

A motivációs interjú

A motivációs interjú, ahogy *Miller és Rollnick* (1991) kifejlesztette, részben motiváló technika, részben pedig a szenvedélybetegség, sőt tágabban minden nemkívánatos viselkedés megváltoztatásának „filozófiája”.

Könyvüket a szerzők azzal a kérdéssel vezették be, hogy mi szükséges a változáshoz? A szerzők szerint a változással a leginkább Carl Rogers foglalkozott és az ő elméletét vizsgálták a legjobban. Jól ismert elmélete szerint a kliens változásának elősegítéséhez a terapeutának rendelkeznie kell elsősorban empátiával, nem bírtoklós melegséggel és őszinteséggel (kongruenciával, bár ez nem teljesen fedt az előző kifejezés). Ha ez így van, akkor vajon miért jutott túlsúlyra a szenvedélybetegekkel foglalkozó szervezetekben és terápiás irányzatokban a konfrontáció?

A szerzők szerint a kémiai függők a szakemberek számára mint olyan betegsoport jelentek meg, akiknek bizonyos énvédő (hátrío) működései különlegesen erőteljesek, amit csak erőszkas konfrontációval lehet átöröni. A különlegesen erős énvédő (hátrío) működések pedig a pszichodinamikus megközelítésből származnak – így a szerzők –, amely szenvedélybetegék esetén primitív énvédő mechanizmusokat feltételez, pl. elsősorban a tagadást, a projekciót és a racionalizálást. Ez kiegészült azzal a nézettel, hogy az alkoholistaának el kell jutni a mélypontig, ahonnan már nem vezet út lefelé, ahonnan már csak felépülni tud – ha nem akar elpusztulni. Ezt akár egy krízis koncepciónak is tekinthetjük: jó esetben a krízis megoldása konstruktív, gyógyulással, felépüléssel végződik. De ahhoz, hogy ez bekövetkezzon, el kell jutni a krízisig.

Miller és Rollnick (1991) több olyan vizsgálatot idéz, mely szerint alkoholisták és nem-alkoholisták tagadásának (mint hátrías) gyakorisága nem különbözik: továbbá az „alkoholista” beteg, mint címke elfogadása nem különbözött a sikeresen gyógyult és a nem-gyógyult alkoholistáknál (az „alkoholista vagyok”, a „beteg vagyok” elfogadása sok terápia első lépése).

Miller és Rollnick szerint a konfrontáció csak arra jó, hogy a kliens ellenállását fozozza. A tagadás csak a terapeuta – helytelen – intervenciójára adott „összerű” válasza. A szerzők azt javasolják, hogy a konfrontáció ne a beavatkozás stílusa legyen, amely dühöt és hatalmat közvetít egyik személytől a másik felé), hanem a célja.

A konfrontáció mint cél azt jelenti, hogy a kliens lássa és fogadja el a realitást, ami alapján aztán meg tud változni. Azért beszélhetünk konfrontációról, mert a realitás elfogadása – éppen a szenvedélybetegék esetében – nem könnyű, valóban konfrontációt jelent.

Miller és Rollnick bizonyos ételemben a motiváció fogalmát is átfogalmazták: nem mint egy létező vagy nemlétező (minden vagy semmi) dolgot szemlélik, amit el a kliens a terápiába érkezik, hanem egy állapotnak, ami lehet, hogy nincs, lehet,

hogy kialakul, lehet, hogy elmúlik. Helyzetről-helyzetre, időről-időre fluktuálhat. Szemléletünk érzékeltetésére a Prochaska-DiClemente-modellt mutatjuk be, ahol a motiváció folyamatosan változik a kliens problémaezékeltésével együtt és mátra és mátra irányul (nem rögtön a szenvedélybetegség abbahagyására, hanem először csak az elszánás alakul ki, aztán a döntés, aztán az akció, aztán a fenntartás, aztán a visszatérés kezelése stb. – lásd ott).

A szerzők felsorolják azokat a felülrőlbb eseteket, amikor a terapeuta/konzultáns „motiválnak” látja kliensét:

- egyetért a konzultánsnal
- elfogadja a konzultáns diagnózáit (elszíneri, hogy o alkoholista)
- kifejti, hogy segítségére van szükség
- láthatóan aggodnik állapota miatt
- követi a konzultáns tanácsait

Ezután felsorolják, amikor a konzultáns „motiválatlannak”, „tagadlában” vagy „ellenállásban” levőnek látja kliensét:

- nem ért egyet a konzultánsnal
- nem fogadja el a konzultáns diagnózáit vagy értékelését
- nem kér segítséget
- nem aggodnik az állapota miatt
- nem követi a konzultáns tanácsait

A szerzők a konzultáns-szempontú motiváció értékelés helyett a motiváció mint *viselkedési válaszintéséget* fogják fel: annak valószínűségét, hogy a kliens megnyitja be és követi egy specifikus változási stratégiát. Nem „motivált” klienseket kell keresnünk, hanem motiválni kell a klienseket. A szerzők szerint nem fogadható el a konzultánsok érvelése, hogy a kliens nem motivált a változásra, tehát ő a felelős a terápia kudarcáért, hanem a konzultánsnak kell motiválna kliensét.erre szolgál a motivációs interjú mint technika. A motivációs interjú technika különbözik a tagadást feltételező konfrontációs megközelítéstől, különbözik a készségfejlesztő metodikától (amelyek már eleve feltételezik a kliens motivációt: a kliens csak egy bizonyos készség hiánya vagy fejletlensége akadályozza meg a változást), továbbá különbözik a nondirektív megközelítésekétől is (ahol a kliens szabja meg a konzultáció menetét és a konzultáns empátiáson ugyan, de passzívan, nem beavatkozóan vesz részt az ülésben).

A *Miller és Rollnick* (1991) által kifejlesztett technika elsősorban a változás számaának (kompenzáció) szakszabban alkalmazható, amikor a kliens még nem érti úgy, hogy alkohol/droghasználatuk probléma lenne, nem látja magát „alkoholista-