

Den motiverende samtale i lægepraksis

Af cand. psych. Birgit Trembacz og praktiserende læge Kim Bentzen

Ændring af livsstilsproblemer såsom rygning, fedme, alkoholafhængighed, hashmisbrug, benzodiazepinmisbrug m.m. er alle problemer, som kræver, at patienten har en indre, stærk og vedvarende motivation, hvis der skal ske ændring. Patienten skal inspireres til at ville ændring, til at holde fast i en stærk motivation for ændring, til at undgå tilbagefald samt til at blive bedre til at mestre et eventuelt tilbagefald.

Patienter med alkoholproblemer kan være svære at hjælpe. Nogle har end ikke erkendt at have et alkoholproblem. Andre har utallige tilbagefald. Andre igen ved, at de drikker for meget, men er fastlåste i en indre ambivalens, der vanskeliggør forsøg på ændring.

Lægen kan blive irriteret, vred og/eller opgivende. Det kan være svært at vide, hvordan man bedst kan hjælpe og man kan være desillusioneret i forbindelse med patienternes gentagne tilbagefald.

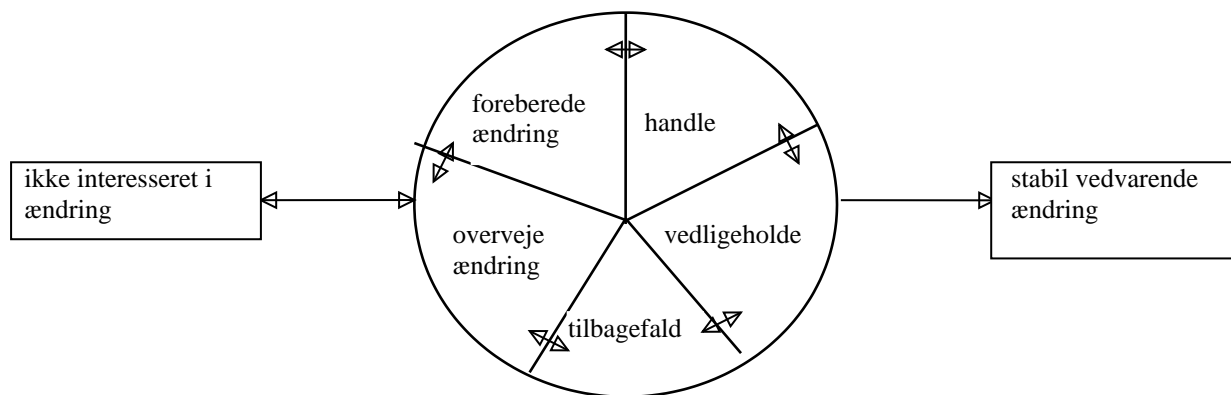
En eksistentielistisk holdning

Den motiverende samtale forudsætter, at lægen har en indlevende ikke-moraliserende holdning. Patienten har ret til at foretage egne prioriteringer og valg, og kan have brug for tid til overvejelser, før beslutning om ændring kan tages. Samtaleprocessen skal styres via en passende balance mellem forståelse, accept og udfordring. Med andre ord forsøger man, med en respektfuld og empatisk holdning, at fremme patientens eget ønske om ændring. Endelig skal man have et vist kendskab til en teori om ændring og til alkoholproblemer.

En ændringsteori.

Det følgende er inspireret af en multiteoretisk og interkulturel * ændringsteori (Di Clemente m.fl. 1990), der påpeger almene træk ved menneskers ændringsprocesser. Teorien kan anvendes sammen med andre teorier og overfor forskellige kulturer. Og... en stor sidegevinst er, at metoderne er universelle og derfor også kan anvendes overfor forskellige livsstilsproblemer! Den eksistentielistiske holdning, som er kendetegnende for "den motiverende samtale" (Miller W. & Rollnick S. 1991) med tilhørende metoder, bliver koblet på de forskellige faser. Der er lagt særlig vægt på den fase i ændringsprocessen, hvor patienten overvejer og er ambivalent i forhold til ændring.

Nedenstående figur illustrerer Di Clemente m.fl.s ændringsteori.



Ændringsstadier og de tilhørende metoder.

“Jeg har ikke noget problem” eller “der skal ikke ændres noget”

Et menneske kan *stå udenfor ændringsprocessen*. Ønske om ændring kan opstå på mange forskellige måder. For eksempel når familie, venner, arbejdsplads og/eller kroppen siger fra eller grundet ny information om alkohols virkninger. Eksempelvis kan Sundhedsstyrelsens kampanjer de senere år (14/21 genstande), eller informationer givet af lægen få patienten til at ønske ændring. Eller konstatering af pankreatitis, mavekatarr, etc. kan styrke patientens ændringsønske. Når patienten ikke er inde i en ændringsproces, kommunikerer på et generelt niveau, og lægen bygger videre på den viden, patienten allerede har: “Kender du til alkohols virkninger på din krop, psyke, søvnmønster etc.?”

Afhængig af patientens svar kan lægen for eksempel svare: “Det er rigtigt, at alkohol kan virke søvndyssende og beroligende, men på længere sigt skaber alkohol forstyrrelser i søvnmønstret. Man får en afbrudt søvn med flere opvågninger i løbet af natten. Alkohol kan også påvirke nervesystemet på en måde, så man kan opleve at blive angst.”

“Måske kunne jeg godt tænke mig at gøre noget ved problemet, men...”

Når patienten begynder *at overveje ændring*, vil der typisk være en ambivalent fase, hvor patienten har modsatrettede følelser overfor at fortsætte med at drikke/stoppe med at drikke/nedsætte sit forbrug. Patienten oplever, at der både er fordele og ulemper ved dels at ændre sig og dels ikke at ændre sig. Hvis lægen skal styrke et ønske om ændring, er det vigtigt at have fokus på, hvad alkoholen hjælper patienten til: “Hvordan hjælper alkoholen dig?” “Hvad er det, alkoholen giver dig?” “Hvad er det, du godt kan lide, ved at kunne drikke?”

Holdningen bag spørgsmålene skal være nysgerrig og forstående - alkohol har en funktion for personen! Ved blot at tilføje et lille “dog” i spørgsmålene signaleres der uforståenhed og måske irritation/vrede. Sådanne holdninger kan få patienten til at trække sig tilbage, benægte, idyllisere o.s.v.

Hvis lægen er fokuseret på de negative konsekvenser af at drikke, risikerer han/hun, at mindske patientens motivation, idet spørgsmålene indikerer en uforstående holdning, som nærmest tvinger patienten til at skulle argumentere for alkoholens velsignelser.

Lægen: “Du bliver syg og risikerer at miste dit arbejde”.

Patienten: “Njah, så slemt er det vel heller ikke? Det er så dejligt og også nødvendigt for mig, at kunne drikke lidt om aftenen efter en hård arbejdsdag”.

Når lægen fordyber sig i og prøver at forstå alle de gode grunde, der er til at drikke, vil dette ofte bevirke, at patienten føler sig forstået og selv begynder at tale om de negative sider. Dette kan føre til, at patienten får styrket sit ændringsønske og kommer med “selvmotiverende udtalelser” i stil med. “Nu skal det være anderledes”. Hvis patienten ikke selv spontant begynder at fortælle om de negative sider, kan lægen selv introducere “hvilke negative sider er der ved at drikke”: “Er der nogle omkostninger/negative følger/ulemper ved at drikke, som du gør?”

At arbejde med dilemmaer

I overvejefasen skal man kunne arbejde med patientens modsatrettede følelser overfor alkoholproblemet. Lægen skal inspirere patienten til at blive mere afklaret. Dilemmaerne kan bearbejdes via følgende metode:

1. Først stilles åbne, afklarende og uddybende spørgsmål vedrørende alkoholens positive funktioner og de negative følgevirkninger afdækkes.
2. Dernæst reflekteres og opsummeres de positive og negative sider, som patienten selv har nævnt, der er ved at drikke. Dilemmaet understreges og forstærkes.
3. Endelig leveres dilemmaet tilbage til patienten. Eventuel udtrykkes forståelse (hvis man kan forstå, at det må være svært). Beslutningen om ændring overlades til patienten.

Arbejdet med dilemmaer (efter at fordele/ulemper ved drikkeriet er afklaret) illustreres i følgende eksempel:

Lægen: "Så... på den ene side hjælper alkoholen dig til at kunne slappe af, og du får et tiltrængt pusterum. Du nyder også smagen og kan bedre falde i søvn, og.... på den anden side fortæller du, at dit alkoholforbrug skaber problemer i familien og på arbejdet. Du er også begyndt at få dårlig samvittighed overfor dine børn (opstilling af dilemma).....det er godt nok en svær situation at være i (vise indlevelse).... Hvad tænker du selv om det ?" (beslutning tilbage til patienten)

Bekymringer og håbløshed

Hvis en ædru tilværelse eller et formindsket forbrug indebærer en kedelig tilværelse, angst, søvnløshed etc., er der ikke megen "drivkraft" til at ville ændre på tingenes tilstand. Eventuelle bekymringer må ryddes af vejen, før patienten kan beslutte sig for ændring:

"Hvis du skulle nedsætte dit alkoholforbrug/holde op med at drikke, hvad bekymrer dig så mest?". "Hvilke problemer tror du, du ville få, hvis?"

Svarene kan være; "så falder jeg aldrig i søvn", "hvordan skal jeg så kunne slappe af", "livet bliver kedeligt".

Patienten kan også være desillusioneret og have erfaringer med, at han ikke kan fastholde ændringen. Håbet skal tændes, hvilket lægen kan være med til ved at definere forsøg på ændring som "et eksperiment, man kan lære af" og med bemærkningen: "Det er også svært at ændre sig og de fleste skal igennem flere tilbagefald, før det lykkes".

Men måske er patienten ikke parat til ændring og han skal have mulighed for at tænke videre selv:

Lægen: "Jeg kan godt se/høre/forstå, at alkoholen er vigtig for dig, og at det måske ikke er lige nu, der skal ske ændringer. Men når du er parat, så sig til".

En rådgivningsintervention eller en detaljeret afklaring af alkoholbruget kan være kontraindiceret overfor patienter, der er i overvejefasen. Patienter, der ikke selv er afklarede, kan have svært ved at tage imod råd og er ofte ikke parat til at tale om forbruget i detaljer. Lægen skal, når der er en sådan modstand, gå udenom denne. Istedet kan udtrykkes respekt og forståelse. Eventuelt kan der arbejdes videre med dilemmaer og bekymringer.

Alkohols funktion

Lægen kan arbejde videre med at afdække alkoholens funktion. Alkoholen kan have været fysisk og mentalt afslappende, belønnende, energigivende o.s.v. Alkoholen fungerer forskelligt fra menneske til menneske. Men i den første del af samtalen, hvor de gode ting ved at drikke bliver belyst, får man samtidig nogle fingerpeg om, hvilken funktion alkohol har haft for netop denne patient. Det handler om at finde passende kompensationer for den enkelte (hvordan slappe af, belønne sig selv, sige fra, blive rolig etc. uden brug af alkohol).

Selvmotiverende udsagn

Metoden har som til formål at fremme selvmotiverende udsagn såsom: “Nej, det er altså for åndsvagt, jeg må se at få gjort noget ved det”. “Nu skal det være anderledes”. “Jeg vil have gjort noget ved det her”. eller “Jeg vil ha’ styr på det”. Når disse udtalelser fremkommer, kan lægen forstærke og understrege motivationen samt checke sin forståelse af med patienten: “O.k. det lyder, som om du er parat til at gøre noget ved problemet. Er det rigtigt forstået?”. Herefter kan man gå videre med at afdække ønsker om konkrete ændringer:

“Jeg vil gøre noget ved mit alkoholproblem!”

Patienten kommer videre fra den ambivalente fase og ind i en *forberedelsesfase*, når:

- Fordelene ved ændring og/eller ulemperne ved at fortsætte den sædvanlige adfærd vejer tungest på vægtskålen og
- bekymringerne ved ændring er minimale og
- der er håb om, at ændringen kan lykkes.

I forberedelsesfasen tænker patienten, og forbereder sig, på, hvordan og hvornår han skal forsøge at ændre sig. Det kan være fremmende for ændringsønsket samt giver bedre muligheder for at lære af sine erfaringer, hvis lægen sammen med patienten forbereder en ændring, som er målrettet og specifik (SMART):

Specifik: (“Hvor meget vil du drikke? Hvornår? Hvordan? Må der være undtagelser?”)

Målrettet (Kortsigtet og langsigtet)

Accepteret (af begge parter)

Realistisk (Hvad er lykkedes tidligere? Hvordan komme - bare lidt - videre).

Tidsspecifik (Hvornår skal der stoppes op for at kunne måle, om ændringen er lykkedes)

Når en person er ved at forberede ændring, er en rådgivende intervention sædvanligvis velkommen:

“Måske skulle du lade være med at gå ned på stamværtshuset i en periode”. “Jeg vil foreslå dig at holde en længere pause, hvor du slet ikke drikker”.

