

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

Oversat af Tina Haren og Gregers Rosdahl efter "Toward a Theory of Motivational Interviewing", *American Psychologist*, 2009 (64)6, 527-537.

Den vidt udbredte kliniske metode, Motivational Interviewing (MI) (dansk: den motiverende samtale), opstod gennem en sammensmeltning af videnskab og praksis. Udover et stort fundament af kliniske forsøg, er der sket store fremskridt i forståelsen af MI og de underliggende mekanismer gennem hvilke MI påvirker adfærdsændringer. En sådan identifikation af de aspekter fra praksis, som er relevante for resultatet af behandling, er vigtig, både i forhold til teoriudvikling og i forhold til at bidrage med ny viden til praksis samt til den kliniske uddannelse. Her foreslås et udkast til en teori om MI, der har vægt på to specifikke aktive komponenter: en relationel komponent med fokus på empati og MI's relationelle ånd samt en teknisk komponent, der involverer differentieret frembringelse og styrkelse af klientens forandringsudsagn.

Som resultat heraf opstår en kausalkædemodel, der forbinder uddannelse af terapeuter med terapeutens adfærd og klientens udsagn i behandlingssessioner med outcome efter endt behandling.

I psykologisk videnskab har der været lagt meget vægt på det, som Reichenbach (1938) kaldte "the context of justification". Adfærdsforskere har værdsat denne proces, hvor man starter med en teori, udvinder empiriske hypoteser fra denne for så at teste disse hypoteser empirisk. Reichenbach fastholdte, at god videnskab involverer et samspil mellem denne teoritestende proces og "the context of discovery", hvorved nye ideer og teorier opstår. Mislykkede forsøg på at bekræfte hypoteser udgør særlig frugtbare muligheder for videnskaben. Hvis uventede fund tages alvorligt, fører de en tilbage til tegnebrættet for nye ideer, så man kan udvikle en bedre teori til videre testning.

Denne artikel evaluerer tre årtiers forskning og udvikling af Motivational Interviewing (MI). MI's metode og forskning opstod ud fra en serie af uforklarlige outcomes, der førte til

et teoriudkast om de underliggende mekanismer bag denne korte form for psykoterapi.

Motivational Interviewings oprindelse

TERAPEUTEFFEKT

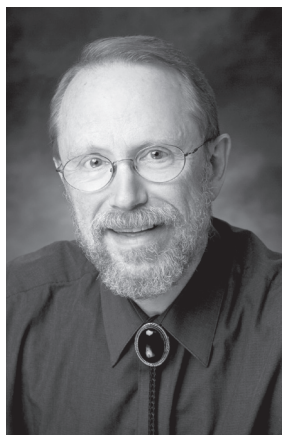
Det var et uventet fund, som ledte opmærksomhed hen på den effekt, som interpersonelle processer har på adfærdsændring. Som en del af forberedelserne til et klinisk forsøg af adfærdsterapi for overforbrug af alkohol (Miller, Taylor, & West, 1980) trænede Miller ni behandlere i adfærdsterapi (Miller & Munoz, 2005) og i den klientcentrerede færdighed akkurat empati (Rogers, 1959). Da behandlerne først var blevet certificerede, observerede tre supervisorer behandlerne, mens de brugte adfærdsinterventionen til selvhenvendte ambulante klienter, og uafhængigt af hinanden rangordnede supervisorerne graden af udvist empatisk forståelse hos behandlerne. Den professionelle empati under terapi prædikterede overraskende to tredjedele af varians i klienternes alkoholforbrug 6 måneder senere ($r=.82$, $p<.0001$). Selv 12 og 24 måneder efter behandling fortsatte den professionelle empati med henholdsvis at forklare halvdelen ($r=.71$) og en fjerdedel ($r=.51$) af variansen i adfærds-outcome (Miller & Baca, 1983). Effekten af behandlerstil var meget større end forskellene mellem de behandlingsformer, som man sammenlignede. Valle (1981) rapporterede ligeledes, at det var alkoholbehandlers klientcentrede og interpersonelle evner, der forklarede en væsentlig andel af variansen i tilbagefaldsrate med en randomiseret klientgruppe. Efterfølgende studier har ligeledes vist store forskelle i forbrug af stoffer afhængigt af den behandler, som klienterne var randomiseret til (Luborsky, McLellan, Diguier, Woody, & Seligman; 1997; Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien, & Auerbach, 1985; McLellan, Woody, Luborsky, & Goehl, 1988).

En klinisk stil

Med disse overraskende fund i bagagen tog Miller på orlov i Bergen, Norge. Hans første artikel om Motivational Interviewing (Miller, 1983) var et uventet produkt af samarbejdet med en gruppe af kollegaer derfra. Han var blevet inviteret til at undervise i adfærdsbehandling af alkoholproblemer og blev samtidig bedt om jævnlige møder med en gruppe

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology



William R. Miller

William R. Miller, Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions, University of New Mexico; Gary S. Rose, Clinical Psychology Program, Massachusetts School of Professional Psychology. This work was supported in part by Grant K05-AA00133 from the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Grant 049533 from the Robert Wood Johnson Foundation, and Grant U10-DA01583 from the National Institute on Drug Abuse. Correspondence concerning this article should be addressed to William R. Miller, Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions (CASAA), MSC11 6280, University of New Mexico, Albuquerque, NM 87131-0001. E-mail: wrmiller@unm.edu

unge psykologer. Denne gruppe bad ham demonstrere, hvordan han ville reagere på klienter, som de behandlede, og i denne rollespilsproces stoppede de ham ofte for at spørge om, hvorfor han sagde, det han sagde, hvor han var på vej hen, og hvad der styrede hans måde at tænke på. Dette gav ham lejlighed til at verbalisere, hvad der hidtil havde været en implicit model, som guidede hans kliniske praksis – en model han ikke havde været bevidst om, og som adskilte sig fra de adfærdsterapiformer, som han ellers underviste i.

På baggrund af noter fra denne proces nedskrev Miller en konceptuel model og nogle kliniske guidelines for Motivational Interviewing (MI). Fokus var på at respondere forskelligt på klientudsagn i en generel empatisk og personcentreret stil. Særlig opmærksomhed var rettet mod frembringelse

og styrkelse af klientens egne verbaliseringer af motivation for forandring. Argumenter i mod forandring ("status quo udsagn", som oprindeligt blev forstået som "modstand" i MI) repræsenterede den anden side af klientens ambivalens, som den professionelle responderede empatisk på. Dette stod i klar kontrast til den konfronterende stil fra den tids behandling af afhængighed (White & Miller, 2007). At argumentere i mod modstand virkede ofte stik i mod hensigten, idet det frembragte mere forsvar af status quo. Et styrende princip i MI var, at det var klienten, ikke den professionelle, der skulle give udtryk for grundene til forandring.

Da Miller beskrev MI, udforskede han lighedspunkter mellem denne konceptuelle tilgang og tidligere psykologiske teorier. Den forandringsfremmende værdi det har at høre sig selv argumentere for forandring var forbundet til Festingers (1957) beskrivelse af kognitiv dissonans og med Bems (1967, 1972) reformulering (af Festingers teori) som "self-perception" teori. Ligeledes relevant var Rogers' (1959) teori om de "nødvendige og tilstrækkelige" interpersonelle betingelser for forandring. Den støttende atmosfære beskrevet af Rogers virkede som en ideel, ikke-truende kontekst at udforske klienters ambivalens i og til at frembringe deres egne grunde til forandring.

Miller sendte manuskriptet til adskillige kollegaer for at få deres kommentarer. Blandt dem var Ray Hodgson, den daværende redaktør af det Britiske tidsskrift Behavioural Psychotherapy, som overtalte ham til at publicere en forenklet version af den konceptuelle artikel (Miller, 1983).

