

„Zaangażowanie jest najważniejsze”

DIALOG MOTYWUJĄCY OCZAMI JEGO TWÓRCÓW

Wywiad z dr Williamem R. Millerem oraz z dr Stephenem Rollnickiem

Na łamach TUiW-u wielokrotnie publikowane były artykuły różnych autorów na temat Dialogu Motywującego. Tym razem mamy okazję przyrzeć się temu stylowi kontaktu i pracy z drugim człowiekiem z perspektywy jego twórców – dr Williama R. Millera oraz dr Stephena Rollnicka.

Dla tych, którzy o Dialogu jeszcze nie słyszeli lub słyszeli niewiele, pozwolę sobie przytoczyć jego najnowszą definicję: „Dialog Motywujący to oparty na współpracy, zorientowany na cel styl komunikowania się, zwracający szczególną uwagę na Język Zmiany. Ma on w zamierzeniu wzmocnić osobistą motywację i zobowiązanie osoby do osiągnięcia konkretnego celu, poprzez wydobywanie i odkrywanie jej własnych powodów do zmiany, w atmosferze akceptacji i troski”¹.

Z dr Stephenem Rollnickiem oraz dr Williamem R. Millerem rozmawia Olga Mrozowska

„Zaangażowanie jest najważniejsze” – rozmowa z dr Stephenem Rollnickiem

Fot. Robert Rejnick



O.M.: Kiedy czytamy lub słuchamy o Dialogu Motywującym, wydaje się on być bardzo prostą, wręcz oczywistą metodą. Sprawa bardziej się kom-

plikuje, kiedy zaczynamy go stosować w praktyce. Co odpowiadasz osobom, które przyszły na szkolenie z zamiarem nauczenia się Dialogu Motywującego i już na początku szkolenia, po usłyszeniu podstawowych informacji na temat tej metody, dzielą się swoimi wrażeniami, mówiąc, że od dawna ją stosują. Jak w takich sytuacjach zachęcasz ich do tego, aby chcieli poznać tę metodę bliżej i nauczyć się więcej?

S.R. Dialog Motywujący jest prosty, ale i jednocześnie trudny. Ludzie dowiadując się o nim, rozpoznają, że nawet jeśli nie znali tej metody wcześniej, robią już coś podobnego, a to bardzo dobry znak. Jeśli myślisz o grze w tenisa, każdy z nas wie, że chodzi o odbijanie piłki raketą, więc rozpoznajemy ten sport.

Dialog Motywujący jest jak szczególnie sposób grania w tenisa, można go porównać do zmiany sposobu trzymania rakietki. Ta zmiana jest prosta, ale wymaga praktyki. Musimy znaleźć sposób na to, żeby ludzi tym zaciekać, zafascynować.

To nie jest coś kompletnie odmiennego, to po prostu pewien szczególny sposób prowadzenia rozmowy. To może być bardzo satysfakcjonujące, pod warunkiem że specjalista sam nie będzie sobie tego utrudniać. Większość trudności stanowi „hałas” w głowie osoby pomagającej, która ma mnóstwo myśli na temat tego, co i jak powinna robić w kontakcie z osobą, której pomaga (powiniennem zrobić to..., muszę zrobić tamto...), za-

miast tego, lepiej powiedzieć sobie, że nieważne, że muszę coś zrobić, ważniejsze jest, żeby skupić się na osobie siedzącej przede mną, jej mocnych stronach, jej motywacji. Wtedy dzieją się wspaniałe rzeczy. Jednak żeby się zadziały, musimy wykorzystać nasze umiejętności wynikające z Dialogu Motywującego, o których wiemy, że umożliwią nam podążanie w dobrym kierunku.

O.M. Ważne jest skupienie specjalisty na osobie klienta i jego zaangażowanie.

