Działania te służą podniesieniu ogólnej samooceny uzależnionego oraz wzmocnieniu w nim poczucia sprawstwa i kontroli nad jego własnym życiem. Ważną umiejętnością jest także wsłuchiwanie się w potrzeby dziecka (aktywne słuchanie) oraz nieoceniające odzwierciedlanie (parafrazowanie) jego wypowiedzi, które pozwolą jemu samemu wsłuchać się w jego sądy. Stosując tę ostatnią technikę, należy subtelnie wzmacniać te fragmenty komunikatów, które mają charakter pozytywny i świadczą o motywacji do leczenia.

Autorka jest dr hab., profesorem Uniwersytetu Pedagogicznego w Krakowie,

psychologiem i kulturoznawcą. Kieruje Katedrą Mediów i Badań Kulturowych IFP UP w Krakowie.

Bibliografia:

A.T. Beck, F. D. Wright, C. F. Newman, B. S. Liese, 2007, *Terapia poznawcza uzależnień,* Kraków.
F. M. Dattilio, 2013, *Terapia poznawczo-behawioralna par i rodzin. Podręcznik dla klinicystów*, Kraków.
Dialog motywujący w teorii i praktyce. Motywowanie do zmiany w pracy socjalnej i praktyce, pod red., J. M. Jaraczewskiej i Izabeli Krasiejko, Toruń 2012.
W. R. Miller, S. Rollnick, 2010, *Wywiad Motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany?,* Kraków .