

Witold Simon, Daniel Marchewka, Paweł Sala

MOTYWACJA A PSYCHOTERAPIA

MOTIVATION AND PSYCHOTHERAPY

Klinika Nerwic Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie
Kierownik: doc. dr hab. Małgorzata Siwiak-Kobayashi

**motivation
psychotherapy**

W artykule przedstawiono różnorakie teorie motywacji oraz kierunki badań nad motywacją. Scharakteryzowano poszczególne rodzaje motywacji – ze szczególnym uwzględnieniem rodzajów motywacji w psychoterapii – oraz czynniki motywacyjne wpływające na przebieg terapii. Dokonano również zestawienia etapów zachowania i procesu terapii w kontekście motywacji. Zaprezentowano czynniki motywacyjne istotne w selekcji do psychoterapii oraz techniki terapeutyczne zwiększające motywację pacjenta.

Summary: The article describes different motivation theories and research approaches. Numerous motivations, with the emphasis on motivation for psychotherapy, as well as motivational factors influencing the psychotherapy are characterised. Stages of behaviour and psychotherapy in the motivational context are compared. Motivational factors recognised as inclusion criteria for psychotherapy and therapeutic techniques increasing motivation were outlined.

Wprowadzenie

Celem psychoterapii jest pomoc pacjentowi w osiągnięciu korzystnych dla niego zmian: w myśleniu, postrzeganiu siebie i innych, reagowaniu emocjonalnym i, o ile to możliwe, w zachowaniu. Dąży się do tego poprzez pracę obejmującą: odreagowanie emocjonalne, uzyskanie wglądu w naturę jego objawów, pracę nad nieprawidłowymi postawami, przekonaniami i myślami, pracę nad patogennymi wzorcami zachowań, naukę nowych mechanizmów radzenia sobie itp. Do podjęcia takiego wysiłku oraz do wytrwania w procesie terapii niezbędna jest odpowiednia motywacja, rozumiana jako „proces wzbudzający działanie, utrzymujący je w toku i regulujący jego przebieg” [1].

Teorie motywacji

Istnieje wiele różnorodnych, rozbieżnych i trudnych do porównania teorii motywacji. Ich przegląd dokonał Cofer i Appley [2], Madsen [3], Łukaszewski [4], Pervin [5]. Wspólne dla wielu podejść wydaje się założenie, że motywacja wywiera znaczący wpływ na różne etapy zachowania człowieka. Wielość teorii zaowocowała podejmowaniem różnych kierunków badań nad motywacją; te współczesne [6] można podzielić na:

- fizjologiczne — koncentrują się na tzw. pierwotnych popędach (głód, pragnienie, seks), analizując nerwowe i biochemiczne mechanizmy leżące u podłoża motywacji,
- behawioralne — stanowią rozwinięcie teorii popędów i uczenia się,
- psychospołeczne — starają się wyjaśniać złożone, wyuczone zachowania, uwzględniające np.: potrzebę osiągnięć, potrzebę afiliacji, hierarchię potrzeb, czynniki nieświadome.

Motywacji nie można oczywiście traktować jako jedyne go czynnika tłumaczącego ludzkie zachowania, warto więc rozpatrywać wszelkie jej teorie na tle poszczególnych psychologicznych koncepcji człowieka. Poniżej przedstawiono te podejścia, które wydają się szczególnie ważne dla przebiegu psychoterapii:

- Etologiczne [7, 8] — w którym jako motywację określa się gotowość do przestrzegania pewnego utrwalonego wzorca zachowania.
 - Socjobiologiczne [9] — jako motywację rozumie się tu zdeterminowane dążenie do przekazywania własnych genów oraz doboru możliwie najlepszego partnera.
 - Psychodynamiczne [10–13] – zakładające, że wrodzone popędy determinują zachowania, ich źródłem jest energia psychiczna, wyrażająca się w pojęciach libido, i agresja, a motywy zachowania są nieuświadomione. Niektóre modyfikacje tego podejścia uznają, że mechanizm motywacyjny oparty jest na redukcji napięcia, które ma wynikać z lęku podstawowego jako konsekwencji braku zaspokojenia potrzeby bezpieczeństwa. Zdaniem niektórych autorów, istotne jest też zaspokojenie potrzeby przyjemności. Dążenie do integralności własnej osoby i/lub zachowania homeostazy postrzegane jest jako najważniejszy mechanizm motywacyjny.
 - Behawiorystyczne [14–16] — operuje pojęciem *popędu* rozumianego tu jako wielkość zaniedbania jakiejś istotnej potrzeby lub jako siła oddziaływania czynnika negatywnego. Dzięki temu popędowi uruchamiane są czynności skierowane na realizację tej potrzeby. Szansa na pojawienie się danego zachowania zależy głównie od wzmocnienia, jego rodzaju i wielkości, regularności i adekwatności, ilości czasu między zachowaniem a wzmocnieniem. Gdy jednostka oczekuje bezskutecznie na wzmocnienie pozytywne, może to odbierać jako karę. I odwrotnie, gdy nie doświadcza oczekiwanego wzmocnienia negatywnego — spełnia to funkcję nagrody.
- Hull [15] zaproponował formułę opisującą zachowanie (*potencjał pobudzeniowy* — sEr): $sEr = sHrxD$, gdzie: deprivacja lub zagrożenie doprowadzają do powstania ogólnego popędu (D -rive), w znacznym stopniu odpowiadającego za uruchomienie zachowania. Wykonanie czynności redukujących popęd (H -habit) określa mianem *nawyku*.
- Według koncepcji Mowrera [16], każde nasilenie popędu wiedzie do strachu. Człowiek w takiej sytuacji jest zmotywowany do zachowań redukujących strach. Teoria ta wyjaśnia utrwalone zachowania stymulowane strachem czy radością, nie tłumaczy jednak fenomenu pierwszego pojawiania się reakcji.
- Poznawcze [17–19] — łączy motywację z informacją, jej deficytem lub dostatkim, zgodnością albo z konfliktem informacyjnym. Zgodnie z tym podejściem jednostka jest skłonna podjąć działanie, jeżeli doświadcza przykrości spowodowanej napięciem w systemie poznawczym. Celem takiego działania jest rozwiązanie konfliktu. Natomiast

rezultatem deprivacji sensorycznej są zaburzenia percepcji, procesów myślowych i pamięci, przeżywanie halucynacji, napięcia, silnych lęków.

- Humanistyczne [20] — motywacja opiera się na hierarchii potrzeb, w której najważniejszą potrzebą jest spełnienie własnych możliwości. Staje się to możliwe, gdy zaspokojone są potrzeby niższego rzędu.

Osoba, która doświadczyła deprivacji potrzeb fizjologicznych, będzie tym silniej koncentrować swą energię na ich zaspokojeniu, im silniejsza i bardziej długotrwała ta deprivacja była. W tym okresie inne potrzeby mogą nie mieć znaczenia. Kiedy zostaną zaspokojone potrzeby fizjologiczne, rozbudzona zostaje potrzeba bezpieczeństwa. Może ona jednak ulec deprivacji, jeżeli jednostka doświadcza braku stabilności w otoczeniu i licznych konfliktów. Po zaspokojeniu potrzeb bezpieczeństwa i fizjologicznych otwarta jest droga do potrzeb wyższego rzędu — miłości i przynależności. Jeżeli jednak człowiek doświadcza braku afirmacji, ma poczucie uprzedmiotowienia, alienacji i samotności, doprowadza to do deprivacji tych potrzeb. Osoba z dużą deprivacją potrzeby miłości będzie rozpaczliwie poszukiwać sytuacji i ludzi dających choćby pozornie szansę na jej zaspokojenie. Gdy te trzy grupy potrzeb są zaspokojone, możliwe jest skierowanie uwagi na potrzebę szacunku. Jeżeli jednak jednostka była poniżana, ma poczucie braku osiągnięć i małego prestiżu, może dojść do deprivacji jej potrzeb.