S.R. Zaangażowanie jest najważniejsze i bardzo pomocne. Jeśli osoby, którym pomagamy, dostrzegą, że słuchamy ich z uwagą i zainteresowaniem oraz że okazujemy im empatię, większe będzie prawdopodobieństwo, że sami bardziej się zaangażują i że chętniej będą dążyli w kierunku zmiany. Jeszcze raz podkreślę, w zaangażowaniu chodzi o „posprzątanie” swojego umysłu, o to, aby nie być mądrym.

Profesjonaliści są bardzo dobrzy w „byciu mądrymi” i myślę, że na tym polega trudność. Nie chodzi o to, aby wypadać mądrze, czy zadawać mądre pytania. Być zaangażowanym – oznacza po prostu rozumieć doświadczenie osoby, z którą rozmawiamy.

O.M. Niektórzy specjaliści, jak np. terapeuci, mają możliwość poświęcenia swoim klientom większej przestrzeni czasu. To duży komfort. Jednak są takie zawody, gdzie czas rozmowy z klientem jest bardzo ograniczony. Wizyta u lekarza trwa na przykład około dziesięciu minut. W takiej sytuacji można sceptycznie podchodzić do Dialogu Motywującego. Niektórzy specjaliści twierdzą, że w trakcie krótkiej rozmowy z klientem nie ma czasu na jego stosowanie.

S.R. To częściowo nasza wina jako trenerów, którzy uczą innych Dialogu Motywującego i przedstawiają go jako coś bardzo złożonego. Takie nastawie-

nie sprawia, że inni myślą, że nauczenie się tych umiejętności zabiera dużo czasu. Jednak to nie jest wcale aż tak bardzo skomplikowane i złożone.

To zwyczajnie dość „prosta” konstruktywna rozmowa o zmianie, która zachodzi w drugim człowieku. Ta rozmowa nie musi trwać długo. Może odbyć się bardzo szybko, na przestrzeni kilku chwil. Jeśli angażujesz siebie i klienta, wystarczy, że zadasz jedno pytanie, a potem możesz obserwować twarz, która jest przed tobą i na której widać zmiany. To nie trwa tak długo, jak nam się wydaje.

Jednak specjaliści spędzają bardzo dużo czasu na rzeczach, które nie zachęcają ich klientów do zmiany. Tak naprawdę dużo czasu marnowanego jest na mówienie pacjentom rzeczy, których oni nie chcą słuchać albo takich, które już wiedzą.

Inny aspekt kwestii czasu to pewne zniekształcenie jego percepcji: im bardziej się spieszysz w rozmowie z pacjentem, tym bardziej masz poczucie, że wszystko zajmuje zbyt dużo czasu i że jest go mniej.

Paradoksalnie, jeśli zwolnisz swój umysł i zwolnisz tempo rozmowy, pozostawisz przestrzeń na chwilę ciszy – tak jak teraz ja z tobą – wówczas pójdiesz z tą osobą zdecydowanie dalej i szybciej oraz osiągniesz znacznie większy postęp.

W ten sposób można w pewnym sensie „naginać”, kształtować czas. Wtedy ty i twój klient wspólnie doświadczacie spokojnej rozmowy. Im spokojniejsza i wolniejsza ta rozmowa, tym mniejsze poczucie presji czasu. Brzmi dość skomplikowanie, ale chodzi o to, że uczucie pośpiechu i tego, że nie mamy wystarczająco dużo czasu, bierze się stąd, że często sami go sobie nie dajemy. Niemniej jednak rzeczywiście jest tak, że lekarze i pielęgniarki mają bardzo wiele zadań i ograniczony czas na ich realizację, więc moja rada brzmi, żeby zrobili kilka drobnych rzeczy, ale dobrze.

Jeśli chodzi o rozmowę o zmianie, np. niech powstrzymają się od straszenia ludzi tym, co będzie, jeśli się nie zmienią, niech nie dają rad czy instrukcji, jeśli nie są o to proszeni, bo to właśnie takie działania są stratą czasu. Jeśli zrobią dobrze tych kilka drobnych rzeczy, zauważą różnicę.

