

Den motiverende samtale for mennesker med overforbrug af alkohol

TEKST WILLIAM R. MILLER – OVERSÆTTELSE TINA HAREN & GREGERS ROSDAHL

Den traditionelle forståelse af motivation

Den traditionelle forståelse af motivation hos mennesker med overforbrug af alkohol tilskriver næsten alle motivationsfaktorer som afhængige af individets personlighed. Idéen er, at misbrugerens af alkohol først er "klar" til behandling, når et vist niveau af elendighed er nået. Dette afspejles i den populære vending "at nå bunden", hvilket betyder, at man skal have lidt så meget, eller at ens situation skal forværres i en sådan grad, at man motiveres til behandling. Endvidere tilskrives fejlslagne terapeutiske indsatser individets "benægtelse", "modstand" eller "manglende motivation". Således tilskrives alt, hvad der kan gå galt – det ikke at være engageret i behandling, det ikke at forblive i behandling, det ikke at efterleve det terapeutiske program eller det ikke at opnå et positivt resultat – til motivationsfaktorer i individets personlighed.

På den anden side tilskrives terapeutiske succeser ofte behandlingens kvalitet - ikke individet. Behandlere og behandlingsprogrammer tager med glæde æren for den succes, de har "skabt". Succeser i Anonyme Alkoholikere siges at skyldes "programmets" kvalitet, hvorimod manglende succes tilskrives "mislykket brug af programmet".

Alt dette er et bekvemt attributionssystem* for terapeuten. Succeser skyldes behandlerens færdigheder eller programmets kvalitet; mislykkede forsøg skyldes utilstrækkelighed hos klienten: utilstrækkelig motivation, adhærens, indsigt, elendighed eller lyst. Denne tænkning er faktisk fuldt ud forståelig set fra socialpsykologiens ståsted. Vi har alle tendens til at tilskrive os selv vores succeser, og fejl tilskrives det eksterne miljø. (En undtagelse er dog individet med depression, som har tendens til at udvise det modsatte mønster: Succeser skyldes tilfældigheder eller held; fejl skyldes personlig utilstrækkelighed.) Den traditionelle

måde at tænke motivation på er således forståelig inden for det velforståede socialpsykologiske princip om defensiv attribution.

Man må dog huske, at klienter også reagerer på, hvordan resultater attribueres. I den traditionelle motivationsmodel er klienten i en 'no-win' situation. Hvis der opnås gode resultater, tilskrives det kvaliteten af behandlingsprogrammet snarere end klientens motivation, vedholdenhed, indsigt, styrke eller ønske om at ændre sig. (Faktisk omtales disse kvaliteter nogle gange, som var de magiske karaktertræk hos klienten). Hvis resultaterne derimod ikke er så positive, tilskrives det klientens utilstrækkeligheder. Dette er præcis det patogene attributionsmønster, som forbindes med depression, tillært hjælpeløshed og dårlig tilpasning til forandring.

Et alternativt syn på "benægtelse"

Inden for alkoholbehandling bliver 'benægtelse' næsten altid beskrevet som et negativt personlighedstræk hos alkoholikere. Det betragtes som den største forhindring i forhold til at opnå succes med behandling og som den primære grund til mislykkede behandlinger. Som ovenfor udgør det en bekvem forklaring på manglende forbedring hos mange klienter.

Forskning viser dog et noget anderledes billede. Det er bogstavelig talt ikke lykkedes hundredevis af studier gennem de sidste fire årtier at finde en "alkoholiker personlighed". Selvom alkoholikere bestemt adskiller sig fra normale individer på mange måder, skyldes disse forskelle de negative følgevirkninger af at drikke mere end iboende eller prædisponerende personligheds-mønstre. Der er noget evidens for, at mennesker diagnosticeret som alkoholikere som voksne, kan have vist tendens til hyperaktivitet og uro i barndommen. Udover det, er der ikke noget universelt eller domineren-

* **Attribution:** Betegnelse for psykologiske processer, der har til formål at forklare eller begrunde udfaldet af en situation ved at henvise enten til forhold hos personen eller forhold i situationen. Hvis en person ikke har kunnet klare en opgave, kan vedkommende fx begrunde det med, at "jeg er dum", "jeg er uoplagt" (indre attribution), eller at "opgaven var urimeligt svær", "det er ikke fair!" (ydre attribution).
[http://www.denstoredanske.dk/Krop,_psyke_og_sundhed/Psykologi/Psykologiske_terminer/attribution]

de personlighedsmønstre. Undersøgelser af personlighedstest viser, at benægtelse som en forsvarsmekanisme eller som tilpassingsstrategi, hverken er mere eller mindre karakteristisk for alkoholikere end for andre mennesker (Miller, 1976).

Hvordan er det så blevet sådan, at fænomenet "benægtelse" er så universelt observeret, og at man har lagt så meget vægt på det i behandlingen af mennesker, der drikker for meget? Først og fremmest vil det være hjælpsomt at søge en operationel definition af benægtelse, som det observeres i behandlingssammenhænge. Denne "benægtelse" er ikke et personlighedsmønster, der observeres som resultat af objektiv psykologisk testing, det bliver snarere observeret i verbale interaktioner mellem klienter og personale. Kort sagt kan det koges ned til to særlige typer af udsagn fra klienter:

- 1) Jeg er ikke alkoholiker. (Der er andre versioner af dette, fx "Mit problem er ikke så alvorligt", "Jeg kan ikke være alkoholiker, fordi...")
- 2) Jeg behøver ikke at holde mig fra alkohol resten af mit liv. (Dette kommer også til udtryk på forskellig vis, fx: "Jeg kan styre det nogle gange", "Jeg mister ikke kontrollen, når jeg drikker.")

I både behandlerens og klientens sind er disse to problematikker tæt forbundne. Faktisk er de begge nøglebegreber inden for den traditionelle sygdomsforståelse af alkoholisme, som inkluderer disse generelle antagelser:

- A) Alkoholisme er en unik og diagnosticérbar sygdom. Nogle mennesker har den, andre har den ikke.
- B) Alkoholisme karakteriseres ved en forudsigelig progression af symptomer. Hvis en person har alkoholisme, gør det ikke nogen forskel, hvor i forløbet han eller hun er. Hvis personen fortsætter med at drikke, fortsætter progressionen.
- C) Alkoholisme karakteriseres ved kontroltab. Alkoholikeren er ude af stand til at drikke på moderat vis og så stoppe. Én gang alkoholiker, altid alkoholiker.

D) Alkoholisme er irreversibelt. Hvis personen har sygdommen, kan han eller hun aldrig helbredes. Progressionen og kontroltabet sætter ind igen, så snart personen begynder at drikke igen.

E) Derfor er total og livslang afholdenhed den eneste mulige løsning for alkoholikeren.

Sandheden af disse påstande diskuteres bredt og repræsenterer et af de mest kontroversielle emner i alkoholbehandlingen i dag. Problemerne knyttet til disse emner er blevet grundigt gennemgået andre steder (fx Heather & Robertson, 1981). For nærværende formål er det ikke nødvendigt at fastslå hverken lødigheden eller sandheden for denne model af alkoholisme. Indtil videre er det nok at vide, at de to typer af benægtelsesudsagn opstår på grund af klienters uenighed med denne forståelsesmodel af alkoholisme.

Et stykke hen ad vejen tror klienten måske endda lidt på modellen (mange tror på den, mange gør ikke). Den kamp, som typisk får etiketten "benægtelse", handler snarere om, hvorvidt denne model på tilfredsstillende vis beskriver og passer til individets opfattelse. Således betyder det første "benægtelsesudsagn" "Jeg er ikke alkoholiker i den betydning, som du beskriver." Og det andet er ligesom knyttet til det første: "Jeg behøver ikke at være afholdende."

Et andet syn på "benægtelse", som præsenteres her, adskiller sig radikalt fra den traditionelle forståelse ved at hævde, at benægtelse ikke er iboende personen, men snarere er et produkt af den måde, som behandlere har valgt at interagere med personen på.

Lad os forlade alkoholisme en stund og overveje et ret anderledes behandlingsproblem for at tydeliggøre denne pointe. Lad os antage, at et individ kommer i behandling hos dig på grund af et svært valg, som han eller hun overvejer. Det er først inden for de seneste år, at denne overvejelse er opstået, og valget har implikationer for resten af personens liv. Valget handler om, hvorvidt personen skal få børn eller ej. Personen beskriver et kompliceret sæt af motivationer for dig. På den ene side kan personen se nogle grunde til, hvorfor det kunne være ønske-

ligt at få børn: Det er en livserfaring, som ikke kan tilegnes på nogen anden måde, børn kan få det sjove og ungdommelige frem i voksne, der er måske yderligere sikkerhed og samvær i alderdommen, man ville måske som gammel bittert fortryde sin beslutning om ikke at få børn. På den anden side kan personen også have en overbevisende liste af grunde til ikke at få børn: den enorme økonomiske byrde, den livslange forpligtelse i form af tid og følelser, muligheden for at barnet ikke ville "falde rigtigt ud", de nødvendige begrænsninger i frihed etc.

Forestil dig også, at du, efter at have lyttet til alt dette, svarer ved at sige: "Nå, efter at have lyttet til al dette, er jeg sikker på, at du burde få børn." Hvordan vil klienten svare? Det er næsten 100% forudsigeligt. Efter nogle spørgsmål om, hvordan du nåede frem til din beslutning, vil klienten begynde at diskutere med dig og argumentere for den anden side af dilemmaet. Hvis du derefter modargumenterer, altså forsvarer fordelene og det gode ved at få børn, vil klienten i stedet tale for det modsatte. Alt dette er forståeligt ud fra socialpsykologiske principper. Du har frembragt disse modargumenter gennem den måde, som du har gået til problemet på. Ved at præsentere den ene side af argumentationen har du fået klienten til at forsvare den anden side. Klienten synes måske endda, at det er meget tiltalende, fordi det tillader eksternalisering af en forvirrende indre konflikt, der så i stedet kan udspilles lige for øjnene af klienten.

Dette er måske harmløst nok, hvis ikke det var for et andet veletableret socialpsykologisk princip: "Jeg opdager, hvad jeg mener, når jeg hører mig selv tale." Dette betyder, at når en person verbalt forsvarer en holdning, bliver han eller hun sig mere forpligtet overfor denne. Blandt andet derfor er direkte uenighed absolut den værste måde at forsøge at ændre den anden persons mening på. Socialpsykologer har længe vidst, at direkte overtalelse er frygteligt ineffektivt i forhold til at ændre holdninger. Reklamefolk er også bevidste om dette og bruger i stedet metoder, der har større sandsynlighed for at virke: modellering af den ønskede adfærd gennem attraktive rollemodeller, direkte forstærkelse af den ønskede nye adfærd, humor og gratis prøveperioder. En af de mest effektive

metoder til at ændre holdninger er faktisk præcis det modsatte af direkte overtalelse. Det er, at få personen til at udtrykke argumenter for den anden side, en metode kendt som "counterattitudinal role-play." Udsagn og handling i overensstemmelse med et nyt standpunkt, vil bevæge personens holdning i retning af dette nye standpunkt – også selvom det sker under rollespil.

Genovervej således vores forundrede potentielle forældre. Idet behandleren argumenterer stærkere og stærkere og "overbevisende" for at få børn, opfordres klienten til at lave flere og flere "ja, men" modargumenter. Resultatet er, at klienten argumenterer for den ene side af konflikten og i denne proces føler større og større forpligtelse overfor dette standpunkt (præcis det modsatte af hvad vi antager, at behandleren håbede på at opnå).

Lad os nu vende tilbage til alkoholproblemer. Lad os forestille os, at en person starter behandling med modsatrettede følelser omkring det at drikke. På den ene side kan personen se tiltagende reelle problemer og har nogle legitime bekymringer angående de negative påvirkninger, som alkohol har i hans eller hendes liv. På den anden side kan personen godt lide at drikke og har ikke lyst til at opgive det, og når personen kigger på "alkoholikere" (specielt dem som fortæller deres historie til A.A.-møder eller dem som typisk er at finde i døgnbehandling), mener personen med nogen berettigelse, at "så slemt er det ikke." Personen træder ind ad døren til behandlerens kontor i konflikt med sig selv: At drikke er et problem og at drikke er ikke et problem (eller i hvert fald ikke hele problemet).

Lad os forestille os, at behandleren lytter høfligt i et stykke tid og derefter svarer, "Nå, efter at have lyttet til alt dette, er jeg sikker på, at du er alkoholiker, og at du må stoppe med at drikke for altid." Hvad vil klienten svare? Det er næsten 100% forudsigeligt. Efter nogle spørgsmål om, hvordan behandleren nåede frem til sin beslutning, vil klienten begynde at argumentere for det modsatte. Lige præcis den måde som behandleren har reageret på udløser to bestemte argumenter: "Jeg er ikke alkoholiker," og "Jeg er ikke nødt til at afholde mig fra alkohol resten af mit liv." Alkoholbehandleren er dog trænet i

at genkende og håndtere dette forsvarsmønster: direkte konfrontation. Det vil sige endnu stærkere "overbevisende" argumenter omkring personens alkoholisme og behov for afholdenhed. Resultatet er, selvfølgelig, endnu stærkere modargumentation, hvilket behandleren ser som endnu stærkere bevis for personlighedstrækket "benægtelse" – altså endnu et bevis for, at personen rent faktisk er alkoholiker.