Evaluering af effekten af Motivational Interviewing

MI SAMMEN MED UDREDNINGSFEEDBACK:

THE DRINKER'S CHECK-UP

Da Miller vendte tilbage til New Mexico, fortsatte han arbejdet med at udvikle det, der var opstået. Analyse af kliniske forsøg pegede på seks komponenter, der ofte var til stede i effektive korte interventioner (Brien, Miller, & Tonigan, 1993). Disse blev forkortet med forkortelsen FRAMES: Feedback, Råd om forandring, Ansvar for personlig forandring, Menu af valgmuligheder, en Empatisk stil, og Støtte

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

til mestringsevne. Dette førte til udviklingen af "Drinker's Checkup" (DCU) (Miller & Sovereign, 1989). DCU'en kombinerede MI med personlig feedback af testresultater sammenlignet med populations- eller kliniske normer. Man forventede, at DCU'en ville øge engagementet i behandlingen for alkoholproblemer - en effekt tidligere rapporteret af Chafetz et al. (1962). Et randomiseret forsøg viste dog ingen effekt på, hvor mange der søgte behandling i forhold til en kontrolgruppe på venteliste (Miller, Sovereign, Krage, 1988). I stedet viste DCU-gruppen en brat mindskelse af alkoholforbrug, en forandring som man også så hos gruppen på venteliste, da de sidenhen fik en DCU. Dette fund blev gentaget i et yderligere randomiseret forsøg (Miller, Benefield, & Tonigan, 1993). Det virkede til, at DCU'en alene formåede at skabe signifikant forandring i forbrug af alkohol. Denne særlige kombination af MI med udredningsfeedback blev senere kaldt "motivational enhancement therapy" (MET) og er senere blevet udviklet til en manualstyret kort behandling (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992).

MI FØJET TIL EN ANDEN AKTIV BEHANDLING

De tre næste kliniske forsøg evaluerede MI som indledning til behandling. I alle tre forsøg blev klienter, der påbegyndte misbrugsbehandling, randomiseret til enten at modtage eller til ikke at modtage en enkelt session med MI ved opstart af behandling. I alle tre forsøg viste klienter, der havde fået MI, dobbelt så meget total afholdenhed 3-6 måneder efter behandling i forhold til dem, som fik den samme behandling uden MI ved opstart. Dette var både efter indlæggelse (Brown & Miller, 1993) samt for voksne efter ambulant behandling for voksne (Bien, Miller, & Boroughs, 1993) og hos teenagere (Aubrey, 1998). MI forbedrede også fastholdelse signifikant (Aubrey, 1998) og motivation for forandring bedømt af professionelle uden kendskab til, hvilken gruppe deltagerne tilhørte (Brown og Miller, 1993).

NYT TERRÆN

På en orlov i 1989 i Australien mødte Miller Stephen Rollnick, som forklarede ham, at MI var populært i behandling af afhængighed i Storbritannien, og som opfordrede ham til at skrive mere om MI. Dette førte til deres fælles forfatter-

skab af den første bog om MI (Miller & Rollnick, 1991), som uddybede den kliniske metode (Moyers, 2004). Rollnick fortsatte med at udvikle nye anvendelser af MI inden for sundhedssektoren (Rollnick, Mason, & Butler, 1999; Rollnick, Miller, & Butler, 2008).

Mere end 200 kliniske forsøg af MI er blevet publiceret, og effektbedømmelser og metaanalyser begynder (Burke, Arkowitz, & Menchola, 2003; Dunn, Deroo, & Rivara, 2001; Erickson, Gerstle, & Feldstein, 2005; Hetteema, Steele, & Miller, 2005; Rubak, Sandbaek, Lauritzen, & Christensen, 2005) at vise positiv effekt inden for en række områder herunder rehabilitering efter hjertekarsygdomme, diabeteshåndtering, kostændring, hypertension, stofmisbrug, reduktion af infektionsrisiko, håndtering af kroniske mentale lidelser, overforbrug af alkohol, ludomani, rygning samt mentale lidelser kombineret med misbrugsproblemer. Overraskende var den specifikke effektstørrelse større (Burke, et al., 2003) og mere vedvarende (Hetteema et al., 2005), når MI var føjet til en anden aktiv behandling, et noget kontraintuitivt fund, da man måske kunne forvente større effekt, når konkurrenten er ingen behandling overhovedet. Dette antyder, at der kan opstå en synergieffekt, når MI kombineres med andre behandlingsmetoder. Nylige publikationer har inkluderet bredere anvendelse af MI inden for adfærdændringer (Miller & Rollnick, 2002), sundhedssektoren (Rollnick et al., 2008) samt inden for behandling af psykologiske problemer (Arkowitz, Westra, Miller, & Rollnick, 2008).

MULTICENTERFORSØG

Projektet MATCH var det første multicenterforsøg af MET. Der var 9 psykoterapicentre med i forsøget med i alt 1726 klienter (Project MATCH Research Group, 1993). Resultaterne gennem tre års opfølgning var de samme for en 4-sessioners MET og de to 12-sessioners behandlingsmetoder, som MET blev sammenlignet med. Således var MET mere omkostningseffektiv (Babor & Del Boca, 2003; Holder et al., 2000; Project MATCH Research Group, 1997, 1998a). Lignende resultater kom fra et Britisk 3-center forsøg, der sammenlignede MET med en 8-sessioners familierapi (United Kingdom Alcohol Treatment Trial - UKATT) (Copello et al., 2001; UKATT Research Team, 2005a, 2005b).

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

"The Clinical Trials Network", en del af "The U.S. National Institute on Drug Abuse", har gennemført seks multicenterforsøg af MI og MET sammenlignet med standardbehandling for stofmisbrug og afhængighed (Carroll et al., 2002). Man fandt, at MI-baserede interventioner skabte vedholdende reduktioner i alkoholforbrug (Ball et al., 2007) og fremmede fastholdelse i behandling (Carroll et al., 2006). Man fandt også forskelle i effekt afhængigt af center, idet MET viste særlig fordelagtig effekt på nogle centre men ikke på andre (Ball et al., 2007; Winhusen et al., 2008).

BLANDEDE RESULTATER

Ikke alle forsøg har været positive. Der er blevet rapporteret nulfund for MI, for eksempel med spiseforstyrrelser (Treasure et al., 1998), stofmisbrug og afhængighed (Miller, Yahne, & Tonigan, 2003; Winhusen et al., 2008), rygning (Baker et al. 2006; Colby et al., 1998) og overforbrug af alkohol (Kuchipudi, Hobein, Fleckinger, & Iber, 1990). Selv ved velkontrollerede multicenterforsøg har man fundet, at MI virker på nogle centre og ikke på andre (Ball et al., 2007; Winhusen et al., 2008). Det er tydeligt, at nogle klinikere er signifikant mere effektive end andre til at give den samme MI-baserede behandling (Project MATCH Research Group, 1998b), og selv i forsøg med positive resultater er der selvfølgelig en vis del af klienter, som ikke responderer på MI.



Gary S. Rose

Effekten af MI kan også variere mellem grupper. I en metaanalyse har man fundet, at effektstørrelsen af MI blev

fordoblet, når modtagerne primært var fra minoritetsgrupper sammenlignet med hvide ikke-spanske amerikanere (Hetteema et al., 2005). En retrospektiv analyse af data fra projekt MATCH viste, at indianere responderede særlig godt på MET sammenlignet med kognitiv adfærdsterapi eller 12-trins behandling (Villanueva, Tonigan & Miller, 2007). Ligeledes har Clinical Trials Network studier fundet nogen evidens for særligt udbytte af MET hos gravide stofbrugere fra minoritetsgrupper (Winhusen et al., 2008). En sådan variation i resultater mellem og inden for studier, indikerer behovet for at forstå, hvornår og hvordan behandling virker, og de behandlingsforhold, der kan påvirke behandlingens effektivitet. Hvis man skal finde det, som skaber effekt, kræver det, at behandlingens sorte boks åbnes, samt at sammenhængen mellem, hvordan behandlingen leveres og klienters outcome, undersøges - en forskningstilgang, der blev pioneret af Carl Rogers og hans studerende (Truax & Carkhuff, 1967).