O.M. Czasem jest tak, że klient ma

inny cel, a specjalista inny, np. terapeuta chce, żeby klient przestał pić, a klient chce tylko ograniczyć picie. Co w takiej sytuacji robimy? Czy negocjujemy z klientem cel? Jeśli tak, to do jakiego stopnia?

S.R. Przede wszystkim angażujemy się w rozmowę z klientem i dzięki temu klient bardziej angażuje się we współpracę z nami. Cokolwiek się potem stanie, będzie łatwiejsze.

Jednak cały czas mamy w tyle głowy, że klient i tak zrobi to, co sam uzna za najlepsze dla siebie. Nie możemy zmienić jego zachowania. W rzeczywistości klient zawsze ma wybór, czy nam się to podoba, czy nie. Jedyne, co możemy zrobić, to dać pewne sugestie i jeśli stosujemy Dialog Motywujący oraz słuchamy klienta z zaangażowaniem i uwagą, to klient chętniej zechce wysłuchać naszych propozycji. Zawsze zachęcam innych specjalistów, aby oferowali swoim klientom rady lub sugestie w taki sposób, aby klient czuł, że ma wybór. Podkreślamy wybór klienta, bo klient rzeczywiście go posiada i to on podejmuje decyzje.

Mówimy: A więc widzę, że chcesz jedynie ograniczyć picie, a nie całkiem przestać pić. W porządku, to Twój wybór. Podkreślamy ten wybór: Czy chciałbyś usłyszeć moją sugestię? (w ten sposób pytamy klienta o zgodę na udzielenie rady). Wielu ludzi w Twojej sytuacji mówi o tym, że całkowite zaprzestanie picia jest dla nich lepsze. Czy chciałbyś dowiedzieć się czegoś więcej na ten temat? Czy kiedykolwiek to rozważyłeś? Podkreślamy autonomię klienta, oferujemy mu wybór. Używamy swojej wiedzy umiejętnie, zamiast mówić klientowi, co ma robić lub czego nie może robić, bo tak naprawdę – może zrobić, co zechce.

O.M. Na świecie Dialog Motywujący określany jest jednym terminem: „Motivational Interviewing”. W Polsce pojawiły się dwa terminy: „Terapia Motywująca” oraz „Dialog Motywujący”, przy czym ten drugi termin stosowany jest o wiele częściej. Czy Twoim zdaniem Dialog Motywujący sam w sobie może być traktowany jako forma psychoterapii?

S.R. Tak, to oczywiście jest i może być forma psychoterapii. Do międzynarodowej społeczności trenerów Dialogu Motywującego² należy wiele osób, które są psychoterapeutami i stosują

DM w swojej praktyce zawodowej.

O.M. Czy to zależy od kontekstu?

S.R. Tak. Możesz stosować Dialog Motywujący jako psychoterapię, dopóki chodzi o zmianę. Jeśli pracujemy np. nad traumą, to zmiana może nie być naszym priorytetem i podstawowym celem. Wówczas Dialog Motywujący nie będzie metodą, którą zastosujemy, która będzie pomocna.

Jeśli chodzi o zmianę – wtedy jak najbardziej. Może się to wydawać dość dziwne, bo mamy metodę, która może być i jest formą psychoterapii, a jednocześnie może być zastosowana przez lekarza w trakcie trzyminutowego spotkania z pacjentem.

Z drugiej strony, to wcale nie aż tak dziwne. Co łączy te sytuacje? To, że mamy w nich do czynienia ze zmianą, a z takimi sytuacjami styka się w swojej praktyce i psychoterapeuta, i lekarz.

O.M. Czy widzisz jakies ograniczenia w stosowaniu Dialogu Motywującego?