Resultatet af dette lader til at afhænge af, hvor slemt personen har fået det. Det påstås bredt, at en alkoholiker må "nå bunden", før han eller hun er tilstrækkelig motiveret til behandling. Indenfor den socialpsykologiske forståelsesramme omtalt ovenfor, betyder dette, at den direkte konfrontationsstrategi, der typisk anvendes af alkoholbehandlere med al sandsynlighed ikke vil være overbevisende, før beviserne for elendighed og lidelse er så tydelige i personens liv, at videre "benægtelse" er frugtesløs. På dette tidspunkt, efter at have fået det slemt nok, overgiver personen sig, "accepterer" etiketten "alkoholiker" og "erkender" nødvendigheden af afholdenhed. (Motsat den almindelige overbevisning, er dette dog ikke tilstrækkeligt for succesfuld afholdenhed. Forskning viser, at selv hos dem, der overtales til at gå i behandling, er det kun en lille del, der ender med at fastholde afholdenhed: i gennemsnit kun 20% efter et år. Et længerevarende studie viste, at kun 7% af dem, der blev behandlet i traditionelle programmer, fastholdte kontinuerlig afholdenhed over 4 år (Polich et al., 1981).

Den almene lærdom inden for alkoholbehandling er således i tråd med, hvad der kunne forudsiges ud fra socialpsykologien: At en tilgang hvor man benytter sig af direkte konfronterende overtalelse kun er effektiv efter akkumuleringen af betydelig eksternt og objektivt bevis for forværring. Selvom dette også er blevet tilskrevet alkoholikerens stædige personlighed ("benægtelse" fortsætter indtil omfattende lidelse er tilstede), kan det lige vel forstås som, at det skyldes den konfronterende måde, der bruges til at "motivere" klienter på. En metode som faktisk har den modsatte effekt - den får klienten til at blive mere forpligtet til standpunkterne "ikke alkoholiker" og "ikke afholdende".

De fleste behandlingsprogrammer til alkoholisme lader til at anerkende det på et plan – at deres interventioner ikke tiltrækker eller virker med personer med et overforbrug af alkohol, der befinder sig i de såkaldte "tidlige-stadier". (Udtrykket "tidlig-stadie" antager, at personen allerede har en tidlig form af den samme sygdom.) Dem med mindre alvorlige problemer kommer typisk ikke, måske på grund af stigma knyttet til etiketten alkoholisme. Og når de kommer, har de fleste behandlingsprogrammer problemer med at fastholde disse personer, som har "utilstrækkelige" problemer. Det formodede resultat af dette er, at disse personer, i mange tilfælde, fortsat forværres, indtil de til sidst er "tilstrækkeligt motiverede til at respondere" på den klassiske konfronterende tilgang.

Modellen, der præsenteres i denne artikel, har jeg udviklet over en otteårig periode, hvor jeg arbejdede med klienter med et overforbrug af alkohol. Til at starte med var det en intuitiv tilgang – noget jeg gjorde uden rigtig at vide, hvorfor jeg gjorde det. Men gennem årene begyndte mine studerende at udfordre mig med spørgsmål, når de observerede mit arbejde. "Hvorfor sagde du DET?" "Hvorfor pressede du ikke mere på på det tidspunkt?" "Hvorfor gjorde du dit i stedet for dat?" Det var i forbindelse med at svare på disse spørgsmål, at jeg begyndte at udvikle den nuværende model for motivation og specificere processen i motivational interviewing bedre. Jeg vil gerne være meget tydelig omkring, at selvom den er fuldt ud i tråd med basale og veletablerede principper for motivation og socialpsykologi, er denne tilgang til at motivere mennesker med et overforbrug af alkohol ikke blevet empirisk valideret eller sammenlignet med andre metoder. Mit gæt er, at denne metode vil vise sig at være optimal for nogle typer af personer (især dem med mindre alvorlige problemer), og at andre tilgange (såsom den meget konfronterende "Johnson Institute" –metode) måske er bedst for andre. Jeg anbefaler denne tilgang – ikke som svaret på at motivere alle klienter, men som et alternativ man kan overveje, når man gerne vil hjælpe klienter til at erkende og gøre noget ved deres nuværende og potentielle problemer med alkohol.

Balancemodellen

Når man har at gøre med klienter med et overforbrug af alkohol, finder jeg det hjælpsomt at tænke på motivation som en balance, en tosidet vægt. Alle, der kommer til et alkoholbehandlingscenter (inklusiv dem der er tvunget i behandling, synes jeg), føler sig splittet omkring det at drikke. På den ene side er der anerkendelsen af et problem. Jeg har aldrig i de otte år, hvor jeg har brugt metoden med hundredevis af klienter, mødt en eneste, der benægtede at have problemer med alkohol. Hvis jeg havde insisteret på, at de skulle acceptere etiketten "alkoholiker", ville jeg have haft en kamp med næsten hver og en. Men på det simple punkt at anerkende nuværende og potentielle negative virkninger ved at drikke, har jeg ikke mødt nogen hardlinere. Hver klient har dog også forbehold: Modvilje mod det stigma og rigiditet, der er knyttet til mærkatet "alkoholiker", modstand mod nødvendigheden i det typiske livslange afholdenhedsmål (selv A.A. genkender dette ved klogt at understrege "en dag ad gangen"), bekymring over, at alkohol betragtes som "hele" problemet uden hensyntagen til andre vigtige bekymringer. Hver person har begge sider i sig. En side taler for at gøre noget ved problemet, den anden side taler for at undvige dette.

Jeg betragter det som en del af mit arbejde som terapeut – en ekstremt betydningsfuld del, faktisk – at hjælpe personen med denne motivationskamp. Min opgave kan beskrives som at lægge vægt på den positive forandringsøgende side af vægten og måske blidt fjerne vægt og forhindringer fra den negative forandringsundvigende side af vægten. Spørgsmålet er selvfølgelig, hvordan man skal gennemføre denne fine balanceopgave, eller snarere hvordan man kan tippe balancen i den rigtig retning. Til dette formål vil jeg beskrive fire socialpsykologiske nøgleprincipper og dernæst flere operationelle teknikker til at implementere disse i ydelser, der handler om klienters motivation.

Fire nøgleprincipper for motivation

1) Nedtoning af etiketter

Traditionelle tilgange har lagt stor vægt på "erkendelsen", "anerkendelsen", eller "accepten" af etiketten "alkoholiker". Det betragtes som en forudsætning for behandlingen, at personen "indrømmer", at han eller hun er alkoholiker. Der lægges stor værdi i personens villighed til at stå frem offentligt og stilstå, "jeg er alkoholiker."

For nogle personer er der uden tvivl værdi i denne proces. Det kan måske repræsentere et centralt kognitivt skifte, som kan muliggøre afholdenhed. For mange andre repræsenterer dette et enormt benspænd – en massiv og unødvendig forhindring eller barriere for behandling. Der er ikke noget som helst evidens for, at det at give sig selv en sådan etikette skulle være associeret med bedre outcome. Et stort studie fandt faktisk et imponerende fravær af benægtelse hos deres deltagere med tilbagefald. Den primære grund til håndhævelsen af denne betingelse er den udokumenterede antagelse, at en person ikke kan behandles, før etiketten accepteres. Der er faktisk betragtelig evidens for det modsatte. Præventive metoder rettet mod ikke-afhængige mennesker med et overforbrug af alkohol (Miller & Hester, 1980; Miller & Munoz, 1982) og tidlige interventionsstrategier for klienter tvunget af retssystemet eller arbejdsgiver har haft betragtelig succes. De fleste af denne type personer benægter relevansen af etiketten "alkoholiker" for sig selv, men responderer ikke desto mindre positivt på behandling.

Et nøgleprincip i motivational interviewing er således, at etiketter ikke er vigtige. Det, der snarere betyder noget, er dette: Hvilke problemer har personen i relation til alkohol, og hvad skal der gøres ved dem? Det tillægges ingen værdi at overtale personen til at "acceptere" en etikette. Vigtigheden af etiketter bliver faktisk aktivt nedtonet.

2) Personligt ansvar

Digteren Goethe sagde engang, "Hvis du behandler en person, som han er, vil han forblive, som han er, men hvis du behandler ham, som var han, hvad han burde være og kunne være, vil han blive til det, han burde være og kunne være." Dette peger på vigtigheden af, hvordan terapeuten opfatter klienten.

Motivational interviewing placerer ansvar hos klienter i forhold til selv at beslutte, hvor stort problemet er, og hvad der skal gøres ved det. Behandleren er en ressource i denne proces, som giver værdifuld viden og perspektiver, alternativer og muligheder. Men det er ikke behandlerens rolle at konfrontere klienten eller at "få klienten til at se realiteterne i øjnene." Behandleren præsenterer virkeligheden på en klar måde, som vil

blive beskrevet senere, men lader det være op til klienten at beslutte, hvad der skal gøres ved det. Beslutningen om ikke at forandre sig anskues som et reelt, om end uklogt valg. Det at give valgfrihed til klienten (hvilket klienten selvfølgelig har uanset, om vi giver den eller ej) er i tråd med en mere eksistentiel tilgang til behandling.

En tilgang som motivational interviewing ser i forlængelse af dette personen som en ansvarlig voksen, der er i stand til at træffe ansvarlige beslutninger og finde frem til den rigtige løsning. Det er mit indtryk, at mange alkoholbehandlere har et fordømmende og moraliserende syn på klienter og behandler dem som om, de var børn, der havde brug for opdragelse eller som syndere med behov for revselse. Den nærværende tilgang har et syn på individet, der er mere i tråd med humanistisk psykologi og tror på individets iboende visdom og evne til at vælge den helbredende sti, hvis der gives tilstrækkelig støtte. Motivational interviewing forsøger at give denne "tilstrækkelige støtte" og en atmosfære, hvori den svære beslutning om forandring nemmere kan træffes. Personen forventes at træffe den endelige beslutning snarere end bare at være enig i en beslutning, der allerede er taget af behandleren.

3) Indre attribution

Attribution er processen, hvor der tilskrives ansvar for en tilstand eller forandring. At placere ansvar for den nuværende tilstand hos individet eller at give personen æren for en forandring kaldes som regel "indre" attribution (til personen). At placere ansvaret hos tilfældigheder, afhængigt af omstændighederne, sygdom eller andre faktorer "uden for personens kontrol" kaldes som regel for "ydre" attribution.

Klinisk forskning har vist, at forandringer, som attribueres som indre, er mere langvarige. Det vil sige, hvis individet ser sig selv som værende ansvarlig for at have opnået en forandring, så er det mere sandsynligt, at forandringen vil holde. Hvis, på den anden side, at en forandring ses som værende opstået på grund af et tilfældighed, lykketræf, noget terapeuten gjorde, så virker individet til at føle sig mindre ansvarlig for den, og som en konsekvens holder forandringen måske ikke.

Dette tredje princip er stærkt relateret til det andet, fordi individet ikke betragtes som hjælpeløst. Beslutningen om at drikke træffes af individet, og han eller hun er ansvarlig for den. Dette kan selv accepteres af dem, som anskuer "kontrolltab" som et kerne tegn på alkoholisme. Beslutningen om at begynde at drikke forveksles ofte med det at fortsætte med at drikke, når man først er startet. Antagelsen om kontrolltab refererer til det sidstnævnte ikke det førstnævnte.

Derudover er der overhovedet ingen eksperimentel støtte til den populære antagelse, at en alkoholiker nødvendigvis mister kontrol over sit alkoholforbrug, når den første genstand er indtaget (Heather and Robertson, 1981). Hvorvidt en person fortsætter med at drikke, når først han eller hun er begyndt handler om sandsynlighed snarere end vished, og denne sandsynlighed er bevist at afhænge af en bred vifte af sociale faktorer. Selvfølgelig har alkoholikeren større sandsynlighed for at fortsætte med at drikke til han/hun har nået en forgiftning, når han eller hun først er begyndt, men dette demonstrerer kun, det som alle ved: At alkoholikere drikker mere og oftere end andre mennesker. Der er voksende støtte til fænomenet 'craving'. Nuværende evidens giver endda begrænset støtte til eksistensen af et fysiologisk 'craving' respons, når alkoholikeren drikker alkohol uden at vide det. Alligevel er beslutningen om at drikke stadig, ud fra hvad man kan udlede fra forskningen, en beslutning. Selvom de måske er nødt til at udholde noget fysisk ubehag, kan alkoholikere beslutte, selv efter indtagelse af små mængder af alkohol, at stoppe med at drikke.

Alt dette for at sige, at der ikke er noget overbevisende eksperimentel evidens, som kræver, at vi betragter alkoholikere som "hjælpeløse overfor alkohol" eller som ude af stand til at træffe beslutninger angående alkohol. Faktisk er der nogle rigtig gode grunde til at lade være med at lære klienter, at de er hjælpeløse, idet at sådanne overbevisninger hurtigt bliver til selvopfyldende profetier. En fremragende eksperimentel model for dette, er den nu alment kendte forskning i tillært hjælpeløshed. I denne kan man lære individer ikke at prøve at kontrollere resultater, fordi de tror, at sådanne anstrengelser er frugtesløse. Motivati-

onal interviewing anskuer det at drikke som et personligt valg. Beslutninger om at drikke betragtes som bedst truffet på baggrund af alkohols virkning på individet snarere end på sort/hvide konflikter om etiketter. Personen er ansvarlig og i stand til at træffe beslutninger om den rette måde at handle på. Ansvar for denne beslutning burde ikke og kan faktisk ikke tages af en anden.

4) Kognitiv dissonans *

Det fjerde princip, som opererer inden for motivational interviewing, er det om kognitiv dissonans. Denne socialpsykologiske teori postulerer, at erkendelsen af uoverensstemmelse i individet nødvendiggør forandring. Hvis en person således opfatter sin adfærd som værende i alvorlig diskrepans med hans eller hendes holdninger, synspunkter eller følelser, skabes der en motiverende tilstand, som frembringer ændring i et af disse elementer, så overensstemmelsen genoprettes.

