

*Psychoterapia***Motiváciu posilňujúca terapia závislostí: predstavenie, účinnosť
a možnosti jej využitia na Slovensku**

K. Timuláková, L. Timulák

**Motivation strengthening dependence therapy: introduction, efficacy
and possibilities in Slovakia****Súhrn**

Autori sa zamerali na problematiku motivačného vedenia rozhovoru – psychoterapeutický postup využívaný pri liečbe závislostí. Tento postup si vo svete získal uznanie z dôvodu časovej úspornosti a empiricky preukázanému efektu. Autori prezentujú na klienta zameranú direktívnu metódu posilňovania vnútornej motivácie k zmene cez exploráciu a vyriešenie ambivalencie. Približujú závery empirického skúmania účinnosti motivačných rozhovorov. Pri liečbe alkoholovej a drogovej závislosti krátke motivačné intervencie dosiahli stredné až veľké miery efektu s udržaním benefitov v katamnéze. Osobitnú pozornosť autori venujú výsledkom doposiaľ najväčšieho skúmania psychosociálnych intervencií (projekt MATCH), ktorý sledoval účinnosť troch rôznych terapií (vrátane terapie založenej na motivačných rozhovoroch) pri liečbe alkoholovej závislosti. V závere práce autori poukazujú na možnosti využitia motivačných rozhovorov resp. ich prvkov v slovenskom kontexte (lit. 17).

Kľúčové slová: rozhovor, motivácia, závislosť, alkoholizmus, drogy, MATCH

Summary

This article is aimed at motivational dialog conduction – psychotherapeutic approach used in dependence therapy, currently respected worldwide, as it is time-saving and empirically effective. Authors present this client aimed, directive method of strengthening internal motivation of change through exploration and ambivalence solving. They analyzed the results of the empirical study of motivational dialogues effectiveness. In alcohol and drug dependency, short motivational interventions provide moderate or great effect with maintenance of benefits in katamnesis. Author highlight the results of the largest study of psychosocial interventions (Project MATCH), evaluating the efficacy of three different types of alcohol dependence therapy (including the therapy based on motivational dialog). At the end of the article authors show the possibilities of motivational dialogues, or their components, in Slovak context.

Key words: motivational dialog, motivation, dependency, alcohol dependency, drug dependency, project MATCH.

Centrum pre liečbu drogových závislostí, Bratislava, Katedra psychológie Trnavská univerzita, Trnava a Centrum pre výskum psychoterapie, Bratislava

Adresa: Mgr. Ladislav Timulák, PhD., Katedra psychológie, Trnavská Univerzita, Hornopotočná 23, 918 43 Trnava

Úvod

Napriek tomu, že témou 7. dní dynamickej psychoterapie 2004 bola „psychodynamika závislostí“, my sme sa zamerali na priblíženie terapeutického prístupu k liečbe závislosti, ktorý bezprostredne nevychádza z psychodynamického základu, aj keď svojim exploračným poňatím môže obsahovať aj prvky charakteristické pre dynamické psychoterapie. Ide o *prístup motivačného vedenia psychoterapeutického rozhovoru*, prístup, ktorý odvolávajúci sa na poznatky kognitívnej a sociálnej psychológie predpokladá, že vnútorná motivácia klienta je nevyhnutným a často aj postačujúcim faktorom pre začatie zmeny (Miller, 2000).

Motivačné vedenie rozhovoru (motivational interviewing; Miller a Rollnick, 1991) je psychoterapeutický postup využívaný najmä v liečbe závislostí, ktorý si v súčasnosti vo svete získal uznanie najmä z dôvodu svojej časovej úspornosti a empiricky preukázanému efektu. V našom kontexte sa s týmto prístupom mohla odborná verejnosť stretnúť v knihe editora Fredericka Rotgersa *Léčba drogových závislostí*, ktorá vyšla vo vydavateľstve Grada (kapitolu venovanú motivačnému vedeniu rozhovoru napísali Bell a Rollnick, 1999), či v prácach H. Papežovej a R. Uhera uverejnených v *Českej a Slovenskej psychiatrii* (Papežová, 2000; Papežová a Uher, 2002). V češtine nedávno vyšiel aj preklad prvého vydania knihy W. Milera a S. Rollnicka *Motivational Interviewing* pod názvom *Motivační rozhovory* (Miller a Rollnick, 2004). České občianske združenie Podané ruce tiež organizuje trojfázové vzdelávanie v uvedenej metóde.