S.R. Myślę, że istnieją pewne ograniczenia. Są takie sytuacje, kiedy ludzie tak naprawdę chcą, żeby im powiedzieć, co mają zrobić. Jeśli okazemy im naszą uwagę i stworzymy nic porozumienia, możemy dać im to, czego potrzebują, bo wtedy najprawdopodobniej przyjmą naszą sugestię.

Ograniczenia są widoczne w reakcji osoby, z którą rozmawiamy. Jeśli stosujemy Dialog Motywujący i widzimy, że klient jest pogubiony, pytamy go, czemu tak się czuje i jeśli mówi, że chce, żeby mu powiedzieć, co ma robić – mówimy to, co, naszym zdaniem, w tej sytuacji może być pomocne. Nie znam innych ograniczeń, ponieważ ten styl nie może nikomu zaszkodzić.

Nie postrzegam Dialogu Motywującego jako odrębnej metody leczenia, którą wybiera się do robienia jednej czy drugiej interwencji, wybiórczo. Lepiej jest patrzeć na Dialog Motywujący jako na pewien styl konstruktywnej rozmowy, który leży u podłoża tego, co robisz, a inne rzeczy są jego uzupełnieniem. Może być tak, że stosując Dialog Motywujący, robisz dodatkowo coś bardziej ustrukturyzowanego jak np: terapię poznawczo-behawioralną.

W oparciu o ten angażujący styl rozmowy możesz klientowi udzielić rady, jeśli tego potrzebuje, możesz przeprowadzać bardziej ustrukturyzowane oddziaływania – na takim fundamencie

będą one bardziej skuteczne.

O.M. Bardzo dziękuję za rozmowę.

Wywiad został autoryzowany przez dr Stephena Rollnicka

„Dialog Motywujący to sposób, w jaki można prowadzić rozmowę o zmianie”

– wywiad z dr Williamem R. Millerem



Foto: internet

O.M. Dialog Motywujący ma swoje zastosowanie między innymi w psychoterapii. Często przez terapeutów łączony jest z innymi podejściami terapeutycznymi. Znamy wyniki badań, które potwierdzają, że w połączeniu z terapią poznawczo – behawioralną jest on bardzo skuteczny.

W.R.M. Tak. Wyniki przeprowadzonej przez nas metaanalizy pokazują, że gdy Dialog Motywujący łączono z inną aktywną formą leczenia, wówczas efektywność obu metod była większa³.

O.M. Czy w procesie psychoterapii Dialog Motywujący może być stosowany samodzielnie, niezależnie od innych metod terapeutycznych? Czy może być uważany za niezależną formę psychoterapii?

W.R.M. Tak. Dialog Motywujący jest formą psychoterapii, bardzo ściśle związaną z terapią skoncentrowaną na kliencie.

To nie jest terapia wszechstronna, którą można stosować do leczenia każdego problemu czy zaburzenia, ale oczywiście może być stosowany niezależnie od innych podejść terapeutycznych i często właśnie tak się go wykorzystuje.

To krótkoterminowy sposób pracy z drugim człowiekiem oparty na konkretnych podstawach teoretycznych i określonym modelu pracy. Dobrze łączy się z innymi rodzajami psychoterapii, ale myślę, że w tym miejscu warto podkreślić, że to również terapia sama w sobie, która wcale nie musi być łączona z innymi podejściami terapeutycznymi.

O.M. Zatem to, czym Dialog Motywujący może być, zależy od okoliczności, w jakich jest stosowany. Może to być styl bycia z drugim człowiekiem, może to być sposób rozmowy czy doradztwa, a kiedy stosowany jest w procesie terapii – wówczas jest niezależną formą psychoterapii.

W.R.M. Tak. Używa się go również w edukacji, w praktyce lekarskiej. To sposób, w jaki można prowadzić rozmowę dotyczącą zmiany.

O.M. Tym, co łączy te rozmowy prowadzone w różnych kontekstach sytuacyjnych, jest właśnie temat zmiany.