Gdy potrzeby niższego rzędu są choćby częściowo zaspokojone, uruchomiony zostaje poziom potrzeb samorealizacji. Wśród nich szczególną rolę odgrywają potrzeby poznawcze, wiedzy, zrozumienia świata. Osiągnięcie tego poziomu w terapii wydaje się szczególnie ważne, gdyż w pewnym sensie warunkuje osiągnięcie wglądu. Deprivacja najwyższych potrzeb doprowadza do zachowań metapatologicznych, np.:

- deprivacja potrzeby sprawiedliwości pociąga za sobą utratę poczucia bezpieczeństwa, gniew, cynizm, nieufność, zgeneralizowany egoizm,
- deprivacja potrzeby porządku wywołuje poczucie zagrożenia, czujność, napięcie, utratę zdolności przewidywania.

Gdy wszystkie te potrzeby są deprivowane, człowiek przykłada największą wagę do zaspokojenia potrzeb niższych, niezbędnych do funkcjonowania. Osoba bardzo zaniedbana we wczesnym dzieciństwie może mieć olbrzymie trudności w próbowaniu nowych form radzenia sobie. Oznacza to mniejsze szanse na realną zmianę.

Własny, korespondujący z powyższym, podział teorii motywacji przedstawił Madsen [3]:

- Homeostatyczna (kongruentna z podejściami etologicznym, socjobiologicznym i psychoanalitycznym) — zaburzenie homeostazy uruchamia motywację. Dzięki procesom poznawczym i energetycznym organizm osiąga ponownie homeostazę, co oznacza koniec reakcji. Jeżeli nie, to jego wysiłek będzie kontynuowany. Madsen uważa, że organizm dąży do pozyskania np. pokarmu, często jeszcze zanim dojdzie do zachwiania równowagi. W kontekście człowieka niewątpliwie istnieje mechanizm przywracania równowagi, chociaż niekiedy ludzie są w stanie znieść znaczne nawet jej zaburzenia, rozwijając mniej lub bardziej korzystne formy adaptacji.
- Podnietowa (koresponduje z teorią behawiorystyczną) — bodziec jest czynnikiem uruchamiającym motywację. Przetworzony poznawczo będzie stymulował procesy

energetyczne, doprowadzając do zakończenia działania bodźca. W przeciwnym razie czynność będzie kontynuowana.

- **Poznawcza** — procesy poznawcze są uruchamiane przez bodźce, następnie same uruchamiają procesy energetyczne i kształtują reakcję. Przetworzona informacja jest źródłem motywacji zachowania, a wynik działania jest oszacowywany w stosunku nie do bodźca, lecz na podstawie struktur poznawczych.
- **Humanistyczna** — wewnętrzne procesy poznawcze kształtują motywację, a warunki zewnętrzne wpływają raczej na przebieg zachowania.

Rodzaje motywacji

Uwzględniając powyższe teorie, można uszeregować motywacje ze względu na główny wymiar:

I Wymiar wewnętrzności i zewnętrzności

A. **Motywacja wewnętrzna** — źródłem motywacji wewnętrznej jest zwykle poczucie zadowolenia lub spełnienia, płynące bezpośrednio z wykonywania danej czynności. Taka czynność jest podejmowana dobrowolnie, nierzadko w opozycji do otoczenia. Zdaniem niektórych autorów, wynika z potrzeby poczucia kompetencji i decydowania o sobie [21]. Nierzadko osoby umotywowane są nie oczekiwaną nagrodą na końcu wysiłku, a wzmocnieniem płynącym z samej aktywności, sprawniej osiągają swoje cele. W związku z powyższym w prowadzeniu psychoterapii praktyczna wydaje się znajomość czynników wpływających na motywację wewnętrzną:

– **Nagrody zewnętrzne** – część badaczy [22] twierdzi, że powodują one niższy poziom motywacji u osób zazwyczaj nagradzanych niż u nienagradzanych w ogóle. Inni [21] dowodzą, że chwalenie zwiększa motywację wewnętrzną oraz że dostarczanie ludziom informacji zwrotnych nie powoduje spadku motywacji wewnętrznej, a może nawet spowodować jej wzrost. W kontekście psychoterapii jest to tym bardziej możliwe, im bardziej taka informacja jest adekwatna i diagnostyczna. Trzeba jednak przy tym pamiętać, że sterowanie ludźmi może doprowadzić do spadku motywacji wewnętrznej. Spadek jest również możliwy, gdy nagrody uzależniane są od spełniania zobowiązań lub nieadekwatnych oczekiwań. Może się to zdarzyć i w trakcie terapii, co niewątpliwie wypacza proces leczenia. Natomiast nagrody, które są niespodzianką, nie powodują spadku motywacji wewnętrznej, nie mają bowiem charakteru sterującego. Zdaniem Deciego i Ryana [21] silniej motywują do działania zadania własne niż narzucone. Ukazuje to, jak ważne jest, by pacjent był przekonany do podejmowania pewnych zadań. Natomiast, gdy wykonywane zadania są nudne, już wstępny poziom motywacji wewnętrznej może być niski. W terapii pacjent może odczuwać nudę, gdy nie rozumie sensu zadań, nie otrzymuje informacji zwrotnych, terapeuta jest apatyczny itp.

– **Pozostawienie autonomii** — gdy terapeuta podczas leczenia konsultuje pomysły, kary i nagrody, dużo informuje, powoduje to wzrost motywacji wewnętrznej pacjentów. Wszelkie konsekwencje pacjent powinien rozumieć. Jeżeli nie zostawia się mu autonomii, lecz zbyt ingeruje, decydując o karach i nagrodach instrumentalnie — choćby i w najlepszych intencjach, by wywołać pożądane przez siebie reakcje — motywacja wewnętrzna będzie niska [23].

B. Motywacja zewnętrzna — ma swe źródło w czynnikach będących na zewnątrz jednostki. Celem postępowania jest wtedy otrzymanie nagrody lub uniknięcie kary. Motywacja zewnętrzna układa się w kontinuum [21]:

- zewnętrzna regulacja: zachowania kontrolowane przez zewnętrzne źródła, czynniki materialne, ograniczenia narzucane przez inne osoby;
- introjekcja: poprzednie zewnętrzne źródło motywacji zostaje zinternalizowane;
- identyfikacja: zachowanie wciąż podlega wpływom zewnętrznym, lecz jest wewnętrznie regulowane i określone;
- integracja — o danym zachowaniu w pełni decyduje dana osoba.

II Wymiar hierarchii potrzeb [20]

– podejście szerzej opisane powyżej

A. Motywacja nastawiona na rozwój — obecna u osoby osiągającej samourzeczywistnienie poprzez rozwój. Zaspokojenie impulsu zwiększa, a nie zmniejsza motywację. Zaspokojenie potrzeb motywów rozwoju (choć tego rodzaju potrzeby nigdy nie są w pełni zaspokojone) daje zdrowie i przyjemność tworzenia.

B. Motywacja wynikająca z niedoboru — zaspokojenie go jedynie chroni przed chorobą, często na krótko. Niedobór ten może zostać tylko częściowo zaspokojony. Częsty u pacjentów zaniedbanych w dzieciństwie.

III Wymiar przywracania i zaburzenia istniejącej równowagi [24]

Przywracanie równowagi jest niezbędne do funkcjonowania, więc człowiek na tym koncentruje swe działania. Gdy znajdzie się w optymalnych warunkach, wtedy jest gotowy stawiać sobie nowe cele. Z tym wymiarem związane są:

A. Motywacje hedonistyczne — Young [1] uważa, że unikanie negatywnych doświadczeń oraz poszukiwanie pozytywnych doznań jest zasadniczym mechanizmem motywacyjnym. Jeżeli człowiek doświadcza przeżyć negatywnych i nie jest w stanie osiągnąć efektu pozytywnego, może dążyć do skrócenia czasu trwania negatywnych doświadczeń. Innymi słowy polega to na dążeniu do przyjemności i redukowaniu nieprzyjemności. Mechanizm ten może odpowiadać za zjawisko drop-outów (porzucenia leczenia).

B. Motywacja epistemiczna [25] — ma miejsce, gdy osoba, kierując się ciekawością poznawczą, jest skoncentrowana na pozyskaniu nowych informacji i wiedzy. Twórcze przetwarzanie informacji może dostarczać jej dużo satysfakcji. Wydaje się korzystna dla przebiegu psychoterapii, sprzyja bowiem uzyskaniu wglądu i uznaniu własnego wpływu na otoczenie.

C. Motywacja własnej kompetencji [26] — wynika z predyspozycji do efektywnego współżycia z otoczeniem, odpowiada na potrzebę wpływania na otaczającą rzeczywistość. Związana jest także z potrzebą kontroli. Wydaje się istotna dla fazy reorientacji postaw pacjenta.

IV Wymiar zadaniowości, rozwoju i osiągnięć

A. Motywacja zadaniowa — opisując zachowania motywowane zadaniowo należy wziąć pod uwagę: ukierunkowanie (wyniku, celu, zamiaru), intensywność (tempa, nakładu pracy, poniesionych kosztów), ustrukturywanie. Ukierunkowanie zachowania motywowanego zadaniowo obejmuje:

- genezę i rodzaje zadań oraz motywację zachowań ukierunkowanych na cel,
- konstruowanie i realizowanie planów działania,
- perspektywę czasową w realizacji czynności.

Funkcjonowanie człowieka w sytuacjach zadaniowych zależy od jego nastawienia na osiąganie sukcesów i unikania porażek. Związane z tym jest dbanie o poczucie własnej wartości, potrzeba uzyskania wyraźnych i diagnostycznych informacji o własnych możliwościach, zdolność do długofalowego wysiłku, odraczania gratyfikacji oraz dążenie do rozwoju i samorealizacji. Przymioty te są bardzo istotne dla przebiegu psychoterapii,

Tabela 1

Konsekwencje motywacyjne w zależności od orientacji na wykonanie zadania lub rozwój

	Konsekwencje motywacyjne orientacji na	
	wykonanie zadania	rozwój
Sposób definiowania sukcesu	wynik lepszy niż osiągnięty przez innych	poprawa, wzrost własnej sprawności
Rozumienie sensu celu	byćle pasym niż inni	wysiłek, przedsięwzięcie
Metryka zadowolenia z siebie	zwyższenie	postęp, osiągnięcie nowej sprawności
Interpretacja błędów	porażka lub dowód braku zdolności	nieuchronny element uczenia się, źródło dodatkowej wiedzy i przesłanki korekty działania

szczególnie długoterminowej. Większość pacjentów w początkowym okresie terapii jest zorientowana na wykonanie zadania, a tylko nieliczni na rozwój. Ta druga postawa zdecydowanie bardziej sprzyja zdrowieniu i dojrzewaniu jednostki [27].

B. Motywacja osiągnięć — osoby obdarzone silną motywacją osiągnięć lepiej funkcjonują i wytrwale dążą do celu podczas wykonywania zadań średnio trudnych. Takie zadania przynoszą też najwięcej adekwatnych informacji zwrotnych. Zadania za łatwe nie są w tym kontekście użyteczne, nie dostarczają bowiem istotnych informacji, a zbyt trudne kończą się przeważnie porażką [28]. Z kolei Weiner [19] podkreśla, że ludziom większą satysfakcję sprawiają sukcesy wynikające z ich pracy niż będące szczęśliwym zrzędzeniem losu. Mało tego, osoby o silnej motywacji osiągnięć ewidentnie dążą do zdobycia informacji na temat własnych umiejętności. Decydują się więc na podjęcie takich zadań, które im to zapewniają.

C. Motywacja rozwoju — Rogers [29] uważa, że tylko jedna potrzeba tak naprawdę ma znaczenie: wzrostu (rozwoju, spełnienia się). Takie zjawiska, jak głód, pragnienie itp. według niego są tylko elementami potrzeby podstawowej. Uważa, że już wczesne dzieciństwo decyduje, jak rozwój będzie przebiegał. Dziecko potrzebuje afirmacji, akceptacji i bezwarunkowej miłości obojga rodziców. Daje to szansę, że rozwinię się w nim poczucie wartości i bycia kochanym. W konsekwencji może to doprowadzić do tego, że będzie otwarte na odkrywanie rzeczywistości wokół siebie, eksperymentowanie i poszukiwanie nowych doświadczeń i w konsekwencji osiągnie status dojrzałej osoby. Jeżeli jednak dziecko doświadcza warunkowej akceptacji, tylko wtedy, gdy spełnia oczekiwania, to

rozwijają się w nim postawa lękowa. W konsekwencji utrwalone zostają różne reakcje obronne. Zamykając się na nowe doznania, inwestuje ono energię w obronę swego Ja i rozwój zostaje zahamowany.

Zachowania ludzkie przeważnie nie koncentrują się na realizacji izolowanego celu, lecz są polimotywacyjne, kierowane przez więcej niż jedną motywację. Nie warto więc koncentrować się na jednym tylko rodzaju motywacji. Potrzeby są realizowane równolegle lub według określonej hierarchii, należy je więc rozpatrywać jako symultaniczne bądź hierarchiczne. Czasami człowiek staje przed dramatycznym, a co najmniej trudnym, wyborem dwóch lub więcej motywów będących w konflikcie między sobą. Częste przeżywanie konfliktów motywacyjnych oraz nieumiejętność ich rozwiązywania mogą doprowadzić do chorób nerwicowych, depresyjnych i psychosomatycznych.

Czynniki motywacyjne wpływające na przebieg terapii

Spośród czynników motywacyjnych wpływających na przebieg terapii należy wymienić:

- I Poziom. Optymalny jest średni poziom pobudzenia [17]. Część pacjentów nie jest świadoma swoich uczuć, nie potrafi ich nazwać ani wziąć za nie odpowiedzialności, tymczasem emocje pomagają czasami w ustawieniu priorytetów. Są też wskazówką, że coś istotnego się dzieje w ciele lub w środowisku. Schwarz i Clore [30] dowodzą, że obecność tzw. pozytywnych stanów afektywnych oznacza, że człowiek osoba nie doświadcza zewnętrznych problemów wymagających rozwiązania. Natomiast tzw. negatywne emocje i nastroje oznaczają, że należy podjąć działania interwencyjno-korekcyjne. Pacjent będzie wtedy zmotywowany do dokładnego analizowania napływających informacji. Brak przeżywania dyskomfortu, cierpienia, powoduje, że nie decyduje się on na wysiłek poznawczy, lecz porusza się utartym szlakiem. Z innej strony patrząc, emocje mogą nieść informację, że jest on blisko założonego celu lub już go osiągnął (pozytywne stany afektywne) lub jest to zbyt odległe albo nierealistyczne (stany negatywne).
- II Procesy poznawcze – są podstawowe dla zrozumienia procesów motywacyjnych. Szczególnie istotna jest rola następujących zjawisk:

A. Ciekawość sytuacyjna — można rozumieć ją jako reakcję na każdą nowość lub jako cechę oznaczającą gotowość do reagowania na różnorakie zmiany; uznawana jest za najsilniejszy motyw działania.

B. Oczekiwania — im większe oczekiwania, tym wyższa motywacja, tym lepsze osiągnięte wyniki (nawet wtedy, gdy wynik jest niższy od oczekiwań) i tym większa satysfakcja z osiągniętego rezultatu [31, 32]. Reykowski [33] zwraca uwagę, że pomimo iż większym oczekiwaniom odpowiadają lepsze rezultaty, oczekiwania powinny się mieścić w ramach wykonalności zadań. Z drugiej strony, nawet jeśli oczekiwania są nierealistyczne, to dają szansę na silniejsze zaangażowanie się, a tym samym i lepszy wynik. W sytuacji zaś, gdy oczekiwania są zbyt wygórowane i ewidentnie przekraczają możliwości realizacji, mogą, zamiast rzeczywistej zmiany, przybrać formę symboliczną — na przykład interpretację sytuacji, zapewniającą nadanie jej nowego sensu i pozwalającą uznać, że wynik został osiągnięty. Niemniej niezmiernie istotne w procesie terapii jest urealnianie oczekiwań pacjenta co do wyników leczenia, jeżeli bowiem żyje on nierealistycznymi

oczekiwaniami, to za pomocą różnych mechanizmów obronnych może unikać informacji diagnostycznych. Nierealistyczne i niespecyficzne oczekiwania mogą być reminiscencjami dzieciństwa, pełnego fantazji o omnipotencji lub beznadziejności, realistyczne oczekiwania zaś są wyważone i precyzyjnie określone, zakładają, że prawdopodobnie nie wszystkie cele zostaną spełnione [34].