Evaluering af Motivational Interviewings underliggende processer

Den implicite kausalkæde, der oprindeligt blev antaget i MI, var relativt ligetil (Miller, 1983). Adfærdsændring blev styrket ved at få klienter til at verbalisere deres grunde for forandring ("change talk"; Miller & Rollnick, 2002). Omvendt ville frembringelse af status quo udsagn favorisere status quo i adfærd. Dette er en teknisk hypotese omkring effekten af MI: kyndig brug af MI's teknikker vil føre til flere forandringsudsagn hos klienter i sessioner og mindske status quo udsagn, hvilket til gengæld vil prædikere adfærdsændring.

En anden faktor, der fra begyndelsen forventedes at være vigtig for effektiviteten af MI, var klient-behandler forholdet og mere specifikt den terapeutiske færdighed empatisk forståelse (Gordon, 1970; Rogers, 1959; Truax & Carkhuff, 1967). Rogers (1959) antog, at akkurat empati, kongruens og positiv anerkendelse er kritiske terapeutiske betingelser, som skaber en atmosfære med tryghed og accept, hvori klienter sættes fri til at udforske og forandre sig. Man antog, at disse relationelle faktorer i sig selv ville forårsage positiv forandring (Miller, 1983). Som beskrevet ovenfor, viste

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

studier før introduktionen af MI et specifikt og stærkt forhold mellem den professionelles grad af empati og outcomes i forbrug af alkohol (Miller et al., 1980; Valle, 1981).

Disse tekniske og relationelle komponenter er ikke rivaler eller inkompatible hypoteser. Psykoterapiforskning har længe hævdet, at det er en kombination af specifikke (tekniske) og generelle eller non-specifikke (relationelle) faktorer, som påvirker outcome. Figur 1 illustrerer en række måder, hvorpå MI kan facilitere adfærdsændring. Resten af denne artikel vil undersøge aktuel empirisk evidens for de forskellige led i denne formodede kæde.

MÅLING AF PROCESSER I MI OG FIDELITET

Før en gennemgang af MI's procesforskning, er en kort forklaring omkring, hvordan den professionelles fidelitet i MI er blevet vurderet, på sin plads. Vi kender ikke til nogen reliabel og valid måde, hvormed man kan måle fidelitet i MI anden end gennem den direkte kodning af optagelser fra praksis. De professionelles selv-rapporterede færdigheder i MI har vist sig ikke at være relaterede til faktiske vurderinger af praksis fra uddannede kodere (Miller & Mount, 2001; Miller, Yahne, Moyers, Martinez & Pirritano, 2004), og det er de sidstnævnte vurderinger, som prædikerer outcome. Sådanne vurderinger kræver til gengæld træning af kodere, så der nås en inter-rater reliabilitet (ensartede vurderinger koderne i mellem), hvilket i sig selv er en udfordrende proces (Miller, Moyers, Arciniega, Ernst & Forchimes, 2005). Det første redskab til procesvurdering i MI – "the Motivational Interviewing Skill Code" eller "MISC" – blev udviklet af Miller og Mount (2001) og videreudviklet i efterfølgende kliniske forsøg (Miller et al., 2004; Moyers,

Martin, Catley, Harris, & Ahluwalia, 2003). Den oprindelige MISC krævede tre gennemlytninger af samtalen: en til global færdighedsvurdering, en til den professionelles og til klientens udsagn samt en for relativ taletid. Kategorierne og definitionerne blev videreudviklet i takt med erfaring, så koder, der var overflødige eller manglede reliabilitet blev fjernet, og der kom skarpere distinktioner, hvilket gav den nuværende MISC version 2.1 sin form (<http://casaa.unm.edu/download/misc.pdf>). For at mindske tidsforbrug blev et simplificeret kodningssystem udviklet (MI Treatment Integrity - MITI), der alene har fokus på den professionelles adfærd (Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson & Miller, 2005). Sidenhen er en række andre kodningssystemer til MI blevet udviklet og undersøgt (Madsen & Campbell, 2008). Apodaca og Longabaugh (2009) har efter et review af MI's procesforskning konkluderet, at MI adskiller sig pålideligt fra minimale/placebo kontrol betingelser, standardbehandling og andre aktive behandlinger såsom kognitiv adfærdsterapi i antal af både MI-konsistente og MI-inkonsistente udsagn fra den professionelle.

MI PÅVIRKER FORANDRINGSUDSAGN

For at kunne yde støtte til den tekniske hypotese, er det først nødvendigt at vise, at MI påvirker den prædikerede mediator (Baron & Kenny, 1986), som i dette tilfælde er forandringsudsagn - klientudsagn, som taler for forandring. "Modstand" var til at begynde med beskrevet som det modsatte af forandringsudsagn, nemlig udsagn, der taler for status quo (Miller & Rollnick, 1991). I figur 1 bliver dette forhold mellem MI og klientudsagn vist i sti 1 og 2.

I det første studie, der inkorporerede MI procesmål blev klienter som modtog DCU'en randomiseret til en af to former



Fig. 1. Antagede forbindelser mellem proces- og outcome-variabler i Motivational Interviewing (MI)

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

for personlig feedback (Miller et al., 1993). I den ene form for feedback forsøgte behandlerne at overbevise klienterne om behovet for forandring og konfronterede samtidig modstand, når det opstod. I modsætning til dette, fokuserede MI behandlere på at forstå klienternes perspektiver ved hjælp af reflekterende lytning og ved at frembringe klienternes egne bekymringer. Det var samme behandlere, som gennemførte begge interventioner. Klienter, der modtog feedback ved hjælp af MI ytrede dobbelt så mange forandringsudsagn og halvt så meget modstand. Denne forskel mellem grupperne lignede den som Patterson og Forgatch (1985) fandt, hvor klientmodstand skiftevis blev øget og mindsket simultant med, at behandlerne undervejs i sessionerne skiftede mellem henholdsvis konfronterende og personcentrerede terapiformer. Disse studier indikerer, at klienters forandringsudsagn og modstand i høj grad er påvirkelige af den professionelle stil.

Der kom mere evidens for, at MI påvirker forandringsudsagn fra psykologisk analyse af optagelser fra sessioner før versus efter, at professionelle var blevet trænet i MI. Efter træning i MI viste behandlernes klienter signifikant højere frekvens og styrke af forandringsudsagn, især når behandlernes MI træning havde været af den mere intense slags (Amrhein, Miller, Yahne, Knupsky, & Hochstein, 2004; Houck & Moyers, 2008; Miller et al., 2004). Lignende resultater fandt man efter en intervention med MI træning af ansatte fra psykiatrien (Schoener, Madeja, Henderson, Ondersma, & Janisse, 2006).

Moyers og kollegaer (Moyers & Martin, 2006; Moyers, Martin, Christopher, Houck, Tonigan, og Amrhein, 2007) fandt yderligere evidens for sammenhængen mellem MI og forandringsudsagn. Ved hjælp af et sekventielt kodningssystem til klient og behandlerudsagn, analyserede de 38 tilfældigt udvalgte MET sessioner fra projekt MATCH. Da de undersøgte sammenhængene mellem den professionelle MI-konsistente og MI-inkonsistente udsagn samt forandringsudsagn og modstand, fandt de stærk opbakning til den underliggende hypotese. Især MI-konsistente udsagn havde tendens til at blive fulgt op af forandringsudsagn, hvorimod MI-inkonsistente udsagn blev fulgt op af status quo udsagn.

Der var tilsyneladende en synergi mellem behandler- og klientudsagn, idet at MI udløste forandringsudsagn, som så efterfølgende øgede sandsynligheden for flere MI-konsistente behandlerudsagn.

Samlet set yder disse data stærk støtte til sti 1 og 2 i Figur 1. MI-konsistent praksis øger signifikant forandringsudsagn og mindsker modstand.

FORANDRINGSUDSAGN PRÆDIKERER FORANDRING

Et andet led i kæden er forholdet mellem klientforandringsudsagn og outcome (sti 3, 4 og 5 i Figur 1). Det som forudsiges her, at adfærdsændringer vil være direkte relaterede til klienternes forandringsudsagn under en MI-session og omvendt relaterede til status quo.

Tidlig støtte til dette forhold kom fra analyse af optagelser fra DCU-sessioner (Miller et al., 1993). Frekvensen af klienters modstand i sessioner var en stærk prædikator for deres forbrug af alkohol efter 6, 12 og 24 måneder; jo mere modstand klienterne havde udvist, jo større alkoholforbrug havde de. Der blev dog ikke observeret nogen signifikant sammenhæng mellem frekvensen af forandringsudsagn og outcome.

Dernæst brugte Millers forskningsgruppe kodningssystemet MISC (the Motivational Interviewing Skills Code) til at analysere de første 20 minutter af MI-samtaler fra et klinisk forsøg af MI (Miller et al., 2003). Igen fandt man ingen sammenhæng mellem frekvens af forandringsudsagn og outcome i adfærd – et problem for kausalkæden.

Psykologvisten Paul Amrhein foreslog et alternativt klassificeringssystem baseret på hans analyse af det naturlige sprog, som folk bruger til at tale om forandring og forpligtelse (Amrhein, 1992). Ved brug af de samme MI optagelser fra det samme kliniske forsøg, opdelte han forandringsudsagn i lingvistiske underkategorier, der reflekterede forskellige typer af motivation for forandring: ønsker, evner, grunde, nødvendighed og forpligtelse. I stedet for bare at tælle forekomsten af disse talehandlinger, brugte han en etableret taksonomi til at vurdere styrken af udsagn, der

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

talte for forandring (afholdenhed fra stoffer) eller status quo (fortsat brug af stoffer). De tre år, han brugte på dette arbejde, gav et værdifuldt indblik i processerne i MI. En af de seks lingvistiske kategorier prædikterede direkte og sikkert adfærdsændring: styrken af forpligtelsesudsagn. Styrken af udtrykte ønsker, evner, grunde og nødvendighed af forandring prædikterede alle pålideligt styrken af forpligtelse, men ingen af dem prædikterede adfærdsændring direkte. I den forstand virkede disse til at være forberedende skridt mod forpligtelse. Endvidere var det mønstret i styrken af forpligtelse, der prædikterede outcome: En stigende grad af forpligtelse over MI-sessionen var associeret med afholdenhed det efterfølgende år - med klientudsagn mod slutningen af sessionen som de stærkeste prædiktører (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer, & Fulcher, 2003). Hvorfor var det ikke lykkedes os at finde denne effekt tidligere? Fordi vi rent faktisk havde undersøgt det forkerte parameter (interceptet i stedet for kurven) for det forkerte mål (frekvens i stedet for styrke) for den forkerte variabel (forandringsudsagn i stedet for forpligtelse) fra den forkerte del af sessionen (begyndelsen i stedet for slutningen).

Den prognostiske sammenhæng mellem klienters forpligtelsesudsagn og adfærdsændring blev bekræftet igen af efterfølgende forskning, hvor man undersøgte kognitiv-adfærdsterapi for stofmisbrug (Aharanovich, Amrhein, Bisaga, Nunes og Hasin, 2008). Gennemsnitlig styrke af forpligtelse prædikterede stoffri urinprøver, og en positiv kurve for forpligtelsesstyrke fra sessionerne prædikterede fastholdelse i behandling. Disse resultater fra Amrhein blev repliceret hos mennesker med spilleafhængighed af Hodgins, Ching og McEwen (2009). Forpligtelsesudsagn prædikterede specifikt outcome målt i spilleadfærd efter 12 måneder, hvilket forberedende forandringsudsagn (ønsker, evner, grunde og nødvendighed) ikke gjorde. Disse studier støtter op om robustheden af forpligtelse som et begreb, der prædikterer klient-outcome, ikke bare i MI, men i adfærdsterapi generelt.

Implikationen for praksis er, at MI kan frembringe klienters udsagn om ønsker, evner, grunde og nødvendighed af forandring (sti 1 & 2) med øje for frembringelse af tiltagende

stærk forpligtelse til forandring (sti 3). Efterhånden som forpligtelsesudsagn opstår, stiger sandsynligheden for adfærdsændring (sti 4). Dette er i tråd med forskning fra kognitiv adfærdsterapi omkring vigtigheden af implementering af intentioner for at fremme adfærdsændring (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer & Schaal, 1998). Dette mønster blev allerede antydnet i de tidlige beskrivelser af MI, idet MI var beskrevet som havende to faser (Miller & Rollnick, 1991). I den første fase fokuserer intervieweren på at frembringe forandringsudsagn med henblik på at frembringe iboende motivation for forandring. Når det virker til, at der er tilstrækkelig motivation til stede, skifter intervieweren til anden fase, hvor fokus er på at styrke forpligtelse til forandring, således at motivation konverteres til forpligtelse til de specifikke mål og planer for forandring.

Nylig forskning replicerer sammenhængen mellem forandringsudsagn og efterfølgende adfærdsændring. Strang og McCambridge (2004) rapporterede, at de professionelle vurderinger af klienters "handlingsorienterede" forandringsudsagn korrelerede med fald i brugen af cannabis efter en intervention. Guame, Gmel og Daepfen (2008) analyserede (ved hjælp af MISC version 2.0) 1055 korte alkoholinterventioner på en skadestue og fandt, at klientens udsagn omkring evne (men ikke forpligtelse) korrelerede med alkoholforbrug 12 måneder senere. Baer, Beadnell, Garrett, Hartzler, Wells, & Peterson (in press) rapporterede, at hos hjemløse teenagere, der blev tilbudt 4 sessioner af en tilpasset form for MI, prædikterede status quo udsagn (fx "jeg elsker virkelig at være høj og i øvrigt kan jeg godt styre det") brug af stoffer ved opfølgning efter 30 og 90 dage; modsat prædikterede verbaliserede grunde for forandring afholdenhed ved opfølgning. Moyers et al. (2007) undersøgte forholdet mellem forandringsudsagn og efterfølgende forbrug af alkohol ved alle tre psykoterapiformer, der blev anvendt på centret i New Mexico i projekt MATCH. Ved alle tre terapiformer prædikterede frekvens af forandringsudsagn og status quo udsagn uafhængigt outcome målt som alkoholforbrug, selv efter der var taget højde for variationer i forandringsparathed og alkoholforbrug ved baseline. I dette studie fungerede forandringsudsagn og status quo udsagn ikke som modsatte punkter på en dimension, men snarere

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

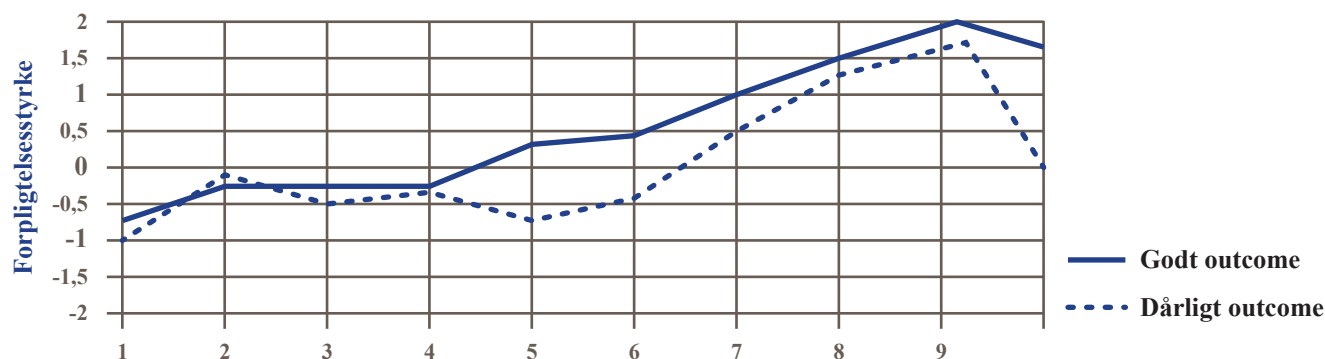
som uafhængige begreber, der begge bidrog til outcome i alkoholforbrug. I deres resumé af forskning inden for misbrugsområdet alene, fandt Apodaca og Longabaugh (2009), at forandringsudsagn havde en lille til mellemstor effekt på adfærds-outcome.