Man skal ikke arbejde med dilemmaer af den simple grund, at patienten ikke længere er fanget i et dilemma! Dog kan man af og til se, at en patient, når målsætningen skal gøres konkret, har svært ved dette. Måske fordi han stadig er ambivalent i forhold til ændring. Når dette sker, må man tilbage og arbejde med dilemmaer. Det handler om hele tiden at kunne følge patientens svære proces.

“Hvordan skal jeg lykkes denne gang?”

I *handlefasen* kan ændringen komme gradvist, men kan også opstå pludseligt. Når der arbejdes med totalafholdenhed som mål, kan patienten trappe et eventuelt alkoholforbrug ned til nul over en periode, eller han/hun kan stoppe fra den ene dag til den anden. Sædvanligvis ved hjælp af abstinensmedicin i en kortere periode. Netop at kunne få hjælp til at mindske/eliminere abstinenserne er vigtig information at give til patienten, idet mange er bange for at stoppe alkoholforbruget p.g.a. abstinenserne. Gentagne perioder med ubehandlede abstinenser øger endvidere risikoen for krampeanfald!

Hvis patienten arbejder med målsætninger i forhold til at begrænse sine tilbagefald eller begrænse sit daglige/ugentlige forbrug bliver SMART - strategien særlig vigtig, således at patienten kan lære af sine erfaringer, når det ikke lykkedes at fastholde den ændring, der var indeholdt i målsætningen.

“Livet er svært uden alkohol”

Patienten skal nu *vedligeholde ændringen*. Det kan være svært at bevare en stærk motivation over tid. I vedligeholdelsesfasen skal patienten endvidere til at lære at leve et nyt liv, hvor konflikter, følelser etc. skal tackles uden brug af alkohol eller med et reduceret forbrug. I denne fase kan det være godt at tale med patienten om andre måder at tackle livet på.

Motivation er foranderlig og bl.a. afhængig af omverdens reaktioner (eksempelvis anerkendelse), samt patientens egne erindringer om de negative sider, der var forbundet med at drikke.

Desværre blegner disse erindringer for de fleste patienter. Snart kan patienten kun huske fordelene ved at drikke. Hermed er den indre beslutningsbalance tippet og et tilbagefald er truende nær. Kognitive strategier kan her være tilbagefaldsforebyggende. (mere herom i en senere artikel)

“Livet er surt, det hele kan være ligemeget”. “Jeg drikker bare en enkelt”

Næste fase er *tilbagefaldet*. Tilbagefald til gamle vaner og måder at relatere sig på er en naturlig del af den menneskelige ændringsproces, men kan ses som en mulighed for at lære af situationen: Med det mål at blive bedre til at fastholde ændring og undgå tilbagefald, næste gang det lykkes at foretage ændringen. Man kan her tænke på holdningerne: “Hvis du begynder at drikke igen, er det hele tabt på gulvet” og “Hvis du begynder at drikke igen/optrappe dit forbrug, kan du stoppe op og hurtigt komme tilbage i ændringsprocessen igen”. Sidstnævnte holdning kan være med til, dels at patienten ikke benægter et tilbagefald, eller bliver væk fra aftaler. Dels at der bliver åbnet mulighed for at arbejde med at lære af tilbagefaldet: (“Hvad skete der, inden du begyndte at drikke - følelser, tanker, situationer?” “Hvordan kan du, næste gang du oplever det samme, eller føler det samme, gøre noget andet end at drikke?”).

Alle mennesker, der forsøger at ændre sig, er igennem disse faser flere gange, før det lykkes at opnå en stabil og *vedvarende ændring*. Ligeså kan man bevæge sig frem og tilbage i faserne. Stå stille i lang tid i én af faserne. Nogle bliver hele tiden inde i ændringsprocessen. Andre ryger ud, og kan have mange år, hvor fordelene ved at drikke vejer tungere end ulemperne på den indre vægtskål.

Ændringsteorien og den motiverende samtale bliver introduceret på de fortløbende 2-dages kurser “Hjælp til ændring”, som foregår i Sundhedsforvaltningens regi. Deltagerne lærer at kunne afgøre, hvor en patient er i sin ændringsproces. Derudover trænes kursusedtagerne i at kunne udføre interventioner, afhængig af hvilken fase patienten er i.

Undervisere: K. Bentzen og B. Trembacz

Litteraturhenvisninger:

Di Clemente C.C m.fl.:

“Stages of Change Profiles in an Outpatient Alcoholism Treatment” fra *Journal of Substance Abuse*, 1990, 2, 217 - 235

Miller W. R. & Rollnick S.:

“Motivational Interviewing”. The Guilford Press, 1991