C. Aspiracje — w odróżnieniu od oczekiwań, które są związane z wynikiem, jaki będzie — są związane z upragnionym wynikiem, w odróżnieniu zaś od *marzeń* zakładają udział działań własnych. Zdaniem Oettingen [32], czasami skuteczniejsze w motywowaniu ludzi są *antyaspiracje*. Jej zdaniem, sprawdza się to u osób otyłych, które zaczną chudnąć, gdy wyobrażą sobie, jak będą wyglądać po tym, jak jeszcze bardziej utyją. Natomiast, gdyby wyobrażały sobie siebie jako osoby szczupłe, skonsumowałyby swoją „gratyfikację emocjonalną” i w rzeczywistości nie schudły. Aspiracje stymulują motywację, gdy zmiana zależy od konkretnych czynności oraz gdy wyobrażenia zostaną zamienione w cele. W przeciwnym wypadku istnieje prawdopodobieństwo, że pozostaną w sferze nierealistycznych *fantazji*.

D. Niezgodność poznawcza (konflikt, dysonans) — istnieją trzy rodzaje niezgodności:

- niezgodność percepcyjna: np. gdy człowiek udziela lub otrzymuje informacje wzajemnie wykluczające się,
- niezgodność między przekonaniem a zachowaniem,
- niezgodność między opiniami własnymi a cudzymi.

Koncepcja Lewina [31] zakłada kilka rodzajów konfliktów:

- konflikt dążenie — dążenie — między dwiema pozytywnymi możliwościami,
- konflikt unikanie — unikanie — wybór między dwiema negatywnymi możliwościami,
- konflikt dążenie — unikanie — dana opcja wywołuje zarówno uczucia negatywne, jak i pozytywne.

Aktywny i twórczy człowiek nieustannie doświadcza różnych sprzecznych tendencji, co nie zmienia faktu, że konflikty motywacyjne są zasadniczo trudne emocjonalnie. Ich częste doświadczanie, szczególnie bez rozwiązania, zwiększa prawdopodobieństwo doświadczania depresji i problemów psychosomatycznych oraz zaburzeń nerwicowych [35]. Konflikty motywów są niezwykle istotne w terapii i przyczyniają się do przedwczesnego rezygnowania z niej przez pacjentów. Zrozumienie konfliktów motywacyjnych przez pacjenta oraz znalezienie dla nich rozwiązania pomyślnie rokuje dla przebiegu terapii, gdyż daje szansę, że nie będzie on odtwarzać traumatycznych sytuacji z przeszłości. Relacja terapeutyczna, szczególnie w przebiegu terapii grupowej, stwarza duże prawdopodobieństwo odtworzenia podstawowych konfliktów. Wypada mieć nadzieję, że tym razem pacjent, dzięki pomocy grupy, doświadczy innego, mniej niszczącego, ich rozwiązania.

Motywacja jest tym większa, im większa jest niezgodność. Ta z kolei zależy od zgodności lub sprzeczności danych poznawczych oraz możliwości ich usunięcia. Przy oczywistym założeniu, że oba sprzeczne motywy są równie istotne, w przeciwnym bowiem przypadku już na początku niezgodność została usunięta. Bardzo mało nasilona niezgodność będzie

tolerowana. Większa prowadzi do prób jej usuwania, np. przez obronę własnych przekonań. Jeżeli działania takie pozostają bez rezultatu, motywacyjne konsekwencje niezgodności nasilają się, zwiększa się przykrość i następuje ponowny wzrost tendencji do jej usunięcia. Można wtedy oczekiwać kompromisów dotyczących własnego stanowiska i informacji. Gdy człowiek spotka się z niezgodnościami o charakterze traumatycznym czy krytycznym, może to spowodować zarówno daleko idące zmiany w strukturze motywacji (zanik motywacji), jak i dezorganizację zachowania.

III Zjawisko facylitacji społecznej — zakłada, że większość ludzi pracuje szybciej, intensywniej i dokładniej, gdy inna osoba wykonuje tę samą czynność [36]. Obserwacje kliniczne wskazują na to, że do zwiększonego wysiłku przyczynia się obecność innych ludzi; gdy zadania są łatwe i już dobrze wytrenowane — są wtedy lepiej wykonywane, a gdy są nowe i złożone — następuje pogorszenie funkcjonowania [37].

IV Zasada próżniactwa społecznego — częściowo tłumaczy słabe wyniki w terapii grupowej. Wynika to głównie z:

- rozproszenia odpowiedzialności,
- rezygnowania z pełnego zaangażowania, gdy pozostali nie dają z siebie wszystkiego,
- strategii chowania się w tłumie.

Modele relacji — można wyróżnić trzy rodzaje relacji:

- rywalizacja — ludzie osiągają swoje cele tylko wtedy, gdy nie zrealizują ich inni,
- kooperacja — ludzie osiągają swoje cele tylko wtedy, gdy i inni realizują swoje zamierzenia,
- indywidualizm — ludzie realizują swoje cele bez względu na to, czy inni je zrealizują czy nie.

Charakterystyczne dla osób twórczych jest funkcjonowanie indywidualistyczne. W terapii raczej ma miejsce rywalizacja lub kooperacja. Koncentracja na rywalizacji, by okazać się lepszym niż inni, na rozważaniu konsekwencji ew. porażki lub sukcesu doprowadza do tego, że pacjent ma mniej energii i zasobów poznawczych do podejmowania twórczych rozwiązań. Rywalizacja może doprowadzić do obniżenia motywacji wewnętrznej oraz do pewnej irracjonalności działań. Czynniki pchające ludzi do rywalizacji to:

- chęć odniesienia zwycięstwa,
- chęć poprawy własnej wartości wizerunku,
- satysfakcja płynąca z poczucia dobrze wykonanych zadań, np. osiągnięcia mistrzostwa,
- dodatkowa motywacja do włożenia maksymalnego wysiłku.

V Informacje zwrotne — kwestią dyskusyjną jest, czy i w jakim stopniu ludzie naprawę są zainteresowani otrzymywaniem trafnych, diagnostycznych informacji zwrotnych. Zdania na ten temat są podzielone. Trope [38] uważa, że często rzeczywiście pragną uzyskać informację o jak największej diagnostyczności. Dzieje się tak, ponieważ chcą zmniejszyć niepewność odnośnie do własnego potencjału. Zdaniem innych [39], ludzie poszukują takich informacji, które upewniają ich co do dotychczasowej pozycji. Nie chcąc ryzykować zmian, unikają takich, które naprawę mogłyby coś zweryfikować. Go-

ethals [40] podkreśla, że człowiek dąży do uzyskania takich danych, które spowodują, że będzie o sobie pozytywnie myśleć. Niemniej wydaje się, że brak informacji zwrotnej jest czynnikiem redukującym motywację, a jej obecność ją wzmacnia. Udzielenie informacji, że działanie zbliża się ku końcowi — podtrzymuje motywację, poinformowanie zaś, że cel jest daleko i może nie zostać osiągnięty — może spowodować zmianę zachowania i większą mobilizację, lub odwrotnie — doprowadzić do przerwania czynności.

VI Relacja terapeuta – pacjent — empatia, wzbudzanie zaufania, nadziei, zachęcanie pacjenta do odpowiedzialności wydają się kluczowe dla osiągnięcia pożądanej motywacji, a co za tym idzie — sukcesu terapii [41]. Tymczasem, nierzadko przypuszczalny brak motywacji pacjenta staje się zarzutem i nasila się w związku z negatywnym podejściem terapeuty wobec niego. Przyjęcie lub wykluczenie pacjenta z psychoterapii może w dużym stopniu zależeć od wspólnych z terapeutą warstw, jak kultura, światopogląd, edukacja. Wydaje się, że często terapeuci nie biorą tego pod uwagę. Grzesiuk [42] uważa, że silnym czynnikiem motywacyjnym jest opinia o psychiatrze, przypadkowe spotkanie z nim. Aleksandrowicz [43] podkreśla wagę realnego związku między pacjentem a psychoterapeutą, opartego na oczekiwaniach i nadziejach pacjenta, który sprawia, że decyduje się on na pracę terapeutyczną pomimo cierpienia. Zdaniem Sifneosa [44] motywacja pacjenta jest skorelowana negatywnie zarówno z jego własną wrogością, jak i z negatywnym podejściem terapeuty.

Rodzaje motywacji w psychoterapii

Motywację w kontekście psychoterapii można pogrupować w zależności od tego, czy celem pacjenta jest przede wszystkim osiągnięcie zmiany, czy uzyskanie pomocy:

- Cel: osiągnięcie zmiany

- Motywacja zgłoszenia się na psychoterapię [42, 45] – pacjent pragnie dokonania zmiany we własnym funkcjonowaniu. Niekoniecznie wie, co i jak chciałby zmienić w sobie, lecz czuje, że źródło jego problemów leży w psychice. Potrafi poprosić o pomoc. Dzięki temu jest zdeterminowany, aby podjąć ryzyko eksperymentowania nowymi sposobami funkcjonowania. Jest to najkorzystniejsza motywacja.

- Motywacja do zmiany [46] — zakłada, że pacjent ma chęć do pracy, nie tylko dla doraźnych celów — złagodzenia objawów i lepszego zrozumienia siebie, ale jest także gotowy zaakceptować konsekwencje zmiany, np. rezygnację z wtórnych korzyści, konfrontację z lękiem, czasową regresję, uznanie własnego przyczynienia się do problemu. Prawdziwa motywacja do zmiany jest stosunkowo rzadka, zwykle pojawia się po pewnym czasie w wyniku oddziaływań psychoterapeutycznych.

- Cel: uzyskanie pomocy

- Motywacja do uzyskania pomocy [47] — zawiera wypadkową świadomych i nieświadomych pragnień, fantazji, oczekiwań pacjenta — od oczekiwania zaopiekowania się nim poprzez udzielanie mu informacji zwrotnych, aż po oczekiwanie wsparcia w dojrzewianiu. Niektóre pragnienia mogą doprowadzić do niezaangażowania się w leczenie i wzmocnić mechanizmy obronne.

- Motywacja do kontynuowania leczenia [48] — wzrasta, gdy człowiek ma doświad-

czenia bycia wysłuchanym. Ważne jest, by pamiętać, że kontynuacja terapii nie oznacza tego samego, co zmiana w pacjencie. Pacjent może chcieć przychodzić na sesje nie po to, by się zmienić, lecz by doświadczać np. zaspokajania swych potrzeb — uwagi itp.

– Motywacja do oddania się w opiekę terapeutę [42] – pacjent nie bierze pod uwagę możliwości zmiany własnego funkcjonowania, raczej traktuje terapię jako okazję do nawiązania kontaktu z osobą życzliwą, poświęcającą mu czas. Ma tendencję do przedłużania spotkań, nalega na zwiększenie ich częstotliwości. Nierzadko wyznacza terapeutę rolę przyjaciela, którego nie ma w realnym życiu.

Osobnym pojęciem jest amotywacja (brak motywacji):

– Amotywacja — brak motywacji [21] — człowiek nie dostrzega związku pomiędzy swoim zachowaniem a jego wynikiem. Ma częste doświadczenia poczucia niekompe-

Tabela 2

Zestawienie etapów zachowania i terapii

	Etapy zachowania	Etapy terapii
I	zainicjowanie oraz nadanie kierunku – czynnik powodujący wybór konkretnej formy zachowania o danym kierunku	pojęcie terapii – rozumienie jako zgłoszenie się do szpitala lub ośrodka, umówienie się na wizytę, ustalenie kontaktu
II	podtrzymywanie – mechanizmy odpowiadające za podtrzymywanie reakcji tej skłonności, pomimo znacznego wysiłku	kontynuacja terapii – zaangażowanie się w zadania i interakcje wymagalne z procesu terapii, praca nad wyłdaniem, odreagowanie emocjonalne i próbowanie nowych strategii zachowań
III	zakończenie – pacjent uznaje zachowanie za zakończone wtedy, gdy cel jest osiągnięty lub gdy zmienił się charakter zachowania przed osiągnięciem zamierzonego celu	zakończenie terapii – pacjent uznaje, że osiągnął zamierzone cele lub po urealnieniu pierwotnych celów dojdzie do wniosku, że dalsza praca ni czego nie wniesie i przedwzecie rezygnuje z terapii

tencji i braku kontroli, braku celu i sensu danej aktywności, przeżywa bezradność i jest przekonany, że terapia będzie stratą czasu. Brak motywacji do psychoterapii uniemożliwia skuteczną terapię, ponieważ wskazuje na absencję bolesnych uczuć oraz możliwość gratyfikacji poprzez eliminowanie ich.

Motywacja – zestawienie etapów zachowania i procesu terapii

Rozpatrując proces terapii jako rodzaj zachowania, interesujące wydaje się zestawienie etapów procesu terapii z etapami działania, w kontekście motywacji do tego zachowania.

Analizując precyzyjniej ten temat warto uwzględnić następujące kwestie:

I Zainicjowanie zachowania — pacjenci często noszą w sobie pytanie „po co zacząć?”. Jeżeli decydują się na podjęcie terapii, to nierzadko, o czym była już mowa, pod wpływem czynników emocjonalnych, pragnąc osiągnąć pozytywny rezultat lub uniknąć

rezultatu negatywnego. Tym chętniej podejmą wysiłek, im bardziej, subiektywnie, istotny jest dla nich cel. Jednakże wartość celu maleje wraz ze wzrostem prawdopodobieństwa jego osiągnięcia. Ponadto, gdy prawdopodobieństwo osiągnięcia celu jest bardzo duże lub bardzo małe, motywacja jest niska.

II Podtrzymanie aktywności ukierunkowanej na cel — w dłuższej perspektywie czasowej pacjenci noszą w sobie pytanie „jak wytrwać?”. Czasami, zgodnie z koncepcją Lewina [31], można by powiedzieć, że „impet związany z rozpoczęciem zachowania jest wystarczającym warunkiem, aby je dokończyć”. Na jak długo starcza takiego impetu w długoterminowej terapii? Aby wytrwać w krótkoterminowych i długoterminowych aktywnościach, bardzo istotne wydaje się przekonanie o swobodzie wyboru. Już sama świadomość wyboru zachęca do wytrwałej pracy, natomiast ograniczenie wywołuje opór, co często doprowadza do przerwania działania. Ponadto osoby mające poczucie znacznego wpływu będą wybierać zadania wymagające większego wysiłku, korzystniejsze strategie, lepiej też będą tolerować informacje o niepowodzeniach [49].

III a. Zaniechanie działania przed uzyskaniem wyniku, mimo możliwości zakończenia go powodzeniem — zrozumienie tego jest bardzo istotne dla zjawiska porzucania terapii. Wydaje się, że dochodzi do tego, gdy pacjent dostrzega:

- brak wpływu na przebieg wydarzeń podczas terapii,
- brak informacji o tym, jak sobie daje radę,
- brak postępów,
- coraz mniejsze prawdopodobieństwo osiągnięcia celu,
- zależność sukcesu od czynników zewnętrznych,
- znudzenie,
- straty, zamiast wzmocnień, wynikające z własnej aktywności,
- przesyt gratyfikacjami,
- wyczerpanie, wypalenie w sobie
- lęk przed niepowodzeniem i lęk przed sukcesem,
- lęk przed zmianą,
- utratę ważności pierwotnego celu, gdy pojawia się ważniejszy cel alternatywny,
- zbyt silne są korzyści wtórne trwania w sytuacji wyjściowej.

Jest to oczywiście jednocześnie lista czynników redukujących motywację. Do rezygnacji z terapii często dochodzi wtedy, gdy była ona podjęta pod wpływem wewnętrznej motywacji, a pojawi się jakaś inna gratyfikacja z zewnątrz. Np. gdy pacjentka, ofiara przemocy, stwierdzi, że jej mąż nagle zaczyna być bardziej miły niż kiedykolwiek wcześniej; może to uznać za wystarczającą zmianę i zakończyć terapię.

III b. Zakończenie działania ukierunkowanego na dany cel (np. terapii) — ma miejsce, gdy:

- pacjent rozpozna, że wynik zakładany i osiągnięty są możliwie zbieżne,
- dochodzi do formalnego zakończenia programu, np. w leczeniu stacjonarnym.

Czynniki motywacyjne istotne w selekcji do psychoterapii

Za składowe motywacji pełniące ważną rolę w selekcji osób do psychoterapii Sifneos [44] uznał:

- Zdolność do rozpoznania, że symptomy są psychologicznej natury – co jest przeciwne do postawy zaprzeczania emocjonalnym trudnościom. Hanna [50] ponadto uważa, że świadomość powinna być rozumiana jako zdolność do zidentyfikowania problemu, myśli, uczuć oraz umiejętność powiązania ich z interpersonalnymi sprawami wymagającymi leczenia. Jeżeli człowiek nie jest tego świadom, jeżeli ponadto nie będzie w stanie uznać własnego przyczyniania się do problemu, w jego wypowiedziach będzie dużo niejasności, zaprzeczeń, obwiniania innych, nagłaśniania mało istotnych kwestii.
- Zdolność do introspekcji i do uczciwego wyrażania trudności emocjonalnych. Hanna [50] podkreśla, że zgoda i gotowość na doświadczanie lęku i trudności, jako konsekwencja procesu zmiany, powoduje otwartość na nieznaną emocje i stany zachodzące w przebiegu terapii. Jeżeli pacjent będzie odczuwał konieczność udziału w terapii, ale nie będzie w nim zgody na doświadczenie lęku, będzie przerzucał odpowiedzialność za terapię na innych (rodzinę, terapeutę). Takiego pacjenta można poznać po tym, że choć używa slangu terapeutycznego, to zmiana nie następuje. Może być odcięty od własnych emocji i przejawiać silną skłonność do intelektualizacji, racjonalizacji. Odważne konfrontowanie się z problemem może mieć miejsce pomimo lęku, unikania i tendencji do odreagowywania. Świadomość jest bardziej pasywna i kontemplacyjna, gdy konfrontowanie jest bardziej aktywne, wymaga bowiem zamierzonego, wytrwałego i świadomego kierowania uwagi w stronę czegoś, co jest bolesne, wstydlive. Pacjent wykazujący taką cechę jest uczciwy, mówi wprost, przyjmuje łatwo informacje zwrotne, zadaje pomocne pytania. Osoba pozbawiona zdolności do konfrontowania waha się, czy warto eksplorować konkretne sprawy, przejawia tendencję do akceptowania powierzchownych rozwiązań, stosuje wymówki, wymaga wiele zachęcania.
- Gotowość do aktywnego uczestniczenia w terapii – przeciwieństwem jest postawa, gdy pacjent chce być dokładnie poinformowany, co ma robić, sam pozostając biernym. Zdaniem Hanny [50] poczucie konieczności udziału w terapii wyraża się poprzez palące pragnienie zmiany, stanowiące ważne źródło motywacji do zmiany. Pacjent ma poczucie cierpienia. Bez poczucia konieczności terapii jest mało prawdopodobne, by kiedykolwiek zaakceptował, że potrzebuje zmiany i zrozumiał, w jaki sposób może do niej dojść. Pacjenta, który ma silną potrzebę zmiany, można poznać po tym, że przychodzi na czas, jest bardzo zainteresowany opiniami terapeuty na swój temat. Przeciwieństwem jest sytuacja, gdy pacjent będzie deklarować, że terapia jest stratą czasu i jednocześnie będzie nieuważny i bez inicjatywy.
- Ciekawość i gotowość do zrozumienia siebie – aktywna ciekawość może być znacząca w wysiłku poznania siebie; przeciwieństwo to pasywne oczekiwanie gratyfikacji ze strony innej osoby.
- Gotowość do zmiany, eksploracji i eksperymentowania – rezultat aktywnej i konstruktywnej ciekawości. Pacjent jest elastyczny i chce próbować nowych sposobów radzenia sobie.
- Gotowość do uzasadnionych poświęceń oraz branie osobistej odpowiedzialności za szukanie pomocy — np. poprzez znalezienie dodatkowej pracy, by płacić za leczenie, czy zmianę swego rozkładu zajęć, by móc się stawić na terapię. Przeciwieństwem jest pacjent, który oczekuje, że wszystko będzie zaaranżowane pod niego, podczas gdy on sam nie zamierza iść na kompromis.
- Oczekiwanie rezultatów psychoterapii – im bardziej realistyczne, tym korzystniejsze.

Inni autorzy uzupełniają tę listę dodając:

- czynnik przyjemności wynikający z rozwiązywania swych problemów [51],
- zajmowanie się samym sobą – istotne w procesie motywacyjnym, szczególnie w okresie nudy i samotności [51],
- frustrację i niezadowolenie z jakości własnego życia; może to być bardzo poruszającym czynnikiem [51],
- brak większych sprzeczności wartości czy celów [52],
- postawę niepostrzegania problemu jako będącego całkowicie związanego z obecną sytuacją lub będącego całkowicie poza nią [53].

Cytowany powyżej Hanna [50] zwraca jeszcze uwagę, że kwalifikując pacjentów do terapii należy ponadto sprawdzić, czy w ich zasobach znajdują się:

– Nadzieja — pozytywne realistyczne oczekiwanie, że sytuacja zmieni się na lepsze. Osoba obdarzona nadzieją przyjmuje przyszłość jako pełną możliwości i postrzega terapię jako sposobność na lepsze funkcjonowanie. Charakteryzuje się poczuciem humoru, w szczególności zdolnością do śmiania się z siebie. Nie będzie apatyczna ani zniechęcona. Postrzega problem w kategoriach rozwiązania. Wydaje się, że ten opis dobrze pasuje do osoby zmotywowanej. Osoba pozbawiona nadziei ma małe zaufanie we własne siły i możliwość rozwiązania problemu, bywa cyniczna, męczy się wątpliwościami, łatwo poddaje się rezygnacji, ma fatalistyczne podejście do życia, może rozważać samobójstwo.

– Wsparcie społeczne — duża sieć empatycznych i dostępnych przyjaciół, rodziny, silne, korzystne związki służą zdrowieniu oraz sprzyjają mniejszej pierwotnej patologii jednostki. Wsparcie może płynąć od osób z kręgów religijnych, klubowych, rówieśniczych. Podczas terapii można je zorganizować poprzez przydzielenie pacjentom sponsorów (osób wspierających), głównie byłych pacjentów. Gdy takiego wsparcia braknie, pacjenci skłonni są postrzegać siebie jako całkowicie samotnych. Ponieważ rodzinne relacje stanowią dla nich często źródło lęku, frustracji, depresji, przemocy – terapeuta może stać się jedynym źródłem wsparcia.

Techniki terapeutyczne zwiększające motywację

Wiele napisano powyżej o teoretycznych determinantach motywacji. Warto więc również przyjrzeć się, jak poszczególni terapeuci pracują nad zwiększeniem motywacji w terapii, pamiętając jednocześnie uwagę Hanny [50, s. 259]: „większość technik terapeutycznych zakłada pewnego stopnia motywację i zaangażowanie klienta w terapię. Bez motywacji i zaangażowania, nieliczne techniki będą skuteczne, pomimo najlepszych nawet intencji terapeuty. W takiej sytuacji terapeuta zbytnio zajmuje się motywowaniem nie zmotywowanego klienta”.