Cieľom nášho príspevku je krátko priblížiť základné princípy tohto prístupu a poukázať na empirické zistenia ohľadom jeho účinnosti, najmä z pohľadu doposiaľ najväčšej štúdie merajúcej efekt psychoterapie pri liečbe alkoholovej závislosti. V závere príspevku sa pozrieme na možnosti adaptácie tejto terapie v našich podmienkach.

Motivačné vedenie rozhovoru: predstavenie

Motivačné vedenie rozhovoru je *na klienta zameraná, direktívna metóda posilňovania vnútornej motivácie k zmene skrz exploračnú a vyriešenie ambivalencie* (Miller a Rollnick, 2002). Ambivalenciou sa tu myslí klientovo rozhodovanie pre a proti ohľadom problematického správania (spravidla zneužívania návykových látok). Terapeut sa v empatickom rozhovore snaží zamerať na rozpor medzi (závislým) správaním klienta a cieľmi, či hodnotami, ktoré sú v protiklade s týmto správaním.

Hlavným nástrojom v tejto terapii sú terapeutické zručnosti vedenia rozhovoru a budovania terapeutického vzťahu rozvinuté už na klienta zameranou terapiou. Terapeut sa zameriava na klientovo prežívanie, je otvorený voči rôznym aspektom klientovho prežívania (čo neznamená, že ich schvaľuje) a komunikuje empatické porozumenie klientovmu vnútornému prežívaniu. Empatia je tu však zameraná predovšetkým na facilitovanie klientových vyjadrení o potrebe zmeniť problémové správanie a o vlastnej schopnosti dosiahnuť zmenu. V rámci všeobecných princípov empatického

rozhovoru zameraného na riešenie ambivalencie terapeut využíva otvorené otázky, sumarizáciu, aktívne počúvanie, potvrdenie klientovho prežívania, evokatívne otázky, atď. Veľkú úlohu v motivačných rozhovoroch zohráva navodenie **diskrepancie** (Miller a Rollnick, 1991; 2002) medzi závislým správaním (zneužívanie drog, nepoctivosť, uprednostňovanie drogy pred všetkým ostatným, manipulatívne jednanie, agresivita, atď.) a medzi cenenými hodnotami a cieľmi v živote klienta (viera, zdravie, rodina, práca, priateľstvo, partnerský vzťah, atď.). Dané hodnoty a ciele majú byť predpokladom vnútornej motivácie pre zmenu.

Na ceste k motivácii a k zmene stoja aj motívy, ktoré tomuto procesu bránia. Prejavujú sa v **odpore voči zmene**, či voči terapeutickému snahe terapeuta. Oproti ostro konfrontačným prístupom založeným na prelomení odporu, je pri motivačných rozhovoroch rešpektovaný pohľad klienta a odpor zo strany klienta je chápaný ako výsledok očakávania nátlaku v terapii (Miller a Rollnick, 1991; 2002). Pri klientovej zvýšenej rezistencii je to znovu empatia, ktorá pomáha terapeutovi zmiernovať odpor klienta a tak prispievať k udržaniu v liečbe, zlepšovaniu terapeutickému aliancie, k práci na zmene a následne k lepšiemu výsledku (správna práca s klientovým odporom koreluje s výsledkom psychoterapie Beutler a spol., 2002). Zvyšovanie, či znižovanie odporu sa potom chápe ako priama úmera kvality vzťahu terapeuta a klienta.

Pri reagovaní na situácie prítomnosti odporu u klienta využívajú motivačné rozhovory okrem iného napríklad techniku zosilnenia vyjadrenia odporu („*zdá sa, že nemáte žiadne ťažkosti*“), preformulovania („*to, že dokázate zvládnuť viac ako ostatní je aj znakom zvýšenej tolerancie*“), dvojitej reflexie („*na jednej strane vidíte vážne problémy pri ďalšom užívaní drog, na druhej strane to, čo navrhujem, pre vás nie je akceptovateľné*“) a ďalšie. Terapeut sa pritom snaží vyhnúť značkovaniu klienta („*vy ste alkoholik*“), preberania roly experta, množstvu zatvorených otázok („*keď všetko zistíte, povie mi, čo treba robiť, dá recept na abstinenciu*“), pasci zaujatia jednej strany ambivalencie (klient má tendenciu zaujať protistranu, čo je zväčša strana pre drogu). Vyhnutie sa značkovaniu je aj dôležitou súčasťou stratégie znižovania odporu k liečbe u klienta.

Tri fázy vedenia motivačných rozhovorov

V praxi majú motivačné rozhovory tri fázy (Miller, 1995). V prvej sa terapia zameriava na **budovanie motivácie pre zmenu**. V druhej sa na základe rozpoznania vnútorného rozhodnutia pre zmenu zameriava terapeut na **dojednanie záväzku k zmene** a vypracovanie plánu zmeny. Tretia fáza sa venuje úprave plánu a **obnove motivácie** počas klientom urobenej zmeny v jeho živote. Keď sa na tri fázy motivačných rozhovorov pozrieme cez optiku štádií zmeny, ktoré sú etablované v liečbe závislostí (*prekontemplácia*: pacient nerozmýšľa o zmene, *kontemplácia*: pacient zvažuje zmenu, *príprava*: pacient sa pripravuje na zmenu, *konanie*: pacient zavádza zmenu, *udržiavanie*: pacient udržiava zmenu, *ukončenie*: pacientova zmena je ukončená; Prochaska a Norcross, 2002), možno prvú fázu spájať najmä s prekontempláciou

a kontempláciou, druhú fázu najmä s prípravou a tretiu fázu najmä s konaním a udržiavaním zmeny. Počas správdzania klienta štádiom prekontemplácie a kontemplácie sa terapeut zameriava na budovanie motivácie pre zmenu. Deje sa to zameraním sa na dva základné fenomény kvalitnej motivácie pre zmenu, a to na klientovu reč zmeny a klientove vyjadrenia sebadôvery. **Reč zmeny** rozpoznávame pri klientovom formulovaní alebo naznačovaní nevýhod súčasného stavu v zneužívaní návykových látok, pri zvažovaní výhod zmeny a naznačovaní úmyslu zmeniť sa. Toto všetko smeruje k uvedomeniu si závažnosti problému a pripusteniu si dôležitosti zmeny k zastaveniu problémového správania. Vyjadrenia o sebadôvere (**reč sebadôvery**) sa týkajú prežívania schopnosti zmeniť svoje správanie, pociťovania nádeje na zmenu a celkového optimizmu ohľadom zmeny. Tieto vyjadrenia sú nevyhnutnou súčasťou kvalitnej motivácie pre zmenu, pretože k prežívanej dôležitosti zmeniť problémové správanie pristupuje dôvera vo vlastnú schopnosť dosiahnuť túto zmenu, mať šancu na úspech. V motivačných rozhovoroch je dôležité dávať hlas klientovmu vnútornému svetu, ktorý obsahuje aj vnútorné motívy, hodnoty a ciele vedúce k zdravému spôsobu života. **Vnútorný motív k zmene** má najsilnejší potenciál byť agentom úspešnej zmeny.

Druhá fáza motivačných rozhovorov zahŕňa prechod klienta do fázy rozhodovania a prípravy na uskutočnenie zmeny (Miller, 1995; Miller a Rollnick, 1991; 2002). Pre terapeuta je dôležité rozpoznať klientovu pripravenosť k zmene, stav vnútorného rozhodnutia so zníženou ambivalenciou. Navonok sa to prejavuje znížením prejavov odporu u klienta, zvažovaním alternatív riešenia problému, zvýšeným výskytom reči zmeny, uvažovaním o živote po zmene alebo nezáväzným pokusom o zmenu. Tu však je potrebné byť obozretný a nepodceňiť skrytú ambivalenciu, ktorá nemusela byť úplne prepracovaná (problémom môže byť prílišná náhlivosť alebo naopak pasivita terapeuta pri nasmerovaní k akcii zmeny). Preto je pri vstupe do druhej fázy vhodné zrekapitulovať hlavné body prvej fázy, klientom formulované motívy pre i proti zmene, predstavy o svojich schopnostiach a až potom prejsť k formulovaniu záväzku k zmene. V rámci tvorby záväzku k zmene sa terapeut môže opierať o klientove predstavy o uskutočnení zmeny i vlastné informácie a skúsenosti iných klientov. Aj v tejto fáze terapeut naďalej empaticky sleduje klientove názory, myšlienky i prežívanie. Oba sa snažia dojednať plán zmeny, ktorý bude čo najviac zodpovedať klientovým potrebám, schopnostiam a možnostiam. Vytýčia ciele a jednotlivé kroky nutné k ich dosiahnutiu. Terapeut môže facilitovať záväzok k zmene aj písomnou dohodou (tá môže zahŕňať aj pacientove blízke osoby). Aj tento záväzok dokáže posilniť rozhodnutie a samotné uskutočnenie zmeny v realite.

Neoddeliteľnou súčasťou motivačných rozhovorov je **sledovanie** pacienta pri uskutočňovaní zmeny v problémovom správaní (tretia fáza; Miller, 1995; Miller a Rollnick, 1991; 2002). Počas spoločných stretnutí preberá klient s terapeutom úspechy (skončenie zneužívania drogy, prerušenie kontaktu s drogovou partiou), ťažkosti (abstinenčné príznaky, craving, konflikty v rodine) i zlyhania (jednorazové užitie

drogy, užitie alternatívnej drogy) na ceste k trvalej zmene. Terapeut pracuje na obnovovaní motivácie. Zlyhania slúžia na prehodnocovanie cieľov (nájsť si partnera, prestať bez cudzej pomoci, bez ústavného liečenia), vlastných schopností (nedostatočná sebakontrola, neschopnosť zvládnuť craving) i možností (neštrukturovaný čas cez deň, nezamestnanosť, sociálna izolácia). Oba môžu prejsť k realnejšiemu plánu zmeny, viac zodpovedajúcemu skutočným potrebám a možnostiam klienta. V prípade neprekonateľných ťažkostí pri nastoľovaní zmeny alebo pri jej udržiavaní môže byť dôležitým doplnením motivačných rozhovorov ďalšia liečba. I v tomto prípade sa predpokladá vyšší efekt podstupenej liečby, keďže klient k tomuto kroku pristupuje po dostatočnom zvážení jeho dôležitosti pre seba.

Empirické zistenia ohľadom liečby využívajúcej prvky motivačných rozhovorov

Čo sa týka empirického skúmania efektívnosti motivačných rozhovorov, možno konštatovať, že aplikácie týchto rozhovorov sú pomerne dobre preskúmané z hľadiska ich účinnosti (a to aj berúc do úvahy náročnú metodológiu znáhodňovaných klinických skúšok; pozri Timulák, 2003). Zvyčajne sa skúmajú rôzne verzie využitia motivačných rozhovorov ako napríklad motiváciu posilňujúca terapia, na klienta zameraná terapia závislostí, interview v štýle motivačného rozhovoru využívajúce aj behaviorálne techniky a pod. Adaptácie motivačných rozhovorov sa testujú aj ako *predliečba* (t.j. motivačné rozhovory sú aplikované pred inou formou liečby) aj ako *samostatná liečba*. Skúmané intervencie sú spravidla veľmi krátke (od 1 do 6 stretnutí). Do roku 2002 sa realizovalo 26 klinických štúdií testujúcich účinnosť terapií vychádzajúcich z motivačného vedenia rozhovoru (Burke, Arkowitz a Dunn, 2002), ktoré o.i. zistili, že niektoré komponenty motivačných rozhovorov ako poskytnutie spätnej väzby môžu byť dôležitými premennými; v liečbe alkoholovej a drogovej závislosti krátke motivačné intervencie dosiahli stredné až veľké miery efektu s udrzaním benefitov v katamnéze; porovnania s inými liečbami neprinesli lepšie výsledky; motivačné rozhovory sú účinné aj ako predliečba aj ako samostatná liečba; účinnosť motivačných rozhovorov môže byť aj pri iných problémoch vyžadujúcich zmenu poškodzujúceho správania (hypertenzia, cukrovka, poruchy príjmu potravy). Tiež sa ukazuje, že táto forma liečby môže byť obzvlášť vhodnou alternatívou u málo motivovaných pacientov (prekontemplátorov), ktorí sú v odpore voči zmene (Beutler a spol., 2002).

Keďže účinnosť motivačných rozhovorov nie je vyššia ako u iných intervencií skúmaných v kontexte liečby závislostí, zdalo by sa, že nie je dôvod o zvýšený záujem o tento druh liečby. Keď si ale podrobnejšie všimneme štúdie efektívnosti tohto prístupu, zarazí nás jeho krátkosť a tým aj efektívnosť z hľadiska nákladov. Ukázkovým príkladom efektívnosti nákladov motivačných rozhovorov je projekt MATCH, ktorý bol doposiaľ najväčším skúmaním efektívnosti psychosociál-

nych (psychoterapeutických) intervencií v histórii výskumu psychoterapie.

Projekt MATCH

Verzia motivačných rozhovorov, tzv. *motiváciu posilňujúca terapia* (Miller, 1995), bola súčasťou projektu MATCH (Babor a Del Boca, 2003) testujúceho účinnosť troch foriem psychoterapie pri závislosti od alkoholu. Okrem testovania účinnosti troch rôznych foriem psychoterapie výskum sledoval aj ich diferenciálnu účinnosť vzhľadom k relevantným premenným na strane pacientov (napr. vzhľadom k vážnosti závislosti). Išlo o gigantický projekt, ktorý zahŕňal 1726 pacientov a 81 terapeutov. Tri porovnávané terapie boli: **motiváciu posilňujúca terapia** (motivational enhancement therapy – MET), **kognitívno-behaviorálna terapia** (KBT) a **12-kroková facilitácia** (twelve step facilitation – TSF; individuálna forma liečby využívajúca 12-krokový model anonymných alkoholikov). Terapia trvala 12 týždňov s tým, že za toto obdobie klienti v KBT a v 12-krokovej podmienke absolvovali 12 stretnutí a v podmienke poskytujúcej motiváciu posilňujúcu terapiu len 4 (!) stretnutia (v 1., 2., 6. a 12. týždni liečby). Prvé stretnutie motiváciu posilňujúcej terapie (MET) sa zameralo na spätnú väzbu o type pitia, hladine intoxikácie, rizikových faktoroch, krvných testoch a neuropsychologického zhodnotenia (všetci pacienti, teda aj v KBT a 12-krokovej podmienke, po zaradení do výskumu absolvovali 8 hodín intenzívneho vyšetrenia). Druhé stretnutie MET bolo zamerané na povzbudenie k zmene (využilo sa aj plánovanie zmeny). Tretie a štvrté stretnutie boli zamerané na pokroky (neúspechy) pri dosahovaní zmeny.

Pacienti boli liečení ambulantne s tým, že 952 z nich bolo získaných formou inzerovania možnosti liečby a 774 bolo získaných z rezidenčných programov (liečební), kde sa už začali liečiť (pred zapojením do liečby mali za sebou priemerne okolo 20 dní hospitalizácie alebo denného pobytu). Pacienti boli rozdelení do dvoch ramien (arm) klinickej skúšky. Boli rozdelení na tých, ktorí prišli priamo do liečby v rámci projektu MATCH (outpatient arm), a na tých, ktorí boli získaní z rezidenčných programov (aftercare arm). V rámci týchto ramien boli náhodne priradení do jednej z troch experimentálnych podmienok (teda buď KBT, 12-krokovej liečby alebo do terapie posilňujúcej motiváciu). Efekt liečby sa sledoval po 3 mesiacoch a potom po každom mesiaci až do troch rokov (39 mesiacov; v prípade pacientov, ktorí pochádzali z rezidenčných programov, sa kvôli nákladom efekt sledoval iba 15 mesiacov). Bola použitá celá batéria nástrojov merania efektu liečby. Dva primárne ukazovatele však boli **počet (percento) abstinujúcich dní v mesiaci** a **počet alkoholických „drinkov“ v deň, kedy pacient neabstinoval** (drinky sa prepočítavali na základe množstva alkoholu). Ďalšími ukazovateľmi boli pečeňové testy, konzekvencie konzumácie alkoholu, sociálne fungovanie, psychopatológia, depresia, pracovná absencia, atď. Počet abstinujúcich dní bol hodnotený pacientmi signifikantnými a porovnávaný s výsledkami pečeňových testov (bližšie o meraní Connors a spol., 2003).