En måde hvorpå overensstemmelse kan genoprettes på er, selvfølgelig, gennem kanalen betegnet ovenfor som "benægtelse". Dette involverer ændring af personens holdninger og synspunkter, så de ikke længere er i uoverensstemmelse med adfærden knyttet til alkohol. Hvis jeg således kærer om mig selv, kan jeg kun fortsætte med at drikke i stor stil, hvis jeg tror, at det ikke skaber alvorlige problemer eller skade. En anden mulig løsning er at ændre følelser: Jeg kan fortsætte med at drikke i stor stil og erkende, at det tager livet af mig, hvis jeg også har meget lav selvagtelse. Endnu en løsning er, at jeg ændrer min adfærd knyttet til alkohol, så det er i overensstemmelse med en positiv selvopfattelse og ikke skaber problemer eller skade. En sådan ændring kan bestå af total afholdenhed, men i andre tilfælde kan det bestå af en reduktion i alkoholforbrug til et niveau, hvor det ikke skaber problemer. Baggrundene for at træffe disse svære valg er blevet adresseret andetsteds og vil ikke blive tilgodeset i den nærværende diskussion (*Heather & Robertson, 1981; Miller & Hester, 1980; Miller & Munoz, 1982; Miller & Caddy, 1977*).

Inden for forståelsesrammen for kognitiv dissonans har behandleren, som laver motivational interviewing, to opgaver. Den første af disse er at øge mængden af dissonans, som opleves af klienten. Dette kan forstås som at lægge yderligere vægt på den positive side af vægten omtalt tidligere. Ved første øjekast kan dette måske virke som et argument for direkte konfrontation. Denne konklusion er dog baseret på en misforståelse af menneskelig motivation – på antagelsen om, at det at give bevis er en tilstrækkelig betingelse for forandring. Det at lægge dissonant vægt på den positive side af vægten går gennem andre processer, der vil blive uddybet nedenfor. En alt for direkte præsentation af "bevis" kan faktisk have en paradoksal effekt og skabe afvisning af hele behandlerens sag, idet klienten bliver mere forpligtet end nogensinde til den negative position. Således er den første opgave at skabe dissonans, men ikke på den måde, som normalt bruges af alkoholbehandlere.

Den anden opgave for behandleren er at styre dissonansen, således at resultatet er adfærdsændring snarere end ændret holdning (benægtelse) eller negativ påvirkning af selvværd. Som vi så, kan det at bruge traditionel "konfrontation" med større sandsynlighed udløse benægtelse og kognitiv kompensation for at mindske dissonansen. Ligeledes har traditionelle behandlingsantagelser lagt en tung byrde i form af skyld på individet ved manglende samarbejdsvilje, hvilket kan belaste selvværdet. Troen på egne evner kan ligeledes påvirkes negativt af traditionelle forståelser af alkoholisme, der tillægger stort ansvar til ydre faktorer snarere end indre. Den negative påvirkning af selvværd og troen på egne evner kan skade motivationen endnu mere, idet der er mindre behov for at reducere dissonansen mellem holdning og adfærd. Hvis individet har meget lille selvagtelse er selvdestruktiv adfærd forståelig og med lille konsekvens. Ligeså hvis individet er hjælpeløst over for alkohol, så er et selvdestruktivt alkoholforbrug forståeligt, fordi det ikke kan viljestyres.

* **Kognitiv dissonans:** Personlig tilstand, der foreligger ved uoverensstemmelse mellem viden og handlinger hos en person, fx viden om sund kost og kostvaner hos en person, der gerne vil leve sundt, men ikke gør det. I denne teori, først fremsat af Leon Festinger i 1957, fremstilles kognitiv dissonans som en psykologisk ubehagelig og ustabil tilstand, som individer har et behov for at undgå og reducere. Det kan ske ved enten at ændre adfærden eller ved at søge efter grunde til at ændre de opfattelser, der strider mod adfærden. Sidstnævnte kan fx ske ved systematisk (bevidst eller ubevidst) søgen efter og udvælgelse af informationer, der stemmer overens med den udførte adfærd.

[http://www.denstoredanske.dk/Samfund,_jura_og_politik/Sociologi/Grupper/kognitiv_dissonans]

Styring af motivation hen mod adfærd-sændring kræver således de følgende stratiske mål:

Styrkelse af selvværd

Det er i overensstemmelse med det stærke fokus på personligt valg, voksen ansvarlighed, evnen til at træffe gode beslutninger. Det er ligeledes i overensstemmelse med reduceret fokus på depersonaliserende etiketter. Tilgangen motivational interviewing udtrykker både åben og implicit respekt for individet og søger attributioner, som styrker selvværdet.

Styrkelse af troen på egne evner

Troen på egne evner er individets selvopfattede evne til aktivt og effektivt at kunne mestre problematiske situationer. I dette tilfælde er problemet forbruget af alkohol og følgevirkningerne af dette. Motivational interviewing lægger stærk vægt på personlig styrke, intern attribution og valgfrihed. Personen ansues ikke som hjælpeløs overfor alkohol eller som afhængig af andres mening eller råd, men som værende i stand til at skifte spor og tage ansvarlige valg. Ansvar for dette valg gives til personen i stedet for behandleren.

Styrkelse af dissonans

En tredje opgave for motiverende behandling er at styrke dissonansen mellem adfærd knyttet til misbrug af alkohol og individets holdninger og viden. Det bør bemærkes, at dette er frugtesløst, hvis selvværd og troen på egne evner på samme tid skades, fordi diskrepanser mellem adfærd og holdning ikke er dissonante ved lavt selvværd eller selvtillid. I en støttende atmosfære, som fordrer selvværd og troen på egne evner er udviklingen af dissonans dog terapeutisk.

Ret dissonansreduktion mod adfærd-sændring

Endelig bør behandleren, hvis dissonansen udvikles med succes, intervenere på en måde, der øger sandsynligheden for at dissonansen reduceres gennem ændring af adfærd snarere end gennem ændring af kognitive strukturer.

Strategier i motivational interviewing

Accept

Den første generelle strategi er rettet mod målet accept og er intenderet til at være i overensstemmelse med de ovenfor nævnte mål for styrkelse af selvværd og tro på egne evner. Det primære terapeutiske redskab, der benyttes til dette formål, er reflekterende lytning. Dette er blevet beskrevet af Carl Rogers og hans studerende som færdigheden "akkurat empati". Snarere end at give sig i kast med det, som Thomas Gordon (1970) har kaldt "de typiske tolv" – rådgive, advare, true, give etiket, moralisere etc. lytter behandleren empatisk til, hvad klienten siger og forsøger at reflektere det tilbage til klienten. Dette er en kompliceret færdighed og kan nemt bruges dårligt. Effekten af god reflekterende lytning er dog, at den terapeutiske proces fokuserer på klienten fremfor behandleren, og at klienten opmuntres til at fortsætte med at udforske sine indre tanker, følelser og konflikter. Det er præcis det, der er behov for i motivational interviewings proces. Derudover har det den fordel at formidle respekt for individet, styrke selvopfattelse og opbygge en terapeutisk relation.

Det har længe været kendt, at refleksion ikke er en "tom" proces. Behandleren er ikke bare et passivt spejl, der perfekt reflekterer det, som klienten præsenterer. Behandleren er snarere selektiv og aktiv. Ved hjælp af empirisk data lykkedes det Rogers' egne studerende at overbevise ham om, at han ikke bare reflekterede rent, men at han faktisk var meget selektiv i sine svar. Refleksioners selektive natur anerkendes i motivational interviewing og er rettet mod to brugbare funktioner.

Refleksion som forstærkning. Refleksioner kan bruges til at forstærke bestemte pointer eller aspekter af, hvad klienten har sagt. Behandleren forstærker for eksempel klientens udsagn omkring problemer relateret til alkohol, hvilket diskuteres i det følgende afsnit om implementering af motivational interviewing. Effekten af dette er, at klientens bevidsthed omkring alkoholrelaterede problemer øges, og klienten opmuntres til at fortsætte med at tale om disse. Det, som reflekteres, forstærkes i klienten. God refleksion er en proces der styrker.

Refleksion som omstrukturering. En anden måde at bruge refleksioner ”styrende” på er at omstrukturere indholdet en smule for at se det i et andet lys. Når klienten for eksempel frivilligt giver information, som terapeuten ikke direkte ønsker at forstærke, kan refleksionen sætte denne information i et nyt perspektiv. Således kan klientudsagn som egentlig siger, ”jeg kan ikke være en alkoholiker, fordi...” reflekteres som ”Jeg forestiller mig, at det er forvirrende for dig. På den ene side kan du se, at der opstår alvorlige problemer relateret til dit alkoholforbrug, og på den anden side virker etiketten ’alkoholiker’ ikke til helt at passe på dig, fordi tingene ikke ser helt så slemme ud.” Dette er en refleksion af, hvad klienten har sagt, men det flytter også opmærksomheden. Dissonansen anerkendes og behandleren undgår med succes at ende i en diskussion omkring, hvorvidt etiketten passer eller ej. Klienten opmuntres i stedet til at fortsætte med at udforske (og udvikle) dissonansen.

Opmærksomhed

Opgaven at styrke opmærksomhed i motivational interviewing er rettet mod at øge dissonansen. Der lægges ”opmærksomheds-lodder” på den side af vægten, der vægter til fordel for forandring. Principper til at styrke opmærksomhed følger Sokrates’ gamle læringsstrategi: At en person med større sandsynlighed vil integrere og acceptere det, som han eller hun selv når frem til gennem eget ræsonnement. Information serveres ikke på et fad, så det kan modtages passivt. Individet er snarere aktivt involveret i styrkelsen af opmærksomhed. Der bruges to primære strategier til dette: Frembringelse af selvmotiverende udsagn og integration af objektiv testning.

Frembringelse af selvmotiverende udsagn

Gennem attributionsprincippet ”Jeg lærer, hvad jeg mener, når jeg hører mig selv tale” er behandlerens mål her at frembringe udsagn fra klienten, som inkluderer (1) anerkendelse af alkoholrelaterede problemer (kognition), (2) bekymring omkring problemet (affekt) og (3) anerkendelse af en nødvendighed af at ændre måden at drikke på (adfærd). Knyttet til dette ønsker behandleren ikke at frembringe ”forsvarsudsagn”, der modvirker disse tre anerkendelser. Ideelt set skulle ordene, der kommer ud af klientens

mund, primært være konsistente med de tre mål, der lige er blevet fremsat. I den henseende er det behandlerens mål at frembringe sådanne udsagn og at forstærke dem, når de forekommer.

En måde at frembringe disse udsagn på er at spørge efter dem. Behandleren kan spørge, ”Hvilke ting har du bemærket ved dit alkoholforbrug, som bekymrer dig, eller som du tænker måske kunne blive problematiske?” Klientens udsagn omkring sådanne bekymringer forstærkes så ved refleksion, non-verbal lytning (nik med hovedet, øjenkontakt etc.) og lejlighedsvis bekræftelser (fx ”Jeg kan godt se, hvordan det måske kunne bekymre dig.”). Listen kan udvides ved at spørge ”Hvad har du ellers bemærket?” eller ”Hvad bekymrer dig ellers ved dit forbrug af alkohol?” Hvis sådanne udsagn fra klienten mødes med empatisk refleksion, vil listen fortsætte med at vokse. Hvis på den anden side, at sådan ”evidens” hurtigt gribes og bruges mod klienten som bevis for alkoholisme, så stopper den frivillige deling af personlige bekymringer brat, og klienten skifter over til at være defensiv.

Ligeledes kan terapeuten spørge, ”Hvad får dig til at tænke, at du måske skulle gøre noget ved dit forbrug af alkohol?” Der er adskillige niveauer i sådan et spørgsmål. Det antager først og fremmest, at klienten tænker dette, snarere end at stille det overkonfronterende binære spørgsmål ”Tror du, at du har brug for behandling, ja eller nej?” Dernæst placerer det ansvar for at se behovet for behandling hos klienten snarere end hos behandleren. Endelig frembringer det igen positive udsagn fra klienten – dem til fordel for forandring. I motivational interviewing er alle udsagn af denne slags fra klienten et lod på den positive side af vægten.

En anden tilgang, som kan bruges til at frembringe positive motivationsudsagn, er en subtil paradoksal en. Det er rent faktisk præcist det modsatte af traditionelle konfronterende metoder. I denne paradoksale strategi tager behandleren faktisk rollen som klientens ”benægtelse” eller tvivl uden direkte at annoncere, at det er det, der gøres. I problemudforskningsfasen kan dette gøres subtilt gennem kommentarer som ”Er det det hele? Hvad ellers?” Effekten af dette er,

at klienten opmuntres til at "bevise" for behandleren, at han eller hun har et problem. Ligeledes i den efterfølgende behandlingsovervejselsesfase kan behandleren give en subtil paradoksal udfordring, hvorved klienten har opgaven at bevise, at han eller hun faktisk har brug for behandlingen. Et sådan terapeutudsagn kunne være: "Dette program kræver meget individuel motivation og for at være ærlig, så er en bekymring jeg får, når jeg taler med dig, at jeg er ikke sikker på, at du er motiveret nok. Programmet er hårdt arbejde, og det virker som om, at folk skal have en klar motivation for at komme igennem det – de skal virkelig ville forandre sig." Effekten af et sådan udsagn er ret forudsigteligt. Det frembringer den anden side af argumentationen fra klienten: "Jeg vil virkelig forandre mig, og jeg har virkelig et problem." Sådanne paradoksale teknikker skal bruges forsigtigt, men de kan virkelig bidrage til frembringelse af klienters selvmotiverende udsagn. Igen forstærker terapeuten de udsagn, der følger, med refleksioner, bekræftelser og i sidste ende ved at tillade at lade sig "overtale" af klienten til, at behandling er nødvendig. (Det er så sjældent, at vi får lov til at overbevise nogen om noget, at det i sig selv kan være en stærk forstærker!)

Den underliggende strategi er her, at terapeuten systematisk nægter at tage ansvaret for den "positive" side af argumentationen og overlader dette til klienten. Alle positive selvmotiverende udsagn forstærkes og terapeuten bruger en række metoder til at frembringe endnu flere af sådanne udsagn.

Integration af objektiv testning

En anden strategi til at styrke opmærksomhed ligner til en vis grad traditionelle metoder og er faktisk konfronterende i det klienten konfronteres med nogle svære fakta. Den grundlæggende tilgang er dog anderledes.

I denne strategi, som meget vel kan opstå i et andet interview efter den objektive testning er gennemført, giver behandleren klienten feedback på resultatet fra testningen. Det grundlæggende i dette er at fortolke komplekse resultater eller at hjælpe klienten med at forstå hans eller hendes egen situation. Der gøres intet forsøg på at 'bevise' noget. Konklusionerne, der skal drages fra informationen, overlades faktisk til klien-

ten. Behandlerens mening gives, når den efterspørges, men klienten påtvinges den ikke. Fakta præsenteres en efter en (fx score på en alkoholafhængighedstest eller leverfunktionstest) og klienten får mulighed for fortolkning (fx normativ data). Terapeuten understreger fortsat klientens frihed til at fortolke disse resultater ved fx at sige "Jeg ved ikke, om dette er noget, du bekymrer dig om eller ej." og "det betyder måske, måske ikke, noget for dig." Faktisk oplever jeg, at sådan feedback betyder rigtig meget for mange personer og kræver ikke yderligere dramatisering. Men hvis de "objektive" data ikke imponerer personen, er det usandsynligt, at melodramatisk skræmme-taktik vil ændre det faktum. Om noget, har en tilgang, hvor man forsøger at 'bevise' noget snarere en tendens til at frembringe benægtelse.

En tilgang her er at administrere et standardiseret batteri af relativt simple, men valide tests. Vi har i forskellige klinikker brugt følgende type af information i denne motivationsproces og sammenlignet hver med relevant normativ data: (1) alkoholforbrugsdata, (2) estimer af peak-koncentration af alkohol i blodet (relevant for tolerance), (3) test af alkoholafhængighed, (4) leverfunktionstest, (5) test for graden af alkoholproblem, (6) neuropsykologiske tests, der med sandsynlighed vil vise alkoholinduceret hjerneskade og nogle gange (7) skalascores fra spørgeskemaer, der antages at finde alkoholiske adfærdsmønstre eller personlighedsprofiler (fx MMPI underskalaer). Hver af disse undersøger en dimension af alkoholrelaterede problemer. De er frustrerende uafhængige af hinanden, hvilket vil sige, at det er svært at forudsige en dimension af forværring ud fra en anden. I motivational interviewing præsenteres klienten for et spektrum af objektive test af denne slags og spørges så dybest set, "Hvad tænker du om alt dette?" Dette har igen tendens til at frembringe udsagn om bekymring og motivation for forandring, og disse forstærkes til gengæld af terapeuten.

Opsummering

De to opmærksomhedsteknikker lige beskrevet kan sammenfattes i en opsummering af klientens nuværende situation. Det introduceres bedst med et transitionsudsagn, som annoncerer, at man vil forsøge sig med en opsummering: "Lad mig se, om jeg kan sam-

le alt det, vi har talt om indtil videre,” eller ”Du har udtrykt meget bekymring overfor mig, og det respekterer jeg dig for. Lad mig forsøge at opsummere alt dette, så vi kan se, hvor vi skal hen herfra.” Terapeuten fortsætter så med at opsummere alle klientens selvmotiverende udsagn, formulerer disse som refleksioner af det, som klienten har sagt. Klienten bedes så kommentere på denne opsummering. ”Er det alt? Er der noget jeg har udeladt?” Hvis klienten har udtrykt tvivl under interviewet, skal denne også inkluderes i den endelige opsummering for at undgå at frembringe dem igen (fx ” Du vil virkelig heller ikke tænke på dig selv som alkoholiker, og nogle gange virker problemet ikke så alvorligt for dig. Alligevel er du bekymret, og du kan godt se, at dette kunne fortsætte med at blive værre...”). Behandleren skal ikke ”putte ord i klientens mund,” fordi det nemt vil blive opdaget som et trick. Målet her er snarere meget præcist at opsummere processen indtil nu med et stærkt fokus på klientens positive selvmotiverende udsagn. Dette udgør fundamentet for den næste fase.

Muligheder

Målet med teknikkerne til accept og opmærksomhed, der her er blevet beskrevet er at øge klientens åbenhed overfor selvevaluering og at skabe tiltagende dissonans som motivation for forandring. På et tidspunkt nås en ”kritisk masse” i motivationen og personen er villig til at diskutere og overveje forandring. På dette tidspunkt (og ikke før) bliver behandlerens opgave at præsentere andre muligheder og hjælpe klienten med at vurdere dem.

Et alternativ er, selvfølgelig, at fortsætte med at drikke som hidtil, og dette bør diskuteres åbent. Klienten kan spørges hvad han eller hun forventer ville ske, hvis indtaget af alkohol fortsætter uforandret. Formålet med dette spørgsmål er igen Sokratiske: At frembringe opmærksomhed, som så konsolideres med refleksion.

En fornuftig og god start til at generere andre muligheder er at spørge klienten, hvad han eller hun synes, der skal gøres. Klienten har sagt, der er et problem og spørges så, hvad han eller hun vil gøre ved det. Ofte har klienter glimrende forslag baseret på deres egen viden om, hvad der muligvis vil virke for dem.

Behandleren bør også være parat til at foreslå andre behandlingsmuligheder. Her kan behandlerens ekspertise være uvurderlig, fordi klienten måske ikke er klar over det væld af forskellige muligheder, der findes til at hjælpe mennesker, som vil slippe ud af et overforbrug af alkohol. Det kræver, selvfølgelig, at behandleren kender til disse muligheder. Der findes meget litteratur omkring behandlingsoutcome inden for alkoholisme, der peger på forskellige lovende teknikker (Miller & Hester, 1980). Behandleren bør kende til disse muligheder og bør først og fremmest være åben overfor forskellige teknikker til forskellige personer. Hvis behandleren mener, at der er en og kun en behandling til en person med et overforbrug af alkohol, så er formålet med denne fase i motivational interviewing tabt.

Et alternativ, der ikke bør overses, er selvstyret forandring. Terapeuter lader til at have glemmt, at de fleste mennesker, som kommer ud af deres alkoholmisbrug, gør dette på egen hånd eller med lille eller ingen hjælp udefra. Det er de færreste, som søger hjælp hos professionelle eller hos selvhjælpsgrupper så fx A.A.. Vi forstår endnu ikke metoderne, som disse mennesker bruger, men muligheden for selvstyret forandring er helt reel. Bestemte selvstyrede tilgange har vist sig at være ret effektive, især hvis målet er at moderere sit alkoholforbrug (Miller & Hester, 1980; Miller & Munoz, 1982).

Det rejser spørgsmålet om behandlingsmål. I mange år troede man, at total og livslang afholdenhed var det eneste mulige mål for alle med alkoholproblemer. Der er dog overvældende evidens for, at i hvert fald nogle personer med et overforbrug af alkohol lykkes med at fastholde ikke-problematiske alkoholmønstre (Heather & Robertson, 1981). Hvis man fokuserer på ikke-afhængige ”tidlig-stadie” personer med et overforbrug af alkohol, nærmer den langsigtede succesrate for ikke-problematiske alkoholforbrug sig 50-60% (Miller og Baca, 1983). For bestemte populationer af personer med et overforbrug af alkohol lader sandsynligheden for at undgå tilbagefald faktisk til at være højere for dem med et moderat ikke-problematiske overforbrug af alkohol end for dem med total afholdenhed. Det virker især til at være tilfældet, når det gælder yngre, mandlige, ugifte og mindre alvorligt afhængige klienter (Heather & Robertson, 1981). Udover disse data, er der andre grunde til at

overveje at moderere sit forbrug som et alternativ. En af de vigtigste er det faktum, at mange klienter vælger denne mulighed og nægter at overveje total afholdenhed. At sætte hårdt mod hårdt overfor disse klienter svarer til at kuldkaste hele den proces, som motivational interviewing bygger på, så klienten tvinges ind i et mønster af "benægtelse" og diskussion og væk fra positiv motivation. Der er helt sikkert klienter, for hvem afholdenhed helt tydeligt lader til at være det bedste mål (Miller & Caddy, 1977), og for sådanne klienter bør behandlere bekymringer udtrykkes klart. Vurdering af alternative muligheder indeholder også det at give information om sandsynligheden for at opnå succes med hver enkelt af disse muligheder. Hvis en klient har stærk modstand mod et alternativ, er der alligevel lille sandsynlighed for, at det vil hjælpe, hvis behandleren fortsætter med at skubbe i den retning.

Den kompleksitet, der er knyttet til valg af behandlingsmål, er grundigt gennemgået andre steder og går udover omfanget og formålet med denne artikel om motivation. Der er dog to pointer, som er værd at bemærke, før vi fortsætter. For det første, selv når moderering af alkoholforbrug er en mulighed, lader størstedelen af alkoholmisbrugere til at vælge afholdenhed som deres mål. De, som vælger mådehold, virker faktisk til at være de mindre alvorligt problematiske klienter, som præcis er dem, der har størst sandsynlighed for at lykkes med det. For det andet kan mislykkede forsøg med et "kontrolleret alkoholforbrug" i sig selv være en kraftigt motiverende erfaring. Hvis terapeuten ikke har skubbet klienten fra sig, fordi klienten har trodsset terapeutens råd om ikke at forsøge sig med mådehold, er det muligt at bruge et mislykket mådehold som endnu et stykke objektiv information til overvejelse, når der skal vælges den bedste tilgang til forandring. Mange klienter vælger afholdenhed efter at have forsøgt sig med et kontrolleret forbrug, og i nogle tilfælde har hyppigheden af afholdenhed været lige så høje, som dem fra programmer, hvor det eneste mulige mål har været total afholdenhed (*Heather & Robertson, 1981*).

Formålet med at inkludere denne diskussion omkring behandlingsmål her er ikke at overtale jer til at forfølge dette med størstedelen af jeres klienter, men snarere at forebygge en ødelæggende "konfrontation" mellem terapeuten og klienten, som kompromitterer al den frem-

gang i motivation, som er nået indtil dette punkt. Hvis behandlerens mål er at overtale klienten om vigtigheden af at have afholdenhed som mål, forbliver principperne for overtalelse fra tidligere uforandrede. Sandsynligheden for at "holdningsmodifikation" opstår er meget mere sandsynlig gennem en kombination af accepterende refleksion og strategier til øget opmærksomhed end gennem direkte konfrontation (som med større sandsynlighed vil opnå det modsatte: Holdningsforankring).

Den overordnede proces i fasen med fokus på andre muligheder er forhandling af et behandlingsmål og en strategi. Når klienten er blevet præsenteret for andre muligheder og information omkring disses relative sandsynlighed for succes, overlades det til klienten at træffe en ansvarlig beslutning om, hvilken vej der skal vælges. Moraliseren og truende overtoner undgås ihærdigt af klienten. Snarere end at påtage sig en frelserrolle, som anviser den rette vej, påtager terapeuten rollen som en vidende konsulent, der giver råd, når de efterspørges, men som ikke bærer ansvaret for at implementere rådene og som heller ikke surmuler, hvis rådene ikke følges.

Gennem disse strategier med fokus på accept, opmærksomhed- og andre muligheder bevæger terapeuten klienten mod selvevaluering af alkoholforbruget og mod motivation for og implementering af forandring. Strategierne, som præsenteres her, er ikke en del af en bestemt behandlingsplan, men er snarere udviklet til at støtte bevægelsen af personen fra en "umotiveret" (dvs. ubevægelig) tilstand hen mod en parathed til at engagere sig i forandringsprocessen.

Integration med en forandringsmodel

Motivational interviewings nuværende system forstås bedst inden for en udviklingsmodel for forandring. Sådant en model for afhængighedsadfærd er blevet fremsat af Prochaska og DiClemente (in press, a, b).

Kort fortalt består modellen af en række stadier, som individet gennemgår i forandringsprocessen. I det første stadie før-overvejelsetadiet overvejer individet endnu ikke behovet for forandring. Efterhånden som bevidstheden omkring de negative konsekvenser øges, opstår overvejelsetadiet dog, og individet begynder at tænke over muligheden for forandring. På et tidspunkt akkumuleres en kri-

tisk motivationsmasse, og personen går ind i det tredje stadie forberedelsesstadiet. Her er personen nået frem til en beslutning om, at en forandring er vigtig og er villig til at forfølge den. Min egen erfaring er, at dette ofte er et kortvarigt stadie, som et midlertidigt åbent vindue. Personen har en vis tid til at komme gennem vinduet ind til det næste stadie, inden vinduet lukker igen. Hvis personen når til det næste stadie handlingsstadiet, involverer han eller hun sig i bestræbelser rettet mod at opnå en ændring i den pågældende problemadfærd. Dette kan gøres med eller uden hjælp fra en professionel. Endelig går personen ind i det vanskelige vedligeholdelsesstadie, hvori opgaven er at fastholde de opnåede forandringer. Hvis denne fastholdelse ikke lykkes, oplever personen tilbagefald og starter forfra i cirklen.

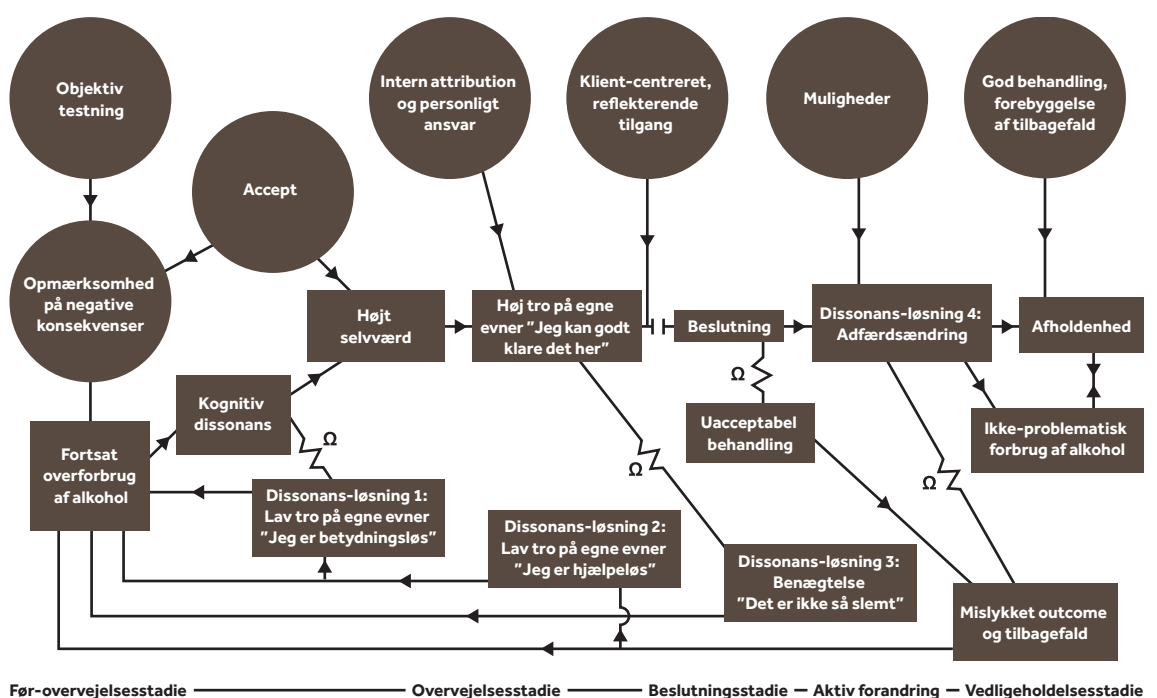
De fleste behandlingsprogrammer til alkoholisme har haft et stærkt fokus på det aktive handlingsstadie på bekostning af de andre. Personens "motivation" til behandling overlades ene og alene til personen ligesom vedligeholdelse af forandringerne efter behandlingen overlades til personen. Prochaskas model er et alternativ til forståelsen af motivation som et personlighedstræk: Motivation er snarere en del af den samlede proces eller forandringscyklus. Det følger heraf, at terapeutiske interventioner kunne og burde indflyvere på mere end blot det aktive handlingsstadie for at hjælpe personen videre fra før-overvejelse til overvejelse, fra overvejelse til forberedelse etc. Marlatt og hans kollegaer (Cummings et al., 1980; Marlatt, in press) har indgående diskuteret måder, hvorpå individer kan hjælpes i vedligeholdelsesfasen. Stadierne før det aktive handlingsstadie har tidligere modtaget relativ begrænset opmærksomhed.

Motivational interviewing foreslår en systematisk række af strategier med henblik på at hjælpe personen videre fra før-overvejelse til handling. Strategier til at skabe opmærksomhed og bevidsthed kombineret med en accepterende atmosfære hjælper personen i overgangen til overvejelse. Andre strategier til at fremme opmærksomhed og accept beskrevet ovenfor forstærker i overvejelserfasen og opmuntrer personen videre til punktet, hvor personen forbereder og beslutter sig. Når dette punkt nås, foreslås andre muligheder – igen i en accepterende og ikke-dogmatisk kontekst – og forandringsstrategier forhandles.

Motivationsprocessen der opstår mellem før-overvejelse og aktiv handling ses i diagramform i Figur 1. Cirklerne i dette diagram repræsenterer potentielle terapeutiske interventioner. Den vigtigste motivationsproces begynder i takt med at bevidstheden omkring negative konsekvenser øges og styrkes gennem en kombination af en accepterende, klientcentreret tilgang (fx empatisk lytning) og informationsstrategier såsom objektiv vurdering. Dette sammen med det fortsatte overforbrug af alkohol udgør en tilstand af kognitiv dissonans.

Den vigtigste motivationsproces begynder i takt med at bevidstheden omkring negative konsekvenser øges og styrkes gennem en kombination af en accepterende, klientcentreret tilgang (fx empatisk lytning) og informationsstrategier såsom objektiv vurdering. Dette sammen med det fortsatte overforbrug af alkohol udgør en tilstand af kognitiv dissonans.

Fra før-overvejelse til vedligeholdelse



Der foreslås fire mulige løsninger til denne dissonans i Figur 1. Hvis individet har et lavt selvværd, så er der ikke nogen dissonans i et selvdestruktivt alkoholforbrug. Dette repræsenterer den første mulige kortslutning i forandringsprocessen. En anden dissonansreducerende løsning er lav tro på egne evner. Hvis individet opfatter sig selv som hjælpeløs overfor alkohol og ikke kan gøre noget ved det, så er der igen ikke nogen dissonans, fordi den skadelige adfærd attribueres eksternt. En tredje løsning for dissonansen er det, som typisk kaldes benægtelsen, nemlig en beslutning om, at de skadelige virkninger af alkohol ikke er så alvorlige og kan tolereres, særligt når de vejes op mod de positive virkninger personen oplever ved alkoholen. Hvis det lykkes at omgå alle disse løsninger, er den løsning, der står tilbage, adfærdændring. Hvis dette lykkes, begynder vedligeholdelsesprocessen. Hvis det ikke lykkes, vil det mislykkede resultat formentlig bidrage til lavere tro på egne evner og overforbruget af alkohol fortsætter, indtil den kritiske motivationsmasse igen nås.

Da jeg lavede dette diagram, gik det op for mig, at det på mange måder lignede et elektrisk kredsløb. Ved at udvide denne metafor, forestillede jeg mig kognitiv dissonans sende en slags spænding gennem systemet, hvilket kræver en kanalisering. Den "naturlige" forandringsproces, der er upåvirket af terapeutiske interventioner, vises i de firkantede dele. Der er fire komplette kredsløb, som repræsenterer de fire alternative løsninger til problemet kognitiv dissonans og også et femte kredsløb, der svarer til det mislykkede resultat af behandling, enten fordi den var uacceptabel fra begyndelsen, eller fordi den ikke opnåede forandringsmålet.

Opmærksomhed på negative konsekvenser indeholdes i både en cirkel og i en firkant, fordi det både er en proces, der opstår naturligt og en, som kan opnås gennem terapeutisk intervention. Uden dette input, er der ingen dissonans til at drive kredsløbet under naturlige omstændigheder.

Hver af cirklerne repræsenterer et terapeutisk input, som øger sandsynligheden for løsning 4. Som diskuteret tidligere, forsøger motivational interviewing at øge

opmærksomhed og således dissonans for at styrke selvværd (og mindske sandsynligheden for Løsning 1), for at styrke troen på egne evner (og således mindske sandsynligheden for løsning 2), for at lede opmærksomheden således at benægtelse ikke frembringes og til sidst for at præsentere andre behandlingsmuligheder på en måde, som ikke leder personen væk fra aktiv forandring. Disse terapeutiske interventioner har til formål ikke kun at øge sandsynligheden for skridt hen mod løsning 4, men også at mindske sandsynligheden for alternative løsninger. Det sidste kan forstås som at øge "elektrisk" modstand i kredsløbspunkterne markeret med Ω , elektrikerens symbol for ohm. En ohm er en enhed for modstand, hvilket i dette tilfælde kunne være en forkortelse for Obviously Healthy Motivations. Ohm kan øges "naturligt", uden terapeutisk intervention, eller kan øges gennem de strategier, som bruges i motivational interviewing.

Kredsløbsanalogien virker til at være brugbar på flere måder. Begrebet med elektrisk strømning befrier systemet for streng linearitet. En vis grad af strøm løber hele tiden gennem alle disse kredsløb, og det er mere et spørgsmål om mængden end om alt eller intet. Fordi kredsløbene er parallelt forbundet snarere end i serier, påvirker brud på et kredsløb (eller hvis der placeres betragtelig modstand på den bane) ikke andre kredsløb. Således er konceptualiseringen hverken lineær eller binær. Endelig er springet til forberedelse repræsenteret som en elektrisk kondensator, et elektrisk apparat, som kræver en bestemt kritisk masse af akkumuleret strøm, før det fyrer og sender strøm gennem kredsløb 4.

Den foreslåede model illustreret i Figur 1 er selvfølgelig ret foreløbig og rejser mange potentielt interessante spørgsmål. I hvilken grad øger hver omringede interventionsstrategi rent faktisk sandsynligheden for Løsning 4? Er forskellige interventionsstrategier optimale på forskellige punkter i forandringsprocessen (som en mere lineær "stadiemodell" ville forudsige) eller bidrager hver enkelt til den overordnede forandring uanset punktet for interventionen (som mere formidles i denne kredsløbsmodel)? Opstår adfærdændring uden kognitiv dissonans,

næret af hvad der kunne være "alternative energikilder" repræsenteret i cirklerne? Og endnu mere fascinerende: I hvilken grad kan matematikken fra elektriske kredsløb bruges med fordel til at forstå denne motivationsproces?

Implementering af strategier fra motivational interviewing

Under udviklingen og implementeringen af strategierne beskrevet tidligere, fandt jeg en bestemt sekvens af interventioner, som virker til at flyde naturligt. Jeg vil først beskrive rækkefølgen af strategierne og så give et eksempel på et interview, hvor metoderne bruges i denne rækkefølge.

1) Frembringe selvmotiverende udsagn

Dette er ofte den første fase og kan begynde med et simpelt åbent spørgsmål, der vedrører klientens egne bekymringer. Terapeuten forholder sig næsten udelukkende empatisk i denne proces og reflekterer det,, som klienten nævner. Refleksionsprocessen er dog subtilt selektiv og forstærker udsagn om bekymring og ændrer en smule udsagn, som går i retning af Løsning 1, 2 og 3. En lettere paradoksal taktik kan bruges her for at frembringe flere relevante opfattelser af et problem.

2) Objektiv testning

Processen kan midlertidigt afbrydes her for at gennemføre nogle objektive tests for at evaluere problemets natur og alvorlighed. Dette kan beskrives som en "check-up" sammenlignelig med et årligt helbredstjek, som undersøger forskellige dimensioner med henblik på at finde tegn på nuværende eller potentielle alkoholrelaterede problemer. Eller den professionelle kan vælge at lave en mindre formel undersøgelse under selve sessionen og spørge til forskellige relevante aspekter. Resultatet af denne undersøgelse gennemgås så med klienten, som beskrevet tidligere.

3) Information

Alle vigtige informationer, som klienten har brug for, inkluderes her. Denne fase kan startes ved at spørge klienten, om han eller hun har nogle spørgsmål til den professionelle – nogle ting, som han eller hun har tænkt over. Hvis personen efterspørger det, kan relevante emner være, hvilket som helst

af de følgende: (a) Information om de aktuelle biologiske og psykologiske virkninger af overforbrug af alkohol, (b) information om afhængighed, (c) afmystificering af etiketten "alkoholiker" og ændring af binær tænkning (alkoholiker vs. ikke-alkoholiker), (d) diskussion af craving og kontroltab, (e) intern attribution af valg og kontrol, understregning af personligt ansvar, (f) diskussion af muligheden for og problemerne ved et "kontrolleret forbrug". Det er afgørende, at den information, som klienten modtager, er rigtig.

4) Opsummering

Behandleren sammendrager de første tre faser af processen i en opsummering.

5) Overgang

Terapeuten spørger ind til klientens reaktion på opsummeringen og på samtalen indtil nu. Det underliggende spørgsmål er her, om klienten er nået frem til en beslutning. Klientens egne synspunkter frembringes og reflekteres. Hvis klienten stadig er uafklaret på dette tidspunkt, beskrives denne usikkerhed som sådan, og det kan være tid til en "time out" periode, hvor klienten bedes overveje, om han eller hun er klar til forandring. Jeg har nogle gange brugt vægtanalogien eller beskrevet Prochaskas stadiemodell for at hjælpe klienten til at forstå, den proces som han eller hun gennemgår.

6) Forhandling af andre muligheder

Når overgangsstadiet fører til aktiv forandring præsenteres forskellige former for interventionsmuligheder, inklusiv (1) ingen formel intervention, (2) selvstyret forandringsstrategier og (3) decideret terapeutiske konsultationer. Forskellige behandlingsmål diskuteres, og behandleren og klienten finder sammen frem til, hvor den aktive forandringsproces skal starte.

Et hypotetisk eksempel

Lad os antage, at Hr. Cahal er henvist til udredning af potentielle alkoholproblemer. Det kan være, han selv henvender sig, fordi han har nogle bekymringer omkring sit forbrug af alkohol. Det kan være, han er blevet henvist af en familielæge, en person fra kirken, en bekymret ven. Han er i begyndelsen af samtalsituationen tydeligt nervøs og "forsvarspræget".

TERAPEUTEN: Godmorgen Hr. Cahal. Værsgo at sidde ned. Du vil gerne tale med mig om nogle bekymringer omkring dit alkoholforbrug. Måske kunne du starte med at fortælle mig, hvad du har bemærket ved dit alkoholforbrug, som bekymrer dig.

KLIENT: Jeg er ikke helt sikker på, om det er et problem eller ej. Min kone synes, jeg drikker for meget og fortæller mig det. Og min læge fortalte mig, at nogle blodprøver, han tog, viste nogle problemer, som kan skyldes alkohol. Men jeg er vist ikke sikker.

T: Så andre mennesker, din kone og din læge i hvert fald, har været bekymret over, at alkohol måske giver dig problemer. Men hvad har du bemærket? Har du bemærket noget som helst ved dit alkoholforbrug gennem årene, som gør dig bekymret for, om det kunne være et problem, eller at det kunne gå hen og blive et problem?

K: Jeg drikker i hvert fald mere, end jeg plejede at gøre. Det virker til at have tiltaget gennem årene, og det spekulerer jeg på.

T: Du har bemærket, at du drikker mere nu, end du plejede.

K: Ja, og det virker som, at det ikke påvirker mig så meget. Jeg kan drikke ret meget, uden at jeg bliver så fuld, som jeg ville være blevet for 10 år siden.

T: Du er ved at udvikle en ret høj tolerance for alkohol.

K: Det er jeg vel. Måske ligger det til familien. Min far drak meget; man kan måske endda sige, at han var alkoholiker. Han er død nu. Han døde af et hjerteanfald for et par år siden, men da var han holdt op med at drikke.

T: Alligevel tænker du over, om der er noget, der ligger til familien.

K: Ja, jeg har hørt om sådan nogle ting. Er det muligt?

T: Ja, det er muligt, men det vender vi tilbage til. Jeg er stadig interesseret i at høre, hvad du har bemærket ved dit alkoholforbrug, som kan være et problem.

K: På det seneste har der været nogle gange, hvor jeg ikke kan huske, hvad der er sket. Jeg kan være ude og drikke en aften og have svært ved at huske, hvad der sket den næste morgen. Jeg tænker over, om det er normalt. Det er ikke så rart at vågne op og ikke have nogen anelse om, hvor man stillede bilen.

T: Det kan være ret skræmmende, specielt de første gange det sker.

K: Og nogle gange om morgenen har jeg bemærket, at jeg føler mig lidt usikker på benene. Nogle gange ryster jeg endda lidt på hænderne. Jeg tror ikke, det er noget, jeg forestiller mig.

T: Så nogle gange vågner du og føler, at du har brug for noget at drikke.

K: Nej, ikke rigtig. Bare usikker på benene. Jeg drikker aldrig om morgenen.

T: Det er en regel, du holder dig til.

K: Ja, på nær enkelte gange. Jeg tror ikke, det er godt at drikke om morgenen.

T: Hvad har du ellers bemærket?

K: Hmm, lad os se. Hvad tænker du på?

T: Hvad med tømmermænd. Har du nogensinde det?

K: Åh ja! Nogle rigtig slemme nogle gange. Mit hovedet føles som om, det eksploderer, og jeg kan ikke holde støj ud. Og jeg kan ikke tænke klart. Nogle "Rejser sig ved det træ, de faldt ved" for at komme igennem det, men jeg bider bare tænderne sammen, og så går det over.

T: Men det har været slemt nogle gange. Er du nogensinde stødt ind i problemer, når du har drukket – blevet anholdt, venner der blev sure på dig eller lignende?

K: Jeg har været tæt på. Jeg er blevet stoppet af politiet et par gange, men jeg har altid kunne tale mig ud af det. De kan ikke helt vurdere, om jeg har drukket. (De kan helt sikkert ikke mærke, at jeg har drukket.)

T: Igen virker det til, at du har en høj tolerance. Hvad ellers?

K: Jeg bliver lidt højrøstet nogle gange og kommer i skænderier. Jeg har gjort nogle folk virkelig vrede på mig.

T: Ting du sikkert ikke ville have sagt, hvis du havde været ædru.

K: Sikkert ikke. Jeg spekulerer også på min hukommelse, du ved. Nogle gange virker det som om, min hukommelse glipper. Jeg husker ikke så godt, som jeg gjorde en gang. Måske er jeg bare ved at blive gammel, men jeg tænker over det – kan det skyldes alkohol?

T: Nogle gange. Hvis du er bekymret for det, kan vi tjekke det mere grundigt senere. Alt i alt lyder det som om, der er en del ting, du har bemærket ved dit alkoholforbrug, som bekymrer dig.

K: Det tror jeg nok. Jeg har aldrig rigtig tænkt over det hele før. Men jeg tror ikke, at jeg er alkoholiker. Jeg kender nogle alkoholikere, og tro mig – de har det slemt.

T: Og du synes ikke, din situation er ikke så slem.

K: Nej. Jeg har droppet alkohol i flere uger ad gangen uden problemer. Og jeg kan tage et par glas og så stoppe. Jeg har et godt job og en familie. Hvordan skulle jeg kunne være alkoholiker?

T: Det må være forvirrende for dig, når du tænker over det. På den ene side kan du se en masse tegn, som advarer dig om dit forbrug, og de bekymrer dig. Og samtidig passer du ikke ikke rigtigt på billedet af en alkoholiker.

K: Nemlig. Jeg mener, jeg har da problemer, men jeg er ikke alkoholiker.

T: Og derfor har det ikke virket som om, du var nødt til at gøre noget ved det. Men nu er du her.

K: Jeg syntes bare, jeg var nødt til at tale med nogen. Jeg vil ikke blive alkoholiker. Jeg så, hvad der skete med min far, og jeg

vil ikke have, at det sker for mig og min familie.

T: Så selvom du ikke ser dig selv som alkoholiker, er du bekymret for, om det kunne blive værre og du tænker, at det er tid til at gøre noget for at forhindre, at det sker.

K: Ja, det tror jeg. Men hvad kan jeg gøre?

T: Der er flere muligheder. Jeg tænker dog, at vi først burde få et mere klart billede af din nuværende situation. Det, du har fortalt mig indtil videre, har været meget nyttigt, men jeg ville gerne lave et par tests med dig og tale mere med dig. Når vi er klogere på, hvad præcis, der sker med dig og alkohol, ved vi bedre, hvilken vej vi skal gå. Er du villig til at bruge lidt tid på det, 2-3 timer, så vi kan få et mere klart billede?

K: OK.

Kommentar

Dette er slutningen på den første frembringende fase og overgangen til den anden fase med objektiv testning. Den foreslåede testning på 2-3 timer er ret omfattende, men det er også en god investering af tid, fordi det virkelig kan være en hjælp i udvælgelsen af den rette behandling. Ofte sætter klienter også pris på denne grad af interesse og omsorg. De forventer, at terapeuten vil drage en forhastet konklusion og diagnosticere dem som alkoholikere (diagnosen alkoholisme). I stedet møder de en professionel, som er bekymret og sofistikeret nok til at ville have en del mere information, før der træffes en beslutning.

Det, der måske er det mest bemærkelsesværdige aspekt ved udsagnene fra terapeuten indtil videre, er, at de næsten udelukkende er empatiske refleksioner. På mange punkter, hvor en traditionel alkoholbehandler ville være fristet til at begynde at konfrontere, fastholder terapeuten en empatisk tilgang. Klienter bliver overraskede og lettede over dette og er mere villige til at fortsætte den gensidige evalueringsproces.

Udvælgelsen af evalueringsprocedurer til brug i den objektive testning er svær. På den følgende side er der en mulig liste med en bred række af tests. Der er også testresulta-

ter for vores hypotetiske klient, Hr. Cahal. Motivational interviewings proces genoptages med en gennemgang af disse resultater. *Se originalartikel for at se dette eksempel testresultater.*

T: Nu hvor vi har lavet de tests, jeg ønskede, vil jeg gerne gennemgå dem sammen med dig. Først og fremmest har vi et tal for, hvor meget du drikker på en normal uge, hvor du drikker. Det blev cirka 53 genstande, hvor en genstand er et normal glas øl eller vin eller cirka 30 ml spiritus. Overraskede det dig?

K: Det virker som meget. Jeg har aldrig opgjort det før.

T: Det er meget. Hvis vi sammenligner det med alkoholnormer for voksne, er det, som du kan se, kun en meget lille procentdel, der drikker så meget som dig.

K: Men jeg drikker ikke så meget mere end mine venner. Jeg tror, at de, jeg drikker med, tilhører den lille procentdel.

T: Det kan være. Vi udregnede også hvor beruset, du blev på den dag i løbet af en normal uge, hvor du drikker mest. Mennesker, der har et normalt socialt alkoholforbrug, stopper et eller andet sted mellem 20 og 80 enheder. Vores estimat er, at du når op omkring 179 enheder. Det er et godt stykke over dobbelt så meget som den øvre grænse ved et normalt forbrug og meget højere end det, der er lovligt at køre bil med.

K: Det er utroligt. Jeg føler mig ikke rigtig så beruset.

T: Det er en del af tolerancen. Du kan have meget høje niveauer af alkohol i blodet og ikke mærke det. Hvis politiet på et tidspunkt anholdt dig, ville dit niveau dog være et godt stykke over, hvad der er lovligt, ifølge vores tal.

K: Jeg har været heldig.

T: Lad os se på det her resultat, der gælder for de episoder, hvor du drikker meget, som vi talte om. I sådan en weekend, vurderer vi, når du helt op på 220 enheder.

K: Wow!

T: Det virker som meget højt for dig.

K: Ja, jeg... Jeg har aldrig tænkt over det.

T: Det er derfor, vi gør det her. Jeg værdsætter virkelig din ærlighed i besvarelsen af de her spørgsmål og din villighed til at kigge på de her resultater uden forbehold. Det må være hårdt.

K: Det er bare overraskende.

T: Stadigvæk, jeg beundrer dig for at anerkende problemet og for, at du vil gøre noget ved det. Her er endnu et resultat. Det er et groft mål for, hvor alvorligt problemet er, når det handler om, hvordan det påvirker på dit liv totalt set. Dit resultat på 18 ligger i middelloområdet, som vi kalder "betydelige problemer" – ikke helt alvorligt endnu, men mere end bare milde eller moderate problemer.

K: Det virker meget rigtigt, tænker jeg.

T: OK. Jeg ved ikke, hvad du vil tænke om det næste resultat. Det ser på i hvilken grad, du er ved at blive afhængig af alkohol. Dit resultat hælder mod bunden af måleområdet, det som vi kalder "konkrete og betydelige symptomer på afhængighed." Groft sagt betyder det, at du begynder at vise nogle af de klassiske symptomer på alkoholafhængighed, selvom der stadig er et stykke vej til fuldstændig afhængighed af alkohol.

K: Du mener, at jeg er afhængig?

T: Det er ikke helt så simpelt. Afhængighed er noget, som opstår gradvist eller i mindre skridt. Det fortæller os om, hvor langt i den proces du er. Det siger, at der bestemt sker noget her, at du viser tidlige tegn på alkoholafhængighed.

K: Det kan jeg slet ikke lide.

T: Du tænkte ikke rigtig på dig selv som afhængig af alkohol.

K: Nej.

T: Måske tænkte du i alt eller intet, og

sådan fungerer det ikke. Afhængighed øges over årene, nogle gange i et hurtigt tempo andre gange mere langsomt. Det ser dog ud som om, det resultat ramte dig ret hårdt.

K: (Stille i et stykke tid) Lad os gå videre til det næste.

T: Måske synes du, at jeg går lidt for hurtigt frem. Vil du have lidt mere tid til at absorbere det eller tale om det?

K: Nej, det er OK. Lad os fortsætte.

T: Okay. De næste to vil måske, måske ikke, bekymre dig. Det er de resultater, som bekymrede din læge. De er indikatorer for, hvor sund din lever er. Den første er en generel indikator. Den anden er mere sensitiv overfor den specifikke type af skade, som alkohol gør mod leveren. Begge er godt over normalområdet. Den første er lige over grænseområdet og i området, som vi betragter som betydeligt forhøjet. Den anden er godt inde i det signifikante område. Det er umuligt at sige bare ud fra disse, hvor sund eller skadet din lever er. Men hvis jeg skulle tolke disse, ville jeg sige, at der er nogen indikation på, at alkohol begynder at skade din lever. Det er sandsynligvis ikke sådan, at det ikke kan genoprettes. Jeg har set resultater som de her blive normale, når en person får alkoholen under kontrol. Men de er høje nok til at bekymre din læge.

K: Men det er ikke irreversibelt?

T: Det er svært at sige, men som regel falder resultater som disse tilbage i normalområdet, hvis personen stopper med at drikke meget. Jeg kan ikke rigtig være mere konkret end det. Det er bare et advarselssignal.

K: Hvad med den næste?

T: Det er en personlighedsskala, som undersøger ligheder mellem dine personlighedstræk og personlighedstræk hos mennesker, som er blevet diagnosticeret som alkoholikere. Den udgør i sig selv ikke en basis for diagnose. Den undersøger ganske enkelt, hvor meget personlighedsmæssigt du har til fælles med dem, som har mere alvorlige alkoholproblemer. Hvis der er

meget sammenfald, er der måske en disposition til at få problemer med alkohol, især i hårde tider. Udvikleren af testen trækker grænsen ved 24, selvom det her handler om grad snarere end enten/eller. Dit resultat på 25 ligger lige indenfor området som viser nogen lighed med mennesker med diagnosticeret alkoholafhængighed.

K: Hvad betyder det så?

T: Det er bare endnu et advarselssignal, endnu et tegn på at alkoholforbruget har potentiale til at komme ud af kontrol. Det er ikke en dødsdom, og det betyder bestemt ikke, at du fortsat skal have problemer.

K: OK

T: Det sidste sæt af resultater vil måske være det hårdeste for dig. Det er de tests, som jeg lavede med dig i går, hvor nogle af dem var på tid. Ved en af dem havde du bind for øjnene. Kan du huske det?

K: Ja. Jeg har tænkt over, hvad de handlede om.

T: Vi laver dem, fordi de er sensitive overfor den type af skade, som alkohol kan gøre ved hjernen. De er ikke direkte tests som et røntgenbillede. De måler snarere de færdigheder, som alkohol typisk skader først – ofte lang tid før nogle tegn på skade vil kunne ses på lægelige tests. De er blevet brugt på tusindevis af mennesker, og vi ved nogenlunde, hvor en person på din alder normalt burde ligge. På otte ud af ti tests var dit resultat uden for normalområdet. Dette står i skarp kontrast til din ellers virkelig gode intelligens. Det mønster er præcis det, som begynder at vise sig, selv hos unge mennesker, når alkoholforbruget kommer ud af kontrol. Det er de dårlige nyheder. De gode nyheder er, at også disse tal typisk normaliseres, når personen stopper det store alkoholforbrug.

K: Siger du til mig, at min hjerne har taget skade?

T: Kun at der er nogle tidlige tegn på den type skade, som alkohol kan gøre, og at du har gode chancer for at gøre skaden god igen. Det her er meget information, og noget

af det er ret tungt. Hvad tænker du om alt det her?

K: Det er ret deprimerende. Jeg troede ikke rigtig, at jeg havde et problem – ikke så slemt i det mindste.

T: Det kom bag på dig. Lad mig sætte det lidt i perspektiv. På alle de her tests ligger du groft sagt i gråzonen, et grænseområde eller lige inden for det signifikante problemområde. Du er kommet her relativt tidligt, og det er virkelig et godt tegn. Mange mennesker venter indtil, de har alvorlig og irreversibel skade, før de gør noget ved deres alkoholforbrug. Sådan er det ikke med dig. Der er god grund til bekymring her, og jeg tror også, at jeg ville være bekymret, hvis jeg var dig. Men det er med det her, som det er med mange andre problemer, at jo tidligere man fanger det, jo bedre er chancerne for at forbedre det og forblive sund.

Kommentar

Denne fase i processen kan være meget svær for klienten og kræver en stor grad af empati. Bemærk at terapeuten gør meget lidt for at fortælle klienten, hvad der skal konkluderes på baggrund af resultaterne. Terapeuten virker mere interesseret i, hvordan klienten reagerer på resultaterne. Terapeuten giver en objektiv vurdering af betydningen af resultaterne, når klienten spørger efter den. Overordnet set er tonen dog klient-centreret, fokuseret på klientens interne proces. Der påtvinges ikke et eksternt system til at tolke resultaterne, og der anvendes ikke etiketter.

Dette glider naturligt ind i informationsfasen, som indtil nu delvist har været flettet ind i de foregående stadier.

T: Jeg tænker på, om der er noget, du gerne vil spørge mig om, noget du har undret dig over indtil nu eller noget, som du gerne vil vide.

K: Jamen, jeg tænker over, om det, du fortæller mig, er, at jeg er alkoholiker.

T: Efter min mening, er det ikke det, det handler om. Fagfolk har svært ved at blive enige om, hvad en alkoholiker er, og det er for simpelt at tale om to slags mennesker i

verdenen: Alkoholikere og ikke-alkoholikere. Det, som er vigtigt, er det, som vi lige har talt om: Hvordan påvirker alkohol dit liv, og hvad skal der gøres ved det? Hvis du gerne vil have titlen "alkoholiker", vil jeg med glæde give dig den, men efter min mening er det irrelevant, hvad du kalder dig selv. Etiketter er ikke vigtige her. Det der betyder noget, er hvad vi gør herfra.

K: Men kan jeg have arvet alkoholisme fra min far?

T: Der er noget evidens for, at mennesker kan arve en disposition for at få alkoholproblemer. Det er ikke helt så enkelt som at arve alkoholisme, og der er ingen ved endnu, hvordan det egentlig hænger sammen. Men mennesker, som har biologiske pårørende med alkoholproblemer, lader til at have en højere risiko, selv hvis de aldrig har kendt deres pårørende.

K: Men jeg har en højere risiko så.

T: Det er rigtigt. Det er endnu en grund til at være forsigtig med dit forbrug af alkohol.

K: Mister alkoholikere ikke kontrollen over deres forbrug? Bliver de ikke nærmest skøre eller sådan, når de bare drikker en enkelt genstand?

T: Sådan lader det til at være for nogle. Men der er mange mennesker som dig, som ikke viser denne tendens, selvom de har andre alvorlige problemer relateret til alkohol. Det er endnu en grund til, hvorfor det er misvisende at tale om bare en slags alkoholisme. Hvis du ventede indtil du begyndte at opleve kontroltab, ville du sikkert have det rigtig skidt. Derfor er jeg rigtig glad for, at du kigger på al det her nu. Er der andet, du vil spørge mig om?

K: Det tror jeg ikke. Måske kommer jeg i tanke om noget senere.

Kommentar

Spørgsmålene som klienten stiller i denne fase opstår ofte naturligt på baggrund af spørge- og evalueringsprocesserne, som er gået forud. Svarene som gives er sande på baggrund af den bedste nuværende viden fra forskning og opmuntrer til sunde attri-

butioner: Intern "locus of control", personligt ansvar og tro på egne evner. Gennem de forudgående sektioner er der også drysset bekræftende udsagn for at forstærke individets motivationsbestræbelser og støtte selv-værd.

Når spørgsmålene lader til at være besvaret laver terapeuten en opsummerende refleksion.

T: Vi har talt om meget. Lad mig prøve at opsummere, hvad der er sket indtil videre, og hvad vi har fundet ud af. Jeg vil prøve at få det hele med, men sig til hvis jeg glemmer noget, eller hvis jeg har misforstået dig undervejs.

Først da du kom her var det dels på din kones og din læges opfordring, dels fordi du selv så nogle problemer. Du havde bemærket, at dit forbrug og din tolerance var steget gennem årene, og du havde set nogle af de tidlige tegn på alkoholafhængighed, selvom du ikke vidste, hvad de betød. Du var lidt bekymret, fordi din far havde alkoholproblemer, og du tænkte med rette at dette kunne øge din egen risiko. Du havde haft nogle blackouts - hukommelseshuller forårsaget af for meget alkohol – og nogle episoder, hvor du var tæt på at komme på kant med loven. Du har haft slemme tømmermænd og kommer nogle gange ud i nogle svære situationer, når du har drukket. Og så vidt jeg husker, var du også bekymret for din hukommelse. På samme tid var du forvirret, fordi du havde en bestemt opfattelse af alkoholisme, som du ikke passede til. Således kunne du se nogle reelle problemer, men du var ikke sikker på, om du behøvede at gøre noget ved dem, fordi du ikke opfattede dig selv som alkoholiker. Du tænkte i sort/hvid, enten var du alkoholiker, eller også var du ikke, og du kunne ikke lide tanken om at være alkoholiker.

Heldigvis kom du videre og kom og talte med mig. Det var meget modigt, og jeg tror, at du med stor sandsynlighed har reddet dig selv for meget lidelse på grund af det. Vi lavede nogle tests sammen, og resultaterne virkede virkelig til at chokere dig. Der var tegn på, at din lever og hjerne var begyndt at tage skade, og dit indtryk af, at du drak mere end de fleste, blev bekræftet. Testresultaterne sagde, at du havde betydelige problemer med alkohol og begyndende

alkoholafhængighed. Der var også nogen lighed mellem din personlighed og personligheden hos menneskers, som har haft problemer med alkohol.

Alt dette virkede til at ramme dig ret hårdt, og jeg tror, du sikkert begyndte at blive deprimeret af at tænke på dig selv som alkoholiker. Jeg forsøgte dog at forklare, at det ikke er pointen, og at det, som betyder noget nu, er at få ændret dette så hurtigt som muligt.

Er det en fair opsummering?

K: Ja det er. På nær at da jeg kom her, troede jeg ikke, at jeg drak mere end andre mennesker. Det overraskede mig.

T: På dig virkede det som om, at dit alkoholforbrug var helt normalt.

K: Måske ikke helt normalt, men jeg troede heller ikke, at det var unormalt.

T: Jeg kan virkelig godt forstå, at du ikke har lyst til at tænke på dig selv som unormal. Hvem ville det? Igen, det er ikke så simpelt. Det, der betyder noget, er ikke, hvor meget du drikker, men hvordan det påvirker dit liv.

Kommentar

Terapeuten forsøger at fange alle de vigtige ting fra samtalen og lægger vægt på (1) samtlige mulige bekymringer angående de negative påvirkninger af alkohol som er blevet diskuteret og udtrykt, (2) klientens følelser og reaktioner fra forskellige punkter i samtalen og (3) nogle af klientens forbehold og tvivl i berettiget perspektiv. Terapeuten giver tilladelse til, og mulighed for, at klienten kan rette eller tilføje til opsummeringen. Målet er at binde alt det sammen, som er gået forud. Håbet er at skabe en "kritisk masse" af motivation, som er tilstrækkelig til at sætte beslutningsfasen i gang. Successen af dette evalueres i det næste skridt af motivational interviewings' proces: overgang.

T: Hvad tænker du om alt dette?

K: Jeg føler mig i en form for chok. Jeg troede egentlig ikke, at jeg havde et særligt stort problem, da jeg kom her, og pludselig ser jeg alle disse ting, som jeg aldrig havde tænkt over.

T: Det er virkelig et chok.

K: Det er det. Jeg tror, jeg leder efter et slags håb.

T: Der er mange grunde til at føle håb. Du er kommet tidligt. De fleste af dine problemer ser ud til at ville være fuldstændig reversible. Og i de sidste par årtier er der blevet forsket meget i nye metoder til at hjælpe mennesker som dig, som godt vil gøre noget ved deres alkoholforbrug. Der er virkelig mange muligheder. Spørgsmålet er, om du er klar til at gøre noget for at ændre retning.

K: Jamen, jeg vil gøre noget. Jeg vil ikke lade det fortsætte som hidtil.

T: Hvad tror du, at det ”noget” kunne være?

K: Jeg tror, at jeg er nødt til at gøre noget ved mit alkoholforbrug, enten skære ned eller stoppe helt.

T: Det ene eller det andet.

K: Jeg kan ikke bare lade dette fortsætte! Hvis jeg fortsætter med at drikke, som jeg har gjort hidtil, vil al dette så ikke fortsætte med at blive værre?

T: Sikkert.

K: Så er der nødt til at ske ændringer. Enten skærer jeg ned eller også stopper jeg fuldstændig.

T: Hvad tænker du om de to muligheder?

K: Hvis jeg selv kunne vælge, ville jeg foretrække bare at skære ned. Jeg ville gerne være i stand til at drikke nogle gange.

T: Alkohol er vigtigt for dig.

K: Det er egentlig ikke vigtigt i den forstand. Det er bare det, at jeg nyder at kunne drikke en enkelt genstand, og jeg ville måske føle det var lidt mærkeligt at sidde der med en cola, når alle andre drak alkohol - ikke helt passende.

T: Så det ville være lidt ubehageligt for dig.

K: Ja, ikke meget, tror jeg. Jeg ville bare helst ikke stoppe helt, hvis jeg ikke behøver.

T: Men hvis det var tydeligt, at du var nødt til at stoppe helt, så kunne du godt.

K: Helt sikkert. Hvis jeg vidste, at jeg var nødt til det.

T: Hvor meget hjælp tror du, at du ville have brug for, hvis du enten skulle skære ned eller stoppe helt?

K: Hvad mener du med hjælp?

T: Jeg mener hjælp fra andre mennesker - støtte, behandling, idéer, den slags ting. Hvor meget ville du kunne klare selv, i forhold til hvor meget det ville hjælpe at have noget støtte fra andre mennesker?

K: Det ved jeg ikke, jeg har aldrig prøvet det. Jeg kan godt lide, at klare tingene selv, og jeg tror, jeg kunne gøre det, men måske ville det også hjælpe at tale med nogen.

T: Så du ville være åben for hjælp udefra, hvis du besluttede dig for at ændre dit forbrug.

K: Det tror jeg, ja.

T: Lad mig se, om jeg forstår dit standpunkt, så, fordi det er meget vigtigt. Det lyder som om, at du har besluttet, at det helt sikkert er tid til at gøre noget ved dit forbrug af alkohol, og at du ikke vil fortsætte med at drikke, som du har gjort indtil nu. Du kan godt se, at det var virkelig skadeligt, og du vil godt ændre det. Du er ikke helt sikker på, hvordan du vil gøre det endnu. Måske ønsker du at skære ned, måske ønsker du at stoppe helt. Hvis du vidste, at det var nødvendigt, kunne du stoppe fuldstændigt, selvom du ville foretrække at have et moderat forbrug, hvis det ikke ville skabe problemer. Og du tænker, at det måske ville være en hjælp at have nogen udefra til at hjælpe undervejs, selvom du forstår, at du er nødt til at klare det meste selv. Er du korrekt?

K: Ja. Jeg tror, det er tid til at gøre noget.

T: Måske ville det hjælpe at tale om, hvad du specifikt kunne gøre, men jeg vil ikke gøre det, før du er klar. Vil du fortsætte og udforske muligheder, eller har du brug for mere tid til at lade alt dette bundfælde sig?

K: Nej, jeg tror, at jeg er klar. Det her har været meget for mig at tænke på, men jeg synes, vi skal fortsætte, mens jeg stadig føler behovet.

T: Du tænker, at hvis du lod for meget tid gå, så ville du glemme, hvor vigtigt det er, at du ændrer dine alkoholvaner.

K: Måske. Under alle omstændigheder er jeg klar. Hvad kan jeg gøre?

Kommentar

Igen undgår terapeuten at skubbe eller styre klienten åbenlyst. I stedet bliver klienten bedt om at træffe enhver beslutning undervejs. Om noget, påtager terapeuten sig rollen som ”djævlens advokat”, hvilket har den effekt, at frembringe endnu stærkere afklaring. Klientens positive skift i motivation konsolideres med refleksioner og en opsummerende gentagelse. Der tales ikke om nogen interventionsmuligheder, før klienten er klar til at høre om det og giver sin tilladelse til det. Nogle gange kan det være passende at tilbyde en uges pause, hvor klienten kan absorbere de tidligere stadier og beslutte, om hun eller han er afklaret med at fortsætte. Denne klient, føler dog, at tiden er inde til at fortsætte, og sådanne tegn bør som regel følges.

Den sidste fase er så forhandling af interventionsmuligheder. Dette inkluderer præsentation af og snak om forskellige muligheder for behandling.

T: Der er ret mange muligheder, og vi er nødt til at diskutere dem for at kunne beslutte, hvilken en der kunne være den bedste måde for dig at starte på.

K: OK.

T: Først og fremmest er det din beslutning, om du vil skære ned fremfor at stoppe helt. Det skal selvfølgelig være din beslutning. Jeg kan ikke træffe den for dig. Nogle mennesker lykkes med at reducere deres

forbrug til et niveau, hvor det ikke længere skaber problemer for dem. Andre mennesker finder det nødvendigt eller i det mindste nemmere at stoppe helt. Du er endnu ikke sikker på, hvad du skal vælge.

K: Nej. Hvad synes du?

T: Hvis det var mig, ville jeg nok være lidt bekymret for nogle af de resultater, vi har gennemgået. Dine levertal og især hjernestene peger på reel fare. Den sikreste måde at ændre det på og få dem normale igen er med en periode med total afholdenhed, hvis du kan klare det.

K: Det kan jeg sagtens klare. Hvor længe synes du, at jeg burde gå på vandvognen?

T: Det er svært at sige. Mindst så længe som det tager din krop at blive normal igen. Det kan godt tage 3-6 måneder. Igen er det dig, der skal beslutte det. Det kan måske være en hjælp at gentage nogle af disse tests efter en periode for at se, hvordan du klarer dig.

K: Og hvis jeg fortsætter med at drikke, så vil det ikke blive bedre?

T: Vi ved ikke nok til at være helt sikre. Men jeg kan fortælle dig, at den sikreste og hurtigste vej til at rette op på den her skade ville være at tage en ferie fra alkohol. Jeg ved ikke, hvordan det lyder for dig.

K: Det lyder vel fornuftigt. Så når jeg er rask igen, så kan jeg måske starte med at drikke igen, hvis jeg har lyst?

T: Fakta er, at du kan starte med at drikke på hvilket som helst tidspunkt, du har lyst. Ingen kan stoppe dig. Det er ikke et spørgsmål om, hvorvidt du kan. Det vigtige spørgsmål er, hvilken effekt det ville have. Som jeg fortalte dig, genoptager nogle mennesker med at drikke alkohol igen på en forsigtig og moderat måde og har ikke videre problemer med det. Faren er selvfølgelig, at man kan falde tilbage i gamle vaner og begynde at drikke på en måde, der sætter din sundhed og lykke i fare igen. Men du behøver virkelig ikke at træffe den beslutning nu. Du finder måske endda ud af, at du kan lide ikke at drikke!

K: Og lige nu skal jeg stoppe.

T: Du har kun spurgt mig, hvad jeg synes. Jeg sagde ikke, at du skulle kun, at jeg synes, at det måske er den sikreste vej. Hvad du gør, er op til dig. Er det det, som du vil gøre?

K: Det virker som det bedste.

T: En ting, jeg vil spørge dig om så, er "Hvad vil stå i vejen for, at du gør det, som du har besluttet dig for at gøre?" Hvis du har besluttet dig for at stoppe med at drikke for en periode, hvad vil gøre det svært?

K: Mine venner, for det første. Meget af tiden, som jeg bruger sammen med dem, drikker vi, og jeg ved ikke, hvordan jeg skulle klare det.

T: Hvad ellers?

K: Jeg kan godt lide at drikke, men det er ikke et stort problem. Jeg tror bare, at jeg skal minde mig selv på, at det er vigtigt, så jeg ikke glemmer det.

T: Så det vil måske være svært ikke at drikke omkring dine venner, og du er måske nødt til at tage ekstra forbehold for at huske, hvorfor du ikke drikker.

K: Rigtigt. Nogle forslag?

T: Lad mig stille dig dette spørgsmål. Hvad tror du, der vil ske, hvis du ikke ændrer dit alkoholforbrug? Hvad generer dig ved det?

K: Jeg tænker, at alle de ting, vi har talt om kunne blive endnu værre – min lever, min hjerne. Jeg kan heller ikke lide de "black-outs". Og jeg tror, det ville være svært for min familie – jeg bryder mig ikke om at tænke på, at jeg kunne miste dem. Måske endda miste mit job, hvis det blev slem nok. Det er ikke særlig rart at tænke på.

T: En måde at minde dig selv på, hvorfor du ikke drikker, er at gennemgå den liste, som du lige gjorde. Hvordan har du det med alkohol lige nu i dette øjeblik?

K: Det virker ikke særlig tiltrækkende.

T: Det er det, jeg mener. Hvis du kan genkalde dig alle disse reelle og skræmmende muligheder, kan det hjælpe. Der er andre måder at gøre det på. Vi kunne skrive en liste ned, som du kunne have på dig og tage frem og læse i ny og næ. Du kunne skrive et brev til dig selv, nu hvor du er så bevidst, så når du senere ikke føler dig så sikker, kan læse det. Der er endda en speciel metode, som hedder "sensibilisering", som er lidt ligesom selvhypnose, hvilket måske kan hjælpe dig med at holde din motivation oppe ved at huske alle disse vigtige ting.

K: Det lyder interessant.

T: Det er det, men det er også ret svært. Det kræver meget motivation at gennemføre det, og det er benhårdt på nogle tidspunkter. Det indebærer, at du ser på nogle sider af dig selv, som ikke er specielt kønne.

K: Hvis det hjælper, er jeg dog villig til at give det et forsøg.

T: Måske. Vi kan vende tilbage til det, hvis det virker som en god idé. En anden ting, som nogle gange hjælper, er at være sammen med mennesker, som ikke drikker – en slags gensidig støtte. Andre mennesker synes det hjælper at give sig selv belønninger, sådan de fejrer en periode, hvor det er lykket ikke at drikke, ved at spise en god middag eller at købe noget, som de har ønsket sig, måske for de penge, som de har sparet ved ikke at drikke. Nogle mennesker fejrer selvfølgelig deres afholdenhed ved at tage en druktur, men det virker lidt mod hensigten.

K: Det ville ikke give meget mening.

T: Noget andet, som forskningen peger på, som kan hjælpe er at få hele familien involveret. Nogle gange kan det være godt at få talt det igennem som familie sammen med en behandler. Og med hensyn til dine venner, tror jeg det kunne være en god idé, hvis vi talte om, hvordan du kunne håndtere det, måske endda øve det lidt, så du er forberedt. Lyder nogle af disse idéer, som noget der kunne hjælpe dig?

K: Jeg kan gode lide den sidste, fordi jeg er bekymret for, hvad jeg skal gøre i den

situation. Og måske kunne jeg stille mig selv nogle belønninger i udsigt, den idé kan jeg godt lide. Men jeg tror, jeg vil gøre det her på egen hånd. Jeg vil ikke involvere hele min familie, og jeg kan ikke lide at tale om mine problemer sammen med en masse andre mennesker.

T: Lad mig se, om jeg forstår, hvad du vil gøre, fordi det her er nødt til at være din plan. Først og fremmest sigter du mod total afholdenhed fra alkohol, i det mindste for en periode, for at give dig selv tid til at hele. Det kan være, at du beslutter dig for at begynde at drikke igen senere, og du behøver ikke tage den beslutning nu. Hvis du beslutter dig for det, er der nogle metoder, som jeg kunne lære dig, som måske kunne hjælpe dig med at undgå at få problemer. Men det kan også være, at du beslutter, at du godt kan lide ikke at drikke. Et problem som du kan se, er at du ikke er sikker på, hvordan du skal håndtere dine venner, og du vil gerne have noget hjælp til at forberede dig på det. Du tænker også, at det kunne hjælpe til at styrke din motivation, hvis du kunne huske på de negative konsekvenser, og jeg nævnedes sensibiliseringsmetoden, som en metode, der kunne bruges til det. Du kunne også godt lide idéen med at stille dig selv en række belønninger eller fejring i udsigt efter forskellige perioder, hvor det er lykket med at være afholdene. Er det nogenlunde rigtigt?

K: Det lyder godt.

T: En yderligere mulighed, som jeg vil foreslå er at udarbejde en slags "brandøvelse" for, hvad du kan gøre i tilfælde af, at du falder i i forhold til dit mål med total afholdenhed. Nogle gange er det godt at forberede en plan, sådan at et lille tilbagefald (hvis det skulle ske) ikke ender i en stor katastrofe. Giver det mening?

K: Bestemt, jeg tror ikke jeg får problemer, men det kan ikke skade.

T: Lad os tale om, hvor du kan begynde.

Kommentar

Denne sidste fase adskiller sig også tydeligt fra den typiske måde, hvorpå et bestemt behandlingsprogram "sælges" til klienten, ofte

som den eneste vej til helbredelse. Klienten behandles som en rationel, ansvarlig voksen og involveres i den fælles opgave at sætte et mål og lave en behandlingsplan. Mulighederne præsenteres og diskuteres. I dette tilfælde har de fleste af mulighederne en rimelig empirisk støtte i litteraturen: En periode med afholdenhed for bedring af medicinske og neuropsykologiske funktioner, "covert sensitization", forstærkning og social støtte, familierapi, social færdighedstræning og træning i at være assertiv (Miller & Hester, 1980). En plan for tilbagefaldsforebyggelse sættes i værk (Cummings et al., 1980). Muligheden for en fremtidig situation uden et problematisk forbrug af alkohol præsenteres præcis sådan – som en mulighed (Miller og Munoz, 1982), hvor terapeuten ikke taler stærkt for den ene eller anden vej.

Klientens eget valg understreges kraftigt, og terapeuten nægter at tillade, at et valg beskrives som obligatorisk ("kan" versus "kan ikke") eller som moraliseren ("bør"). Spørgsmålet "kan jeg drikke" behandles logisk snarere end emotionelt: Selvfølgelig kan personen drikke. Det egentlige spørgsmål går på sandsynligheden for diverse konsekvenser. Der hvor viden fra forskning er utilstrækkelig til at give sikre udtalelser, siger terapeuten det. Viden holdes ikke tilbage for klienten. Valg af behandlingsmål og interventionsform forhandles med klientens fulde deltagelse og samarbejde. Klienten er ikke en passiv modtager af rådgivning, men en aktiv deltager i planlægningen.

Resume

Motivational interviewing er en tilgang baseret på principper fra socialpsykologien. Den anvender eksperimentelt bekræftede processer såsom attribution, kognitiv dissonans og tro på egne evner. Motivation forstås ikke som et personlighedstræk men som en interpersonel proces. Der fjernes fokus fra etiketter og lægges stor vægt på personligt ansvar og intern attribution af forandring. Kognitiv dissonans skabes ved at kontrastere den nuværende problemadfærd med opmærksomhed på adfærdens negative konsekvenser, terapeutiske acceptprocesser udviklet fra Carl Rogers' metoder, socialpsykologiske principper for motivation og objektiv testning bruges til at kanalisere denne dissonans mod adfærdændring

med fokus på at undgå ”kortslutningerne” lavt selvværd, lav tro på egne evner og benægtelse. Denne motivationsproces forstås inden for en større udviklingsmodel for forandring, hvor overvejelse og beslutning er vigtige skridt, som kan påvirkes af behandlingsinterventioner. Et skematisk diagram af motivational interviewing præsenteres, som bygger på metaforen fra elektrisk ledning. Der foreslås en seks-trins sekvens for motivational interviewing: (1) frembringe selvmotiverende udsagn, (2) objektiv testing, (3) information, (4) opsummering, (5) overgang og (6) forhandling af muligheder. Denne motivationsmodel kan anvendes til

både terapeutisk intervention og som naturlig eller ”spontan” forandring.

Denne tilgang til klientmotivation afviger radikalt fra traditionelle ”konfronterende” metoder, som forstår benægtelse som personlighedstræk hos klienten, understreger accepten af etiketten ”alkoholiker” og som forstår alkoholmisbrug som personligt kontroltab. Det følgende er en sammenligning af tilgangen fra motivational interviewing med de mere konfronterende teknikker, som typisk anbefales inden for traditionelle programmer, der bygger på en sygdomsforståelse af alkoholisme.

Klient motivation: Kontrastering af modeller

Motivational interviewing

Ikke fokus på etiketter; accept af etiketten ”alkoholiker” anses som irrelevant.

Stærkt fokus på personligt valg hvad angår fremtidigt forbrug af alkohol.

Individet anses ikke som hjælpeløst men som kompetent til at vælge.

Behandlingsmål forhandles på baggrund af fakta og præferencer.

Kontrolleret alkoholforbrug er et muligt mål om end ikke optimalt for alle.

Den professionelle fokuserer på at frembringe klientens egne udsagn omkring bekymring, hvad angår alkoholproblemer.

”Benægtelse” forstås som et interpersonelt adfærdsmønster som påvirkes af den professionelle adfærd.

”Benægtelse” mødes med refleksion.

Objektive fakta om skadevirkninger præsenteres på en nænsom måde, der ikke pådutter klienten bestemte konklusioner.

”Benægtelseskonfrontations”-tilgang

Der lægges stor vægt på, at klienten skal acceptere sig selv som ”alkoholiker”.

Der lægges vægt på alkoholisme som en sygdom, som begrænser personligt valg.

Individet opfattes som hjælpeløst overfor alkohol, ude af stand til at kontrollere eget alkoholforbrug.

Behandlingsmål er altid total og livslang afholdenhed.

Kontrolleret alkoholforbrug anses som umuligt for dem med alkoholisme.

Den professionelle præsenterer det vedkommende opfatter som bevis for alkoholisme i et forsøg på at overbevise klienten om problemet.

”Benægtelse” forstås som et personlighedstræk hos alkoholikeren, som kræver stærk konfrontation fra den professionelle.

”Benægtelse” mødes med diskussion/korrektion.

Objektive fakta om skadevirkninger præsenteres på en konfronterende måde som bevis for en fremadskridende sygdom og som bevis for nødvendigheden af total afholdenhed.