Generalnie wydaje się, że wszelkie techniki, które powodują, że pacjent czuje się zrozumiany, czuje ulgę, że bardziej rozumie siebie i innych, że z sukcesem próbuje nowych zachowań – powodują wzrost motywacji do uczestnictwa w terapii, do pozostania w niej, do dojrzewania. Wydaje się więc istotne, by terapeuta na poszczególnych etapach:

– Pomógł pacjentowi wyrazić własną chęć do uczestniczenia w terapii [52]. Rollnick i Miller [54] pracujący zarówno z osobami uzależnionymi, jak i z zaburzeniami jedzenia proponują, by to pacjent formułował i rozwiązywał swą ambiwalencję co do leczenia. Odradzają perswazję, agresywną konfrontację i argumentowanie. Ich zdaniem, terapeuta

powinien być bardziej partnerem niż ekspertem i szanować wolność wyboru pacjenta co do kierunku terapii. Włodawiec [55] również dba, by decyzja o terapii i jej poszczególnych etapach nie była przerzucana na terapeutę. Zachęca do brania odpowiedzialności za własne życie. Wyjaśnia zależność między efektami terapii a gotowością pacjenta do otwartości oraz do podejmowania ryzyka kontaktowania się z przykrymi emocjami. Rappaport [56] motywując pacjentów już na początku terapii rozważa, z czego może wynikać ew. przedwczesne kończenie terapii. Stara się również rozbudzić nadzieję, że dojdzie do poprawy. Uważa, że terapeuta powinien:

– Zastanowić się wspólnie z pacjentem, jaki jest rzeczywisty jego problem i jak jest doświadczany. Ważne jest, by unikać etykietek diagnostycznych. W terapii grupowej istotne jest dbanie, by każdy pacjent w jakimś momencie otrzymał bodziec poruszający jego tematykę. Dobrą motywacją dla pacjenta jest doświadczanie subiektywnego cierpienia i poczucie, że ma już tego po prostu dosyć [43]. Niektórzy proponują pracę nad motywacją poprzez intencje paradoksalne, np. zapytanie pacjenta, jak mu się wydaje, w jakiej sytuacji znajdzie się za rok – jeżeli nie rozwiąże swojego problemu [57].

– Pomóc ocenić pacjentowi, czy stan pożądaný jest możliwy do osiągnięcia. Istotne jest dbanie o gotowość pacjenta do zmiany, np. poprzez niedawanie mu zadań, które przekraczają jego siły. Corey M. S. i Corey G. [58] proponują, by uczestnicy terapii formułowali osobiście plany i strategie działania mające służyć zmianie. Po stworzeniu takiego planu — kluczowe jest, by zobowiązali się go wykonać. Taka motywacja i determinacja oznacza gotowość do skorzystania z zaoferowanych narzędzi.

– Pozwolić pacjentowi ocenić, czy ten terapeuta i ta sytuacja są dla niego odpowiednie. Wymaga to uznania, że gotowość do leczenia wynika z interpersonalnej interakcji. Rollnick i Miller [54] na każdym etapie terapii zalecają wyrażanie akceptacji i afirmacji, wyławianie i wzmacnianie tych wypowiedzi pacjenta, które wzmacniają jego motywację, np. uznanie problemu za istotny, pragnienie zmiany.

– Sprawdzić, czy istnieją jakieś konkurencyjne motywy. Vitousek i Watson [57] pracujące z anorektyczkami proponują zamienić silną motywację do odchudzania się na motywację do zmiany. Szczególnie poprzez pokazywanie korzyści płynących z choroby: kontrola nad sobą, kontrola nad innymi, podniesienie moralne na duchu. Ich zdaniem, takie przeformułowanie może zachęcić pacjentkę do zdrowienia. Istotne jest pokazywanie korzyści wykraczających poza poprawę w zakresie objawów: np. lepsze rozumienie siebie.

Enright w artykule o znaczącym tytule „Terapia i poradnictwo bez oporu” [52] twierdzi, że nikt nie będzie stawiał oporu w terapii i będzie bardzo zmotywowany, gdy:

- uzna, że chce pracować nad problemem,
- skupi się na czymś, czego autentycznie doświadcza jako źródła cierpienia,
- naprawdę poczuje nadzieję, że cel zostanie osiągnięty,
- będzie miał zaufanie do terapeuty,
- nie będzie miał żadnych większych sprzecznych wartości czy celów konkurencyjnych.

Jeżeli ponadto terapeuta zapewni pacjentowi w terapii: empatyczną relację, odreagowanie emocjonalne, zmniejszenie napięcia, uwolnienie od wpływu nieuświadomianych uczuć, zaakceptowanie niechcianych przeżyć i włączenie ich w plan bieżących zachowań, zmianę oceny dotychczasowych doświadczeń, zmianę oceny siebie i otoczenia, poszukiwanie nowych wzorców, ćwiczenie nowych zachowań, formułowanie planów na przyszłość — to

możemy mówić nie tylko o tym, że motywacja będzie rosła, ale i o sukcesie terapii [41].

Podsumowanie

Spośród licznych definicji motywacji jedną z praktyczniejszych wydaje się ta, która uznaje ją za jeden z istotnych procesów regulacji zachowania się człowieka w wyborze kierunku i celu, w podejmowaniu działań i nadawaniu im odpowiedniej intensywności, by doprowadziło ono do pożądanego wyniku, np. osiągnięcie określonych stanów, przedmiotów, emocji [20, 33]. W kontekście psychoterapii najbliższe autorom jest stanowisko Sifneosa [44, s. 293], który postrzega motywację jako „proces rozwiązywania problemów w celu zmniejszenia lub opanowania bolesnych uczuć, by uzyskać pewną gratyfikację”. W podejściu poznawczo-behawioralno-społecznym, preferowanym w Klinice Nerwic, gdzie pracują autorzy, część badań potwierdziła znaczącą relację pomiędzy początkową motywacją a wynikiem terapii, wiążąc też wysoką motywację z niższym wskaźnikiem porzucania terapii [59, 60].

Rozpatrując motywację należy pamiętać, że jest ona „złożona, słaba, nigdy nie zanikająca, podlegająca wahaniom” [20, s. 61]. Wywierają na nią wpływ mechanizmy poznawcze i afektywne. Są one różnie koordynowane na etapie podejmowania lub kontynuowania terapii. Mogą mieć charakter polimorficzny, gdy współistnieją lub znajdują się pod wpływem konfliktów motywacyjnych. Stany motywacyjne wynikają z wielorakich interakcji wielu zmiennych, np.: poziomu potrzeby, wartości celu, oczekiwań, wyuczonych zachowań, możliwości współwystępowania sprzecznych motywów, obecności nieświadomych czynników, często wyrażających niezaspokojone potrzeby.

Ludzie zgłaszają się na terapię z różnorodnych powodów. Często wewnętrzny dyskomfort lub zewnętrzne zagrożenia powodują, że znajdują w sobie większą motywację do przebywania z innymi, a nawet do zmiany siebie. Mają nadzieję na uzyskanie cennych informacji zwrotnych dotyczących zagrożenia i sposobów radzenia sobie z nim. Z drugiej strony mogą oczekiwać wyłącznie wystawienia wniosku o rentę lub potępienia krzywdziciela itp. Warto więc traktować ocenę motywacji jako standardową część ewaluacji pacjenta przed przyjęciem na leczenie.

Zgoda na udział w psychoterapii oznacza — do pewnego stopnia — zgodę na powtórzenie wcześniejszego lęku i poniżeń. Coś, co pacjenci nazywają obrazowo „rozdrapywaniem ran”, terapeuci zaś ponownym przeżywaniem to odtwarzanie trudnych wydarzeń. Oznacza to, że motywacja do leczenia jest nie do oddzielenia od konfliktów pacjenta i jego mechanizmów obronnych.

Tymczasem często przypisuje się pacjentowi negatywną motywację. Dodatkowo terapeuci zbyt często oczekują, że już na początku procesu będzie on w stanie racjonalnie stwierdzić, że ma problemy psychologiczne dające objawy i odpowiadające za niekorzystne funkcjonowanie. Może to frustrować zarówno terapeuta, jak i pacjenta.

Pytanie nie powinno więc brzmieć, czy motywacja jest zła, czy dobra, lecz jakie nieświadome czynniki determinują motywację do leczenia, w jaki sposób będą się one zmieniać podczas leczenia oraz jak należy nad nimi pracować, tak by pacjent doświadczył poprawy objawowej, zmiany w swoim sposobie przeżywania i rozwiązywania trudnych sytuacji.