Kan psykologvistiske analyser også hjælpe os med at forstå, hvad der gik galt i de forsøg, hvor MI ikke virkede? Fejlanalyse bruges til at undersøge studier med nulresultat. Datasættet, som gav Amrhein det psykologvistiske fund beskrevet ovenfor, kom fra et klinisk forsøg, hvor det ikke lykkedes at vise en hovedeffekt for MI, når det var føjet til behandling af stofafhængighed (Miller et al., 2003). Først brugte Amrhein klyngeanalyse til at adskille behandlings-outcomes i fire grupper. Klynge 1 klienter (de som skar ned i deres forbrug) brugte stoffer omtrent 80% af alle dagene, da de påbegyndte behandling, men fastholdte høje niveauer af afholdenhed ved opfølgninger. Klynge 2 (de som fastholdte et lavt forbrug) havde lignende gode outcomes, men var ved behandlingsopstart afholdende omtrent 80% af dagene – således allerede godt på vej mod forandring. Samlet set udgjorde disse to grupper med tilfredsstillende behandlings-resultater efter 12 måneder 72% af deltagerne. Klynge 3 (de som havde svært ved at skære ned) tog stoffer 80% af alle dagene ved behandlingens start, havde halveret deres forbrug ved opfølgning et år efter. Den fjerde gruppe bestod af de 11 %, hvis selv-rapporterede afholdenhed ikke blev bekræftet i urinprøver screenet for stoffer. Amrhein fortsatte så med at undersøge, hvad klienterne i hver af disse

grupper havde sagt under deres MI-session (Amrhein et al., 2003). Sprog-mønstrene for de som skar ned i deres forbrug og de som fastholdte et lavt forbrug lignede hinanden ret meget: En stabil stigning gennem sessionen i styrken af forpligtelse til fordel for afholdenhed fra stoffer. Hovedforskellen var i deres udgangspunkter. De som skar ned i deres forbrug (tog stoffer 80% af dage) begyndte sessionen med stærk forpligtelse til fortsat brug af stoffer, hvorimod de som fastholdte et lavt forbrug (som ikke tog stoffer 80% af dagene) var mere ambivalente i begyndelsen af sessionen, hvor de hverken forpligtede sig til afholdenhed eller fortsat brug af stoffer. Begge grupper endte sessionen med at udtrykke stærk forpligtelse til afholdenhed. Det kombinerede sprog-mønster fra sessionerne for begge to grupper med godt outcome kan ses i Figur 2.

Som kontrast havde de som ikke skar ned i deres forbrug et noget anderledes sprog-mønster som lignede sprog-mønstret fra den fjerde gruppe, som ikke var ærlige, da de skulle angive deres forbrug af stoffer. En opdeling af sessionen i deciler viste, at disse grupper havde en initial stigning i forpligtelse til forandring, som faldt ved decilerne 3-6. Forpligtelse til afholdenhed blev så styrket dramatisk indtil decil 9, men faldt tilbage til nul (ambivalens) ved decil 10.

Det kombinerede sprog-mønster fra sessionerne for disse to grupper med dårligt outcome kan også ses i Figur 2. Grupperne med henholdsvis godt og dårligt outcome adskilte sig ikke signifikant fra hinanden ved baseline brug af stoffer



Decilerne i en Motivational Interviewing session

Fig. 2. Styrken af klientens forpligtelsesudsagn til brug af stoffer (-) versus afholdenhed (+) i en Motivational Interviewing session: Gode versus dårlige behandlings-outcomes

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

eller på målinger for motivation for forandring før behandlingsstart. Alligevel var forløbet for deres MI-sessioner, afspejlet i forpligtelsesudsagn, ret forskellige, ligesom også deres outcome i brug af stoffer var. Hvad kan mon forklare det usædvanligt ujævne mønster hos den mindre succesfulde gruppe i Figur 2, hvor der er tydelige fald i klienternes forpligtelse ved decilerne 3 og 10?

MET interventionen med en enkelt session var manualiseret, så der var en struktureret sekvens af skridt, der skulle følges. Sessionen begyndte (decil 1-2) med MI, der skulle frembringe forandringsudsagn. Så præsenterede den professionelle personligt feedback fra klientens udredning foretaget før behandlingsstart (omtrent decilerne 3-6), hvorefter den professionelle vendte tilbage til MI (decil 7-9). Endeligt udarbejdede den professionelle i slutningen af sessionen en forandringsplan med klienten og spurgte ind til forpligtelse. I 72% af tilfældene med godt outcome forløb denne sekvens rimeligt glat. For dem med dårligt outcome virkede det dog som om, at de på en eller anden måde ikke var klar til at modtage deres feedback eller til at forlige sig med en forandringsplan. Når den professionelle trods dette presede på med disse trin, faldt klientens niveau af forpligtelse. En dygtig MI-behandler er opmærksom og responderer på sådanne fluktuationer i forandringsudsagn i sessionen og vil ikke presse på med en plan, hvis klienten ikke er med. Den strukturerede manual, som Miller havde udformet, krævede dog, at den professionelle skulle gennemføre disse trin i en enkelt session. Resultatet var tilsyneladende, at den professionelle ignorerede modstand fra klienten ved disse punkter og dermed faldt styrken af klientens motivation.

Sammenfattende kan man sige, at der er en stigning i forskning, som understøtter sti 3-5. Det vil sige, at klienters udsagn prædikterer adfærdsændringer. Yderligere viden vil med sandsynlighed fremkomme fra denne slags forskning i takt med, at pålidelige MI-kodningssystemer videreudvikles (Madson & Campbell, 2008).

ÅNDEN I MI OG OUTCOME

Den relationelle hypotese omkring, hvordan MI virker forudsiger en direkte sammenhæng mellem den professionelle

stil og klient-outcome (sti 7 i Figur 1). Rogers (1959) antog, at visse terapeutiske betingelser i sig selv fremmer positiv forandring. Akkurat empati er tilsyneladende en særlig god betingelse (Miller et al., 1980; Najavits & Weiss, 1994; Valle, 1981).

Rollnick og Miller beskrev en underliggende ånd i MI som værende afgørende for effekten af MI. Denne ånd: (a) er samarbejdende snarere end autoritær, (b) frembringer klientens egen motivation i stedet for at prøve på at installere den i klienten og (c) honorerer klientens autonomi. Tidlig evidens for sammenhængen mellem ånden i MI og forandringsudsagn samt positivt outcome blev fundet i det førnævnte studie af Miller et al. (1993). Gaume et al. (2008) rapporterede ligeledes en positiv korrelation mellem den professionelle empati og outcome i forbrug af alkohol ved 12-måneders opfølgning. I tråd med dette gennemførte Moyers, Miller og Hendrickson (2005) procesanalyse af et klinisk forsøg af MI (Miller et al., 2004). Som den relationelle hypotese forudsiger, fandt man, at interpersonelle færdigheder korrelerede signifikant med mål for klienters involvering. To undersøgelser med voksne rygere fandt ligeledes positive korrelationer mellem den professionelle færdigheder, klienternes engagement i behandling (Boardman, Catley, Grobe, Little, Ahluwalia, 2006) og intensiteten af den terapeutiske interaktion (Catley, Harris, Mayo, Hall, Okuyemi, Boardman, & Ahluwalia, 2006).

TRÆNING I MOTIVATIONAL INTERVIEWING

En sidste sammenhæng, der antages i kæden (illustreret i Figur 1), omhandler træning i MI. Ideelt set burde træning af klinikere i MI ændre praksisadfærd og forbedre deres klienters outcomes. En fuldt integreret model, endnu ikke demonstreret, ville vise, at træning former særlige reaktioner hos professionelle, hvilket til gengæld frembringer specifikke svar fra klienter i sessionerne, som prædikterer klient-outcome.

To tidlige studier fandt, at professionelle rapporterede høj tilfredsstillelse og betydelige selvopfattede fremskridt i færdighedsniveau efter en workshop i MI (Miller & Mount, 2000; Rubel, Sobell, & Miller, 2000). Dog viste optagelser fra

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

sessioner med klienter kun moderate forandringer i praksis og ingen forskel i klienters måde at svare på (fx forandringsudsagn). Kort sagt blev de professionelle efter workshoppen overbeviste om, at de havde tilegnet sig gode færdigheder i MI, men deres faktiske praksis ændredes ikke nok til, at det gjorde nogen forskel for deres klienter (Miller og Mount, 2000).

Dette indikerede, at professionelle under træning har brug for mere end en enkeltstående workshop for at forbedre deres færdighedsniveau i denne komplekse metode. To typiske pædagogiske virkemidler virkede som gode kandidater til forbedring af træning: løbende individuel feedback og individuel supervision efterfølgende. Den individuelle og kombinerede effekt af disse virkemidler blev evalueret i et randomiseret forsøg med 140 professionelle (Miller et al., 2004). Designet inkluderede også en kontrolgruppe som fik en manual (Miller & Rollnick, 2002) og træningsvideoer (Miller, Rollnick, & Moyers, 1998) til selv-studie. I forhold til optagelser fra før træningen viste professionelle i gruppen med selv-studie ingen forbedring af færdigheder i optagelser fra praksis 4 måneder efter interventionen. Feedback og supervision, både individuelt og kombineret, forbedrede signifikant de professionelle færdigheder i MI ud over effekten fra en 2-dages trænings-workshop. Der var både forbedringer i globale ratings af ånden i MI og empati (sti 8 i Figur 1) samt i specifikke tekniske færdigheder (sti 9). Man kunne også håbe, at når de professionelle lærte og praktiserede MI, så ville det føre til en stigning i klienternes forandringsudsagn (sti 10). I modsætning til gruppen, der kun modtog en enkelt workshop (Miller & Mount, 2001), viste klienter fra deltagere, som havde modtaget den mere udbyggede træning, en signifikant stigning i forandringsudsagn og forpligtelsesudsagn, som indikerer adfærdsændring (Amrhein et al., 2004; Amrhein et al., 2003). Disse forandringer i den professionelle praksis har måske også effekt på andre klient-outcomes, gennem eller udover de medierende forandringsudsagn (sti 6 & 7). En praktisk udfordring ved at træne professionelle i MI ligger således i at hjælpe dem til varig adfærdsændring efter en første workshop, der fejlagtigt kan overbevise dem om, at de allerede har lært metoden – en motivationsudfordring ikke ulig den, som handler om at hjælpe klienter med at opnå livsstilsændringer.

Diskussion

Selvom MI oprindeligt blev udviklet til arbejdet med afhængighed af stoffer (Miller, 1983), er det nu blevet undersøgt over en bred vifte af problemområder. Det har vist sig effektivt til både at reducere uhensigtsmæssig adfærd (fx overforbrug af alkohol, spilleafhængighed, risikoadfærd relateret til HIV) og til at fremme hensigtsmæssige livsstilsændringer (fx motion, kost, medicinsk adhærens). Den kliniske stil og de umiddelbare forandringsmekanismer i MI virker således til at være relaterede til mere generelle processer i menneskelig adfærd og ikke afgrænset til specifikke problemområder. Som diskuteret ovenfor, virker effektiviteten af MI også til at blive forstærket, når MI føjes til andre aktive behandlingsmetoder. Det virker derfor lovende som et klinisk værktøj, der kan integreres med andre evidensbaserede metoder, der kan bruges, når klienters ambivalens og motivation virker til at stå i vejen for forandring.

Den professionelle stil og praksis kan i høj grad forbedre eller forværre klient-outcome. Det ses i variationen i effekten af MI på tværs af behandlere, centre og studier. Forskning i MI kaster lys over nogle af de underliggende processer, der meget vel kan være virksomme i mange andre metoder end bare MI specifikt. Moyers og kollegaer (2005, 2006, 2007) har præsenteret data, der indikerer en kompleks sammenhæng mellem behandlerrespons, klientudsagn og efterfølgende adfærdsændring. Både den relationelle (ånden i MI) og de tekniske egenskaber i MI bidrager til outcome medieret af klienters forandringsudsagn. Der er sket fremskridt i forhold til at skabe en kausalkæde, som tydeliggør, hvordan MI påvirker adfærdsændring. En stor effektlitteratur viser, at MI direkte kan påvirke klient-outcomes (sti 6 og 7 i Figur 1). Der er også blevet etableret forbindelse mellem specifik praksisadfærd i MI og klienters forandringsudsagn (sti 1 og 2 i Figur 1), hvilket er en antaget medierende faktor for MI's effekt på adfærdsændring. Styrken af forberedende forandringsudsagn prædikterer efterfølgende styrke af forpligtelse (sti 3) – faktorer som har vist sig at prædiktere klient-outcome (sti 4 og 5). Endvidere har man vist, at træning i MI forbedrer behandleres færdighedsniveau i MI (sti 8 og 9), hvilket i sig selv er relateret til klient-outcome (sti 6 og 7) og til en direkte stigning i forandringsudsagn hos

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

klienter, der har trænedede behandlere (sti 10). En uafhængig gennemgang af MI's procesforskning fandt, at implementering af MI er kendetegnet ved MI-konsistent adfærd hos den professionelle, som til gengæld prædikterer klientudsagn i sessioner og behandlings-outcome ved opfølgning på en måde, der er konsistent med den MI teori, som er blevet præsenteret her (Apodaca & Longabaugh, 2009, s. 712). Et åbenlyst næste skridt er evalueringen af komplette medieeringsmodeller, som integrerer de mange led i denne kæde (Baron & Kenny, 1986; Longabaugh & Wirtz, 2001).

Alligevel er analyser af kausalkæder kun et første skridt mod en forståelse af, hvordan og hvorfor MI påvirker adfærdsændring. Hvis den professionelle empati fremmer forandringsudsagn hos klienter eller på anden måde forbedrer klient-outcome, hvordan gør det så det? Er det virkelig det at ytre forandringsudsagn, der forårsager adfærdsændring? Hvis det at frembringe forandringsudsagn er pålideligt forbundet med forpligtelse og adfærdsændring, hvorfor er det så sådan? Selv hvis man siger højt 100 gange "jeg vil forandre mig, jeg vil forandre mig" virker det usandsynligt, at det er det, der gør det. Det er derimod sandsynligt, at processerne i MI sætter mere skjulte processer i gang, som resulterer i både stigning i forpligtelsesudsagn og efterfølgende adfærdsændring. I dette tilfælde er det ikke de observerede forpligtelsesudsagn, der i sig selv forårsager forandring, men de repræsenterer et signal om, at de skjulte processer er i gang, og at efterfølgende forandring er sandsynlig. Hvis det er sådan, så er verbaliseringen af forpligtelsesstyrke ikke en nødvendig betingelse for forandring.

Hvad kunne disse skjulte processer være? Nogle mulige bud er accept, parathed, eller beslutninger med tilsvarende skift i selvpfattelse. En rimelig analogi er en forlovelse. Når et par bliver forlovet, er de nået frem til en beslutning om, at de er parate til (eller i det mindste forbereder sig på) at forpligte sig til hinanden, hvilket er akkompagneret af skift i deres opfattelser af dem selv og deres forhold. En forlovelse er ofte en følelsesladet og meget betydelig begivenhed, men er i sig selv ikke en forpligtende handling, hvor der er vidner til stede. Den offentlige forpligtelse, det

er at blive gift følger efter den private begivenhed, det er blive forlovet. I amerikansk kultur involverer en forlovelse typisk ikke bindende officielle dokumenter. Oftest er det en privat begivenhed, som kan være mere eller mindre formel, og som man selv kan beslutte sig for at offentliggøre eller ej. Der er nogle synlige tegn udadtil på en forlovelse: en ring, at fortælle om det til andre, et fokus af intimiteten på den trolovede. Alligevel er ingen af disse i sig selv iboende i forlovelsesbehandlingen; de er bare spejlinger af den bagvedliggende begivenhed. Således kan parathed til forandring opstå som et privat, diskret skifte, som åbner døren til en mere officiel forpligtelse.

Disse ting er forsat nogle af de interessante krøller, der skal udglattes i MI's stof, såsom rollen af uærlige forandringsudsagn. Det var ikke frekvensen eller det absolutte niveau af forpligtelsesudsagn (interceptet), som prædikterede adfærdsændring, men mere et mønster med en stigning i styrken af forpligtelsesudsagn (positiv kurve) i en session (Amrhein et al., 2003). Styrken af forpligtelsesudsagn i begyndelsen af MI-sessionen signalerede ikke adfærdsændring, og klienter, hvis styrke af forpligtelse ikke steg undervejs i en session, havde mindre sandsynlighed for at afholde sig fra stoffer ved opfølgning. Det følger deraf, at klienter, som starter en session med at erklære et højt niveau af forpligtelse, måske ikke er dem, der har størst sandsynlighed for forandring. Dette rejser til gengæld spørgsmål omkring klienters ærlighed. Folk kan fremkomme med uærlige forandringsudsagn, der signalerer forpligtelse, som de ikke har nogen intentioner om at leve op til. Amrheins psykologiske kodningssystem havde opmærksomhed på nonverbale tegn (såsom et let skuldertræk), som signalerer betydelig nedsat sandsynlighed for reel adfærdsændring, når de optræder sammen med forpligtelsesudsagn. Sådanne subtile tegn bidrager sikkert til professionelle indtryk af klienters ærlighed og motivation, og kan i sig selv være prognostiske for behandlings-outcome (Dunn, Droesch, Johnston & Rivara, 2004). Det er bemærkelsesværdigt, at klienter, som efterfølgende var mere uærlige omkring deres afholdenhed, undervejs i sessioner viste det samme mønster af svingende forpligtelse som dem, der rapporterede forsat brug

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

af stoffer (Amrhein et al., 2003). Mønstrer af deres udsagn i sessionerne røbede sandheden. Videre undersøgelser af typen og mønstret af klientudsagn, såvel som måden, hvorpå intentionaliteten kodes og afkodes i hverdags-samtaler (Malle, 2004) kan måske føre til mere pålidelige markører for uærlighed og intentionalitet omkring adfærdsændring.

Betydningen af de relationelle og tekniske komponenter i MI mangler også at blive klarlagt. Hvis professionelle manifesterer et højt relationelt niveau af akkurat empati og ånden i MI, hvor meget øges effekten så ved at tilføje det tekniske fokus på at frembringe forandrings- og forpligtelsesudsagn? Et randomiseret klinisk forsøg (Sellman et al., 2001) undersøgte dette med mennesker med et moderat til alvorligt alkoholforbrug og sammenlignede effekten af ikke-styrende terapi, simpel feedback og MET. MET-interventionen mindskede signifikant forbruget af alkohol hos klienter med et stort forbrug af alkohol end ikke-styrende terapi eller en simpel feedback session gjorde. Dette indikerer en stor effekt associeret med de tekniske elementer fra MI. Karno og Longabaugh (2005) fandt en interaktion mellem klienters vrede, modstand og den professionelle interpersonelle stil; klienter med højt niveau af vrede og modstand klarede sig dårligt med professionelle, som viste adfærd inkonsistent med både ånden og teknikkerne i MI. Således kan svaret på hvilke roller henholdsvis de relationelle versus de tekniske elementer spiller i MI meget vel være kompliceret.

Det modsatte spørgsmål – hvor meget ånden i MI tilføjer til de tekniske elementer – er tilsyneladende sværere at evaluere, dels fordi MI uden den underliggende ånd ikke længere er MI. Et forsøg, hvor MI's teknikker tilsyneladende blev brugt i en overordnet mere autoritær stil (Kuchipudi et al., 1990), viste ingen effekt på adfærds-outcome.

Det er også sandsynligt, at man vil finde ud af, at andre faktorer spiller en vigtig rolle i MI's processer og outcome. At få klarlagt disse "aktive ingredienser" kunne hjælpe med at fokusere træning på de komponenter, som er nødvendige og/eller tilstrækkelige for effekten af MI og dermed klarlægge, hvilke aspekter, der kan modificeres (for eksempel

i tværkulturelle adaptioner af MI) uden at kompromittere effekten af MI (Miller, Villanueva, Tonigan, & Cuzmar, 2007; Venner, Feldstein, & Tafoya, 2007).

Referat

Efter tre årtier med forskning er Motivational Interviewing en psykoterapeutisk metode, som er evidensbaseret, relativt kortvarig, specifik, brugbar inden for en række af problemområder, komplementerende til andre aktive metoder samt tilgængelig læringsmæssigt for en bred vifte af professionelle inden for hjælpeprofessionerne. En testbar model for MI's mekanismer er begyndt at forme sig med målbare komponenter, som både er relationelle og tekniske. Dette kan til gengæld klarlægge mere generelle processer, som påvirker outcomes i andre psykoteraier (Aharonovich et al., 2008; Moyers et al., 2007).

Referencer

- Aharonovich, E., Amrhein, P. C., Bisaga, A., Nunes, E. V., & Hasin, D. S. (2008). Cognition, commitment language, and behavioral change among cocaine-dependent patients. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*, 557–562.
- Amrhein, P. C. (1992). The comprehension of quasi-performance verbs in verbal commitments: New evidence for componential theories of lexical meaning. *Journal of Memory and Language, 31*, 756–784.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C., Knupsky, A., & Hochstein, D. (2004). Strength of client commitment language improves with therapist training in motivational interview ing. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 28*(5), 74A.
- Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 862–878.
- Apodaca, T. R., & Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: A review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction, 104*, 705–715.
- Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2008). *Motivational interviewing in treating psychological problems*. New York: Guilford Press.
- Aubrey, L. L. (1998). *Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment*. Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

- Babor, T. F., & Del Boca, F. K. (Eds.). (2003). *Treatment matching in alcoholism*. Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Baer, J. S., Beadnell, B., Garrett, S. B., Hartzler, B., Wells, E. A., & Peterson, P. L. (2008). Adolescent change language within a brief motivational intervention and substance use outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors, 22*, 570–575.
- Baker, A., Richmond, R., Haile, M., Lewin, T. J., Carr, V. J., Taylor, R. L., et al. (2006). A randomized controlled trial of a smoking cessation intervention among people with a psychotic disorder. *American Journal of Psychiatry, 163*, 1934–1942.
- Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Frankforter, T. L., Van Horn, D., Crits-Christoph, P., et al. (2007). Site matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*, 556–567.
- Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator–mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173–1182.
- Bem, D. J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review, 74*, 183–200.
- Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 6, pp. 1–62). New York: Academic Press.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Borouhgs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21*, 347–356.
- Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction, 88*, 315–336.
- Boardman, T., Catley, D., Grobe, J., Little, T., & Ahluwalia, J. (2006). Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance? *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 329–339.
- Brown, J. M., & Miller, W. R. (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors, 7*, 211–218.
- Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 843–861.
- Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., et al. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence, 81*, 301–312.
- Carroll, K. M., Farentinos, C., Ball, S. A., Crits-Christoph, P., Libby, B., Morgenstern, J., et al. (2002). MET meets the real world: Design issues and clinical strategies in the Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment, 23*, 73–80.
- Catley, D., Harris, K. J., Mayo, M. S., Hall, S., Okuyemi, K. S., Boardman, T., & Ahluwalia, J. (2006). Adherence to principles of motivational interviewing and client within-session behavior. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34*, 43–56.
- Chafetz, M. E., Blane, H. T., Abram, H. S., Golner, J. H., Hastie, E. L., & Meyers, W. (1962). Establishing treatment relations with alcoholics. *Journal of Nervous and Mental Disease, 134*, 395–409.
- Colby, S. M., Monti, P. M., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Weissman, K., Spirito, A., et al. (1998). Brief motivational interviewing in a hospital setting for adolescent smoking: A preliminary study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 574–578.
- Copello, A., Godfrey, C., Heather, N., Hodgson, R., Orford, J., Raistrick, D., et al. (2001). United Kingdom Alcohol Treatment Trial (UKATT): Hypotheses, design and methods. *Alcohol and Alcoholism, 36*, 11–21.
- Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction, 96*, 1725–1742.
- Dunn, C., Droesch, R. M., Johnston, B. D., & Rivara, F. P. (2004). Motivational interviewing with injured adolescents in the emergency department: In-session predictors of change. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 32*, 113–116.
- Erickson, S. J., Gerstle, M., & Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health settings: A review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 159*, 1173–1180.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Gaume, J., Gmel, G., & Daepfen, J.-B. (2008). Brief alcohol interventions: Do counsellors' and patients' communication characteristics predict change? *Alcohol and Alcoholism, 43*, 62–69.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Simple effects of simple plans. *American Psychologist, 54*, 493–503.
- Gollwitzer, P. M., & Schaal, B. (1998). Metacognition in action: The importance of implementation intentions. *Personality and Social Psychology Review, 2*, 124–136.