W.R.M. Oczywiście. Nie trzeba być psychotherapeutą, aby nauczyć się i stosować Dialog Motywujący. Istnieje wiele kontekstów, w których rozmawiamy o zmianie. Dlatego uczą się go i stosują w swojej praktyce przedstawiciele różnych zawodów.

O.M. Jaki jest najlepszy sposób uczenia się Dialogu Motywującego?

W.R.M. Poza pewnym podstawowym szkoleniem, które zazwyczaj trwa jeden lub dwa dni, wiemy już, że to, co najbardziej pomaga ludziom w nabyciu większej biegłości i umiejętności w tym zakresie, to możliwość korzystania przez dłuższy czas z coachingu, supervisionu.

Szkolenie nie musi długo trwać, ale ważne jest, żeby po takim szkoleniu móc pracować pod kierunkiem osoby w tym obszarze zaawansowanej, która przygląda się twojej praktyce, daje ci sugestie i informacje zwrotne na temat tego, jak to robić.

Przypomina to naukę gry na instrumencie lub treningi w sporcie: można próbować trenować samemu, ale w takich sytuacjach ludzie bardzo często korzystają z pomocy trenera albo nauczyciela gry na instrumencie, aby pomógł im nauczyć się szybciej i lepiej tego, co robią i co chcą dalej robić. Chodzi o to, aby pracować pod okiem kogoś, kto jest w tym obszarze bardziej zaawansowany i kto może dać cenne wskazówki oraz kto udzieli

rzetelnych informacji zwrotnych.

O.M. Podczas warsztatu, który prowadziłeś wraz ze Stephenem Rollnickiem w Krakowie w ramach międzynarodowej konferencji dla trenerów Dialogu Motywującego⁴, mówiłeś między innymi o nawrocie. Zaproponowałeś, aby unikać stosowania tego terminu w kontekście uzależnienia. Z jakiego powodu?

W.R.M. Istnieją dwa zasadnicze powody: pierwszy – termin „nawrót” jest dość pejoratywny i powodujący uprzedzenia. Jeśli masz nawrót, to oznacza, że zrobiłeś coś złe. Określenia „nawrót” nie używamy w leczeniu żadnej innej przewlekłej choroby, poza nawrotem nowotworu, co nie jest zachowaniem osoby, ani tak naprawdę w przypadku żadnego innego zaburzenia dotyczącego sfery psychiki. Nie obwiniamy ludzi za nawrót choroby. Nie używamy tego terminu w odniesieniu do leczenia pacjentów z cukrzycą, nadciśnieniem czy astmą. Jeśli któryś z takich pacjentów wraca do szpitala z powodu podwyższonego poziomu cukru czy wysokiego ciśnienia krwi, nie mówimy mu: Masz nawrót. To się po prostu zdarza. W chorobach przewlekłych czymś powszechnym jest, że objawy powracają. Jednak w przypadku uzależnienia termin „nawrót” jest stosowany, co niesie ze sobą pewien obwiniający przekaz. Drugi powód przemawiający za usunięciem tego określenia ze słownika Dialogu Motywującego – termin „nawrót” zakłada tylko dwa możliwe rezultaty leczenia: jeden z nich to doskonałość (utrzymanie perfekcji), a drugi to porażka.

To nie jest prawda. To nie są jedyne warianty. Jeśli przyjrzymy się temu, co dzieje się z ludźmi w trakcie roku po zakończeniu leczenia, zobaczymy, że możliwe są różne scenariusze. Na przykład, wśród osób, które nadal piją w ciągu roku po zakończeniu leczenia, ich picie przeciętnie spada o 87%⁵. Innymi słowy piją oni jedynie 13% tego, ile pili przed podjęciem leczenia.

W przypadku każdej innej choroby przewlekłej, w leczeniu której moglibyśmy uzyskać redukcję objawów o 87%, byłibyśmy zachwyceni, świętowałibyśmy, ale w obszarze leczenia uzależnienia od alkoholu z jakiegoś powodu myślimy o tym jako o porażce. Zakładamy, że jeśli nie wyeliminujemy objawów całkowicie, to leczenie zawiodło.

Słowo „nawrót” samo w sobie zawiera to, co nieżyjący już Allan Marlatt opisuje jako efekt złamania abstynencji (abstinence violation effect). Jeśli tylko raz napijesz się drinka – to po tobie, nie masz już nic do stracenia, bo to oznacza, że się stoczyłeś. Tymczasem nie jest to przekonanie trafne czy udowodnione naukowo. Brzmi raczej jak rodzaj samospełniającej się przepowiedni.

Biorąc te dwie rzeczy razem: obwiniający, moralizatorski ton, podobnie jak język, który stosujemy w obszarze uzależnień (określenia typu „czysty”, „brudny”, „pijak” czy „alkoholik”), widzimy, że określenia te są piętnujące. Dlatego zamiast mówić o nawrocie, lepiej po prostu opisać zachowanie, to bardzo proste: „osoba sięgnęła po alkohol; napiła się”.

O.M. W ostatniej, trzeciej, edycji Waszej książki⁶, w której wraz ze Stephenem Rollnickiem prezentujecie najnowszą koncepcję Dialogu Motywującego, zdecydowaliście się zastąpić stosowane dotychczas słowo „opór” dwoma innymi terminami. Pierwszy z nich to określenie „discord”, co w języku polskim można tłumaczyć jako „rozdźwięk” lub „dysonans”, a drugie określenie to „Język Podtrzymania” (Sustain Talk).

W.R.M. Tak, dokładnie.

O.M. Jaka jest różnica pomiędzy znaczeniem tych dwóch terminów: „rozdźwięk” oraz „Język Podtrzymania” i kiedy je stosujemy?

W.R.M. Język Podtrzymania to po prostu jedna strona ambiwalencji, którą osoba przeżywa. Za każdym razem, kiedy myślimy o wprowadzeniu zmiany, jedna część nas chce zmiany, a druga jej nie chce.

Język Podtrzymania to głos tej części nas, która zmiany nie chce. Mogą to być takie wypowiedzi jak: Ja nie chcę przestać palić, naprawdę lubię palić. To nic innego jak tylko jedna strona ambiwalencji i niczego patologicznego, niezwykłego czy oporującego w tym nie ma. To zwykła ludzka natura.

Drugi termin „rozdźwięk” odnosi się do dyskomfortu w relacji między klientem a terapeutą czy innym specjalistą. Klient może nie czuć się komfortowo z powodu sposobu, w jaki z nim rozmawiamy. W związku z tym może nastawiać się do tej relacji obronnie. Próbuując opisać to zjawisko poprzez metaforę tańca, można by powiedzieć, że rozdź-

wiek oznacza, że specjalista i klient nie tańczą razem dobrze.

Opór to określenie biorące się z perspektywy osoby świadczącej pomoc. Jednak to, co widzi specjalista, nie zawsze jest tym, co widzi klient. Podczas gdy termin „rozdźwięk”, czy inaczej mówiąc „dysonans”, oznacza, że napięcie pojawia się w relacji, a nie po stronie klienta.

Podobnie jak w muzyce: muszą być dwie nuty, żebyśmy mogli mówić o dysonansie. Zarówno specjalista jak i klient mogą doświadczyć rozdźwięku czy dysonansu we wzajemnej relacji. Znowu wracamy do tego, że „opór” to pojęcie w pewnym sensie obwiniające klienta za jego reakcję, a w rzeczywistości to efekt interakcji pomiędzy tymi dwiema osobami.

O.M. Zatem klient nie ponosi pełnej odpowiedzialności za pojawienie się oporu czy też, używając nowego terminu, rozdźwięku.