Piśmiennictwo

1. Young P. Motivation and emotion. A survey of the determinants of human and animal activity. New York:

- Wiley; 1961.
2. Cofer CN, Appley MH. Motywacja: teoria i badania. Warszawa: PWN; 1972.
 3. Madsen KB. Współczesne teorie motywacji. Warszawa: PWN; 1980.
 4. Łukaszewski W. Motywacja w najważniejszych systemach teoretycznych. W: Strelau J, red. Psychologia. Podręcznik akademicki. tom II. Gdańsk: GWP; 2000, s. 427–440.
 5. Pervin LA. Motywacyjne składniki osobowości. W: Pervin LA, red. Psychologia osobowości. Gdańsk: GWP; 2002, s. 109–144.
 6. Reber AS. Słownik psychologii. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar; 2000.
 7. Eibl-Eibesfeldt I, Wickler W. Ethology. W: International encyclopaedia of social science. New York: Macmillan and Free Press; 1968, s. 186–193.
 8. Lorenz K. Tak zwane zło. Warszawa: PIW; 1975.
 9. Gould SJ. Socjobiologia a natura ludzka. W: Szacka B, Szacki J, red. Człowiek zwierzę społeczne. Warszawa: Czytelnik; 1991, s. 452–457.
 10. Freud S. The unconscious. W: Riviere J, red. Collected papers of Sigmund Freud, tom IV. London: Hogarth Press; 1949, s. 98–136.
 11. Horney K. Neurotyczna osobowość naszych czasów. Poznań: Rebis; 1993.
 12. Fromm E. Ucieczka od wolności. Warszawa: Czytelnik; 1970.
 13. Murray JE. Motywacja i uczucia. Warszawa: PWN; 1968.
 14. Murphy G. Social motivation. W: Lindzey G, red. Handbook of social psychology. Cambridge: Addison-Wesley Press; 1954, s. 601–633.
 15. Hull CL. A behavior system: An introduction to behavior theory concerning the individual organism. New Haven: Yale University Press; 1952.
 16. Mowrer OH. Learning theory and behaviour. New York: Wiley; 1960.
 17. Hebb DO. The organization of behavior. New York: Wiley; 1949.
 18. Kelly GA. Man's construction of his alternatives. W: Lindzey G, red. Assessment of human motives. New York: Holt, Rinehart and Winston; 1958, s. 33–64.
 19. Wiener B. On sin versus sickness: A theory of perceived responsibility and social motivation. *Am. Psychol.* 1993; 48: 957–965.
 20. Maslow AH. Motywacja i osobowość. Warszawa: PAX; 1990.
 21. Deci EL, Ryan RM. Intrinsic motivation and self determination in human behavior. New York: Plenum Press; 1985.
 22. Lepper MR, Greene D, red. The hidden costs of reward. New York: Erlbaum; 1978.
 23. Deci EL, Nezlek J, Sheinman L. Characteristics of the rewarder and intrinsic motivation for the rewarder. *J. Person. Soc. Psychol.* 1981; 40: 1–10.
 24. Doliński D, Łukaszewski W. Typy motywacji. W: Strelau J, red. Psychologia. Podręcznik akademicki, tom II. Gdańsk: GWP; 2000, s. 469–491.
 25. Kruglanski AW. Lay epistemic and human knowledge: Cognitive and motivational bases. New York: Plenum Press; 1989.
 26. White RW. Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychol. Rev.* 1959; 66: 297–333.
 27. Maehr ML. Thoughts about motivation. San Diego: Academic Press; 1989.
 28. Atkinson JW. Motives in fantasy, action and society. New York: van Nostrand; 1958.
 29. Rogers C. On becoming a person. Boston: Houghton Mifflin; 1961.
 30. Schwarz N, Clore GL. Mood, misattribution and judgements of well-being: Informative and directive functions of affective states. *J. Person. Soc. Psychol.* 1983; 45: 513–523.
 31. Lewin K. Resolving social conflicts. New York: Harper; 1948.
 32. Oettingen G. Positive fantasy and motivation. New York: Guilford Press; 1996.
 33. Reykowski J. Procesy emocjonalne. Motywacja. Osobowość. W: Tomaszewski T, red. Psychologia ogólna, tom II. Warszawa: PWN; 1992, s. 5–201.

34. Alexiev AS. Oczekiwania a przebieg i wyniki leczenia pacjentów z zaburzeniami nerwicowymi. Niepublikowana praca doktorska. Warszawa: IPIŃ; 1973.
35. Emmons RA, King LA. Conflict among personal striving: Immediate and long-term implications for psychological and physical well being. *J. Personal. Soc. Psychol.* 1988; 54: 1040–1048.
36. Daszkowski J. Wpływ pracy grupowej na wysiłek realizacji zadań. Wrocław: Ossolineum; 1988.
37. Bond CFJ, Titus LJ. Social facilitation: A meta-analysis of 241 studies. *Psychol. Bull.* 1983; 94: 265–292.
38. Trope Y. Self-enhancement and self-assessment in achievement behaviour. W: Sorrentino RM, red. *Handbook of motivation and cognition*. New York: Guilford Press; 1986, s. 285–306.
39. Swann WB Jr, Wenzlaff RM, Krull DS, Pelham BW. The cognitive-affective crossfire: when self-consistency confronts self-enhancement. *J. Personal. Soc. Psychol.* 1987; 43: 59–66.
40. Goethals GR. Fabricating and ignoring social reality: Self-serving estimates of consensus. W: Olson JM, Herman CP, Zanna MP, red. *Relative deprivation and social comparison: The Ontario Symposium*, tom IV. New York: Hillsdale; 1986, s. 137–157.
41. Czabała CJ. Czynniki leczące w psychoterapii. Warszawa: PWN; 1997.
42. Grzesiuk L. Psychoterapia. Szkoły, zjawiska, techniki i specyficzne problemy. Warszawa: PWN; 1998.
43. Aleksandrowicz JW. Psychoterapia medyczna. Warszawa: PZWL; 1996.
44. Sifneos PE. Motivation for change: A prognostic guide for successful psychotherapy. *Psychother. Psychosom.* 1978; 3: 293–298.
45. Barth K, Havik OE, Nielsen G, Haver B, Molstad E, Rogge H, Skatun M, Heiberg AN, Ursin H. Factor analysis of the evaluation form for selecting patients for short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Psychother. Psychosom.* 1988; 49: 47–52.
46. Wallerstein RS, Robbins LL. The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation, IV. *Bull. Menn. Clinic.* 1956; 20: 239–262.
47. Atkinson JW. Badania nad motywacją osiągnięć. *Psychol. Wychow.* 1960; 2: 130–150.
48. Appelbaum A. A critical re-examination of the concept 'motivation for change' in psychoanalytic treatment. *Inter. J. Psycho-Anal.* 1972; 53: 51–59.
49. Locke EA, Lathman GP. A theory of goal setting and task performance. New York: Englewood Cliffs; 1990.
50. Hanna FJ. Precursors of change; pivotal points of involvement and resistance in psychotherapy. *J. Psychother. Integr.* 1996; 6 (3): 227–264.
51. Silverman RE. The manifest anxiety scale as a measure of drive. *J. Abn. Soc. Psychol.* 1957; 55: 94–97.
52. Enright JE. Terapia i poradnictwo bez oporu. W: Santorski J, red. *Nowe strategie i techniki pomocy psychologicznej*. Warszawa: PTHP; 1984, s. 88–112.
53. McGuirre MT. The instruction nature of short term insight psychotherapy. *Am. J. Psychother.* 1968; 22: 218.
54. Rollnick S, Miller WR. What is motivational interviewing? *Beh. Cogn. Psychother.* 1995; 23: 325–334.
55. Włodawiec B. Psychoterapia zaburzeń odżywiania się. Warszawa: Instytut Psychospołeczny; 2001.
56. Rappaport K. Resolving social conflicts. New York: Harper; 1948.
57. Vitousek K, Watson S. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clin. Psychol. Rev.* 1998; 4 (18): 391–420.
58. Corey MS, Corey G. Grupy – zasady i techniki grupowej pomocy psychologicznej. Warszawa: Instytut Psychologii Zdrowia i Trzeźwości; 1995.