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

- Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training*. New York: Wyden.
- Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 91–111.
- Hodgins, D. C., Ching, L. E., & McEwen, J. (2009). Strength of commitment language in motivational interviewing and gambling outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors, 23*, 122–130.
- Holder, H. D., Cisler, R. A., Longabaugh, R., Stout, R. L., Treno, A. J., & Zweben, A. (2000). Alcoholism treatment and medical care costs from Project MATCH. *Addiction, 95*, 999–1013.
- Houck, J. M., & Moyers, T. B. (2008). *What you do matters: Therapist influence on client behavior during motivational interviewing sessions*. Paper presented at the International Addiction Summit, Melbourne, Australia.
- Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2005). An examination of how therapist directiveness interacts with patient anger and reactance to predict alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol, 66*, 825–832.
- Kuchipudi, V., Hobein, K., Fleckinger, A., & Iber, F. L. (1990). Failure of a 2-hour motivational intervention to alter recurrent drinking behavior in alcoholics with gastrointestinal disease. *Journal of Studies on Alcohol, 51*, 356–360.
- Longabaugh, R., & Wirtz, P. W. (Eds.). (2001). *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses* (Project MATCH Monograph Series, Vol. 8). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice, 4*, 53–65.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 42*, 602–611.
- Madson, M. B., & Campbell, T. C. (2008). Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31*, 67–73.
- Malle, B. F. (2004). *How the mind explains behavior: Folk explanations, meaning, and social interaction*. Cambridge, MA: MIT Press.
- McLellan, A. T., Woody, G. E., Luborsky, L., & Goehl, L. (1988). Is the counselor an "active ingredient" in substance abuse rehabilitation? An examination of treatment success among four counselors. *Journal of Nervous and Mental Disease, 176*, 423–430.
- Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy, 11*, 147–172.
- Miller, W. R., & Baca, L. M. (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy, 14*, 441–448.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*, 455–461.
- Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29*, 457–471.
- Miller, W. R., Moyers, T. B., Arciniega, L., Ernst, D., & Forcehimes, A. (2005). Training, supervision and quality monitoring of the COMBINE Study behavioral interventions. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement 15*, 188–195.
- Miller, W. R., & Muñoz, R. F. (2005). *Controlling your drinking*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Miller, W. R., Rollnick, S., & Moyers, T. B. (Director). (1998). *Motivational interviewing* [7-VHS videotape/DVD series]. Available from <http://casaa.unm.edu/download/mitrain98.pdf>
- Miller, W. R., & Sovereign, R. G. (1989). The check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. In T. Løberg, W. R. Miller, P. E. Nathan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors: Prevention and early intervention* (pp. 219–231). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy, 16*, 251–268.
- Miller, W. R., Taylor, C. A., & West, J. C. (1980). Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48*, 590–601.
- Miller, W. R., Villanueva, M., Tonigan, J. S., & Cuzmar, I. (2007). Are special treatments needed for special populations? *Alcoholism Treatment Quarterly, 25*(4), 63–78.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 1050–1062.
- Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 754–763.

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

- Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. C. (1992). *Motivational Enhancement Therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (Project MATCH Monograph Series, Vol. 2). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.
- Moyers, T. B. (2004). History and happenstance: How motivational interviewing got its start. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 18, 291–298.
- Moyers, T. B., & Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions: Support for a potential causal mechanism. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 30, 245–251.
- Moyers, T. B., Martin, T., Catley, D., Harris, K. J., & Ahluwalia, J. S. (2003). Assessing the integrity of motivational interventions: Reliability of the Motivational Interviewing Skills Code. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 177–184.
- Moyers, T. B., Martin, T., Christopher, P. J., Houck, J. M., Tonigan, J. S., & Amrhein, P. C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 31(Suppl. 3), 40–47.
- Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M. L., & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 19–26.
- Moyers, T. B., Miller, W. R., & Hendrickson, S. M. L. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 590–598.
- Najavits, L. M., & Weiss, R. D. (1994). Variations in therapist effectiveness in the treatment of patients with substance use disorders: An empirical review. *Addiction*, 89, 679–688.
- Patterson, G. R., & Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client noncompliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846–851.
- Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130–1145.
- Project MATCH Research Group. (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58, 7–29.
- Project MATCH Research Group. (1998a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22, 1300–1311.
- Project MATCH Research Group. (1998b). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research*, 8, 455–474.
- Reichenbach, H. (1938). *Experience and prediction*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science. Vol. 3. Formulations of the person and the social context* (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill.
- Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners*. New York: Churchill Livingstone.
- Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325–334.
- Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care*. New York: Guilford Press.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*, 55, 305–312.
- Rubel, E. C., Sobell, L. C., & Miller, W. R. (2000). Do continuing education workshops improve participants' skills? Effects of a motivational interviewing workshop on substance abuse counselors' skills and knowledge. *The Behavior Therapist*, 23, 73–77, 90.
- Schoener, E. P., Madeja, C. L., Henderson, M. J., Ondersma, S. J., & Janisse, J. J. (2006). Effects of motivational interviewing training on mental health therapist behavior. *Drug and Alcohol Dependence*, 82, 269–275.
- Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol*, 62, 389–396.
- Strang, J., & McCambridge, J. (2004). Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27(1), 83.
- Treasure, J. L., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G., & deSilva, P. (1998). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivational enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 405–418.
- Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy*. Chicago: Aldine.

På vej mod en teori om Motivational Interviewing

William R. Miller, University of New Mexico
Gary S. Rose, Massachusetts School of Professional Psychology

- UKATT Research Team. (2005a). Cost effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomized UK Alcohol Treatment Trial (UKATT). *British Medical Journal*, 331, 544–548.
- UKATT Research Team. (2005b). Effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomized UK Alcohol Treatment Trial (UKATT). *British Medical Journal*, 331, 541–544.
- Valle, S. K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 783–790.
- Venner, K. L., Feldstein, S. W., & Tafoya, N. (2007). Helping clients feel welcome: Principles of adapting treatment cross culturally. *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25, 11–30.
- Villanueva, M., Tonigan, J. S., & Miller, W. R. (2007). Response of Native American clients to three treatment methods for alcohol dependence. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse*, 6(2), 41–48.
- White, W. L., & Miller, W. R. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science, and time for change. *Counselor*, 8(4), 12–30.
- Winhusen, T., Kropp, F., Babcock, D., Hague, D., Erickson, S. J., Renz, C., et al. (2008). Motivational enhancement therapy to improve treatment utilization and outcome in pregnant substance users. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35, 161–173.