Ako sme už povedali, efekt týchto troch terapií sa meral každý týždeň počas liečby a každý mesiac až po dobu troch rokov po skončení liečby (Stout et al., 2003; Randal et al., 2003). **Všetky tri terapie boli rovnako efektívne (! teda aj štyri stretnutia trvajúca motiváciu posilňujúca terapia – MET) a v podstate si udržali svoju efektívnosť počas troch rokov katamnézy (bol prítomný mierny pokles v dňoch abstinencie)**. Pacienti, ktorí pred začatím skúmanej terapie, mali za sebou pobyt v nejakom rezidenčnom zariadení (aftercare arm), boli o niečo úspešnejší. Kým pred liečbou mali v priemere iba okolo 20 % dní v mesiaci bez alkoholu, po liečbe to bolo takmer 100 % dní (po roku okolo 90 % dní bez alkoholu). U pacientov bez predchádzajúcej rezidenčnej liečby (outpatient arm) to bolo v priemere okolo 30 % abstinujúcich dní v mesiaci pred liečbou vs. okolo 90 % abstinujúcich dní po liečbe (po troch rokoch cca 75–80 % dní). Navyše aj v dni, keď pacienti konzumovali alkohol, sa jeho množstvo výrazne znížilo (až z 20 drinkov za deň na maximálne 2, resp. 3).

Výskum navyše testoval 31 hypotéz diferenciálnej účinnosti troch skúmaných typov liečby vzhľadom k pacientovým charakteristikám (Stout et al., 2003; Randal et al., 2003). Napriek dobrému teoretickému podloženiu jednotlivých hypotéz sa diferenciálna účinnosť takmer v žiadnej z nich nepotvrdila (napríklad nebol žiaden rozdiel v účinnosti týchto troch terapií z hľadiska počiatocnej úrovne konzumácie alkoholu u pacientov, z hľadiska úrovne kognitívneho poškodenia u pacientov, z hľadiska pohlavia, úrovne konceptualizácie, úrovne zmysluplnosti života, úrovne motivácie a iných). Iba v málo charakteristikách boli jednotlivé formy liečby diferenciálne účinné. Vzhľadom k motiváciu posilňujúcej terapii sa zistilo, že táto bola efektívnejšia ako KBT a 12-kroková facilitácia (TSF) pri klientoch s vysokou úrovňou hnevu a menej efektívnejšia pri klientoch s nižšou úrovňou hnevu. Takisto sa zistilo, že (ale až v treťom roku katamnézy a iba u pacientov bez predchádzajúcej rezidenčnej liečby), 12-kroková facilitácia (TSF) bola efektívnejšia ako motiváciu posilňujúca terapia (MET) u klientov, ktorí mali prostredie, ktoré ich podporovalo v pití.

Možnosti využitia motiváciu posilňujúcej terapie na Slovensku

Aspekty motiváciu posilňujúcej terapie môžeme nájsť vo väčšine dnešných liečebných programov u nás – aj keď vzdelávanie a výcvik v tomto terapeutickom postupe sa u nás nerobí. Najbližšie možno prejsť trojfázovým výcvikom v prístupe motivačných rozhovorov v Čechách.

Motivačné rozhovory, či motiváciu posilňujúcu terapiu možno začleniť viacerými spôsobmi na pracoviská, ktoré sa zameriavajú na **liečbu zneužívania (závislosti od) návykových látok**. (1) Tento prístup môže byť využitý ako **samosťatná liečba** v prípade pacientov vhodných pre ambulantnú liečbu (ľahšie formy závislosti). (2) Tento prístup môže byť využitý ako **vstupná metóda motivácie pacientov pre inú, spravidla intenzívnejšiu, formu liečby** v zariadeniach špe-

cializujúcich sa na liečbu zneužívania a závislosti od drog a alkoholu. (3) **Prvky motivačných rozhovorov** môžu byť využité ako súčasť udržania motivácie pre liečbu v rôznych iných formách terapie. (4) Motivačné rozhovory resp. ich prvky možno využiť i pri iných poruchách ako závislosti, napríklad u **porúch príjmu potravy**, pri potrebe zmeny životného štýlu, či pri potrebe dodržiavania diéty u pacientov s **hypertenziou, obezitou, či cukrovkou**.

Zhrnutie

Motivačné rozhovory (motiváciu posilňujúca terapia) predstavujú dôležitý príspevok k liečbe závislostí ako aj iných problematických prejavov správania. Hlavný prínos tohto terapeutického prístupu spočíva v **empiricky overenej účinnosti a krátkosti jeho prevedenia**. Navyše sa ukazuje, že táto forma terapie môže byť obzvlášť vhodnou voľbou pri pacientoch prejavujúcich odpor voči liečbe, či zvýšenú úroveň agresivity. Do budúcnosti by bolo určite vhodné, ak by sa intervencie založené na princípoch zvyšovania vnútornej motivácie pacientov rozvíjali a využívali v liečbe závislostí na Slovensku ešte vo väčšej miere, ako je tomu doposiaľ.*

*Príspevok bol prezentovaný na 7. dňoch dynamickej psychoterapie. Pezinok, 21.-22.10.2004.

Literatúra

- Babor T.F., Del Boca F.K.:** Treatment matching in alcoholism. IRMA. Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- Bell A., Rollnick S.:** Motivační rozhovor v praxi: Strukturovaný prístup. In: F. Rotgers (Ed.): Léčba drogových závislostí (s. 215-228). Praha: Grada Publishing, 1999.
- Beutler L.E., Moleiro C.M., Talebi H.:** Resistance. In: J.C. Nocrass (Ed.): Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients (s. 129-143). New York: Oxford University Press, 2002.
- Connors G.J., Miller W.R., Anton R.F., Tonigan J.S.:** Clinical assessment: Measuring matching characteristics and treatment outcomes. In: T.F. Babor, F.K. Del Boca (Eds.): Treatment matching in alcoholism. IRMA (s. 29-41). Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- Miller W.R., Rollnick S.:** Motivational interviewing: Preparing people for change. 2nd edition. New York: The Guilford Press, 2002.
- Miller W.R.:** Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioural Psychotherapy, 1, 1983, s. 147-172.
- Miller W.R.:** Motivational enhancement therapy with drug abusers. National Institute on Drug Abuse, 1995.
- Miller W.R.:** Motivational enhancement therapy: Description of counseling approach. In: Approaches to drug counseling (s. 99-106). U.S. Department of Health and Human Service, National Institute of Health, 2000.
- Miller W.R., Rollnick S.:** Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior. The Guilford Press, New York, 1991.
- Miller W.R., Rollnick S.:** Motivational interviewing. 2nd edition: Preparing people for change. The Guilford Press, New York, 2002.
- Papežová H.:** Motivační terapie u poruch příjmu potravy. Česká a Slovenská Psychiatrie, 96(8), 2000, s. 397-401.
- Papežová H., Uher R.:** Motivační terapie u poruch příjmu potravy II. Klinické ukázky a nástroje. Česká a Slovenská Psychiatrie, 98(1), 2002, s. 28-32.
- Prochaska J.O., Norcross J.C.:** Stages of change. In J. C. Nocrass (Ed.), Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patient (s. 303-314). New York: Oxford University Press, 2002.
- Randal C.L., Del Boca F.K., Mattson M.E., Rychtarik R., Cooney N.L., Donovan D.M. et al.:** Primary treatment outcomes and matching effects: Aftercare arm. In: T.F. Babor, F.K. Del Boca (Eds.): Treatment matching in alcoholism. IRMA (s. 135-149). Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- Stout R., Del Boca F.K., Carbonari J., Rychtarik R., Litt M.D., Cooney N.L.:** Primary treatment outcomes and matching effects: Outpatient arm. In: T.F. Babor, F.K. Del Boca (Eds.): Treatment matching in alcoholism. IRMA (s. 105-134). Cambridge: Cambridge University Press, 2003.
- Timulák L.:** Súčasný trendy vo výskume psychoterapie: I. Výskum efektu psychoterapie. Česká a Slovenská Psychiatrie, 99, 2003, s. 146-154.

Do redakcie došlo 12.1.2005.