W.R.M. Innymi słowy – zarówno klient jak i specjalista, który mu pomaga, dzielą wspólnie tę odpowiedzialność, bo to dzieje się w relacji, jaką razem tworzą.

O.M. Poprzednia definicja Dialogu Motywującego, zawarta między innymi w drugiej edycji Waszej książki,⁷ mówiła o tym, że Dialog Motywujący to „skoncentrowana na kliencie, dyrektywna metoda zwiększania wewnętrznej motywacji do zmiany przez analizę i rozwiązywanie ambiwalencji”. W najnowszej, trzeciej edycji książki wydanej w 2013r.⁸ poczyniliście w definicji pewne istotne zmiany. Słowo „klient” zastąpiliście określeniem „osoba”, co podkreśla humanistyczne podejście do drugiego człowieka, które w Dialogu Motywującym odgrywa fundamentalną rolę. Kolejna istotna zmiana to pominięcie terminu „dyrektywność”.

W.R.M. Dokładnie tak.

O.M. Co o tym zadecydowało?

W.R.M. Myślę, że to określenie wprowadzało ludzi w błąd. Ludzie często błędnie rozumieją termin dyrektywność, bo określenie można odczytać tak: To ty kierujesz drugą osobą i to ty jesteś autorytetem.

O.M. Czyli chodzi o znaczenie, jakie ze sobą niesie termin „dyrektywność”. Podobnie jak w przypadku słowa „opór” i jego powszechnego rozumienia.

W.R.M. Oczywiście. Uznałbym za ważne usunięcie obu tych terminów. Teraz mówimy o ukierunkowaniu w rozmowie. To znaczy, że wspólnie z klientem podążamy w określonym kierunku, ale nie na zasadzie kierowania nim. Ukierunkowanie jest zachowaniem, jest czymś, co robimy w rozmowie z klientem i stanowi część Dialogu Motywującego.

Chociażby udzielanie informacji czy rady, robimy to w pewien szczególny sposób, jednak na pewno nie w sposób dyrektywny rozumiany jako udzielanie klientowi rad z pozycji eksperta, który nim kieruje.

O.M. Bardzo dziękuję za rozmowę.

Wywiad został autoryzowany przez dr Williama R. Millera

Konsultacja tłumaczenia – Aleksandra Wilkin-Day

Wywiady zostały zrealizowane przy okazji międzynarodowej konferencji dla trenerów Dialogu Motywującego (Motivational Interviewing Network of Trainers Forum) oraz konferencji „Dialog Motywujący – metoda skutecznego pomagania” zorganizowanej przez Polskie Towarzystwo Terapii Motywującej, Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych oraz Krajowe Biuro do spraw Przeciwdziałania Narkomanii, które to konferencje odbyły się w Krakowie w październiku 2013 r.

¹ *Motivational Interviewing: Helping People Change*. William R Miller, PhD, Stephen Rollnick, PhD. Guilford Press, 2013.

² *Motivational Interviewing Network of Trainers (MINI)*

³ (Hettinger, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). *Motivational interviewing*. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91–111.)

⁴ *Motivational Interviewing Network of Trainers Forum*

⁵ Miller, W. R., Walters, S. T., & Bennett, M. E. (2001). *How effective is alcoholism treatment?* *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 211–220.

⁶ „*Motivational Interviewing. Helping People Change*” – William R. Miller, Stephen Rollnick, 2013 The Guilford Press (tłumaczenie polskie: „*Dialog Motywujący. Jak pomóc ludziom w zmianie?*” – William R. Miller, Stephen Rollnick, 2014, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego)

⁷ „*Wywiad Motywujący. Jak przygotować ludzi do zmiany*” – William R. Miller, Stephen Rollnick, 2002r., The Guilford Press (Wydanie polskie: 2010r. Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego).

⁸ „*Motivational Interviewing. Helping People Change*” – William R. Miller, Stephen Rollnick, 2013; The Guilford Press (tłumaczenie polskie w druku – Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego)