

Ti ting Den Motiverende Samtale ikke er

ARTIKEL

*William R. Miller & Stephen Rollnick
Oversat af Gregers Rosdahl efter "Ten things that MI is not"
bragt i Behavioural and Cognitive Psychotherapy 2009, 37, 129-140*

Indledning

Det er 26 år siden, den første beskrivelse af Motivational Interviewing (MI), på dansk kaldet Den Motiverende Samtale, dukkede op i dette tidsskrift (Behavioural and Cognitive Psychotherapy). Antallet af publikationer om MI er siden da fordoblet hvert tredje år, og der er nu MI-undervisere og oversættelser i mindst 38 sprog. Inden for det internationale netværk af undervisere i MI (MINT) har mere end 1.500 mennesker afsluttet uddannelsen som MI-underviser.

Hvis hver af disse har uddannet 100 klinikere, og hver kliniker har praktiseret MI med 100 personer, så er resultatet af MINT alene, at mindst 15 millioner mennesker har deltaget i en motiverende samtale. Når en kompleks metode formidles så bredt og så hurtigt, som det er sket med MI, er det ikke overraskende, at dens grænser bliver uklare. I forbindelse med udbredelsen af enhver kompleks metode sker der en naturlig "genopfindelsesproces" (Rogers, 2003), hvor de, der bruger metoden, tilpasser den til deres egen forståelse og stil.

Ændringer som disse kan forbedre metoden eller gøre den lettere tilgængelig for en bestemt gruppe (Miller, Villanueva, Tonigan og Cuzmar, 2007). Det er også muligt, at genopfindelsen fjerner nogle vigtige elementer i metoden eller nogle af de aktive ingredienser, der gør metoden virkningsfuld. Det er derfor vigtigt at forstå, hvori de væsentlige elementer består, og hvilke bestanddele og elementer, der kan ændres, uden at ødelægge de vigtigste karakteristika ved metoden. Der er allerede gjort et

stort fremskridt i at forstå, hvori MI har sin effekt (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer og Fulcher, 2003; Moyers, Miller og Hendrickson, 2005), men det er tydeligt, at der stadig er lang vej endnu.

Det sker også sommetider, at en metode ændres så grundlæggende, at den ikke længere ligner eller ligefrem er i modstrid med dens oprindelige form. Den konfronterende, autoritære og tvangsmæssige form for behandling af afhængighed, ofte beskrevet i slutningen af det 20. århundrede som "sygdomsmodellen" og "12-trins-modellen", var i ret stor modstrid med de oprindelige beskrivelser af programmet Anonyme Alkoholikere (Miller og Kurtz, 1994; White og Miller, 2007). På et tidspunkt indeholder sådan en genopfindelse ikke længere ånden i det, som er defineret som den oprindelige metode, og til tider kan det endda være i modstrid med den oprindelige ånd. Dette betyder ikke nødvendigvis, at genopfindelsen er ineffektiv. Det betyder blot, at det er blevet til noget andet.

Vi har forsøgt at definere klart, hvad MI er, og vores beskrivelser har udviklet sig gennem tiden (Miller og Rollnick, 1991, 2002; Rollnick, Miller og Butler, 2008; Rollnick og Miller, 1995). Vi har også nævnt nogle forskelle mellem MI og andre tilgange. Alt imens MI spreder sig i praksis, støder vi fortsat på forestillinger om og beskrivelser af MI, der afviger væsentligt fra, hvordan vi har forstået denne metode. For at sikre afklaring og skabe diskussion har vi derfor fundet det nyttigt at beskrive ti ting, som Den Motiverende Samtale efter vores opfattelse ikke er.

1/12

Ti ting Den Motiverende Samtale ikke er

ARTIKEL

Ti ting, MI ikke er

1. MI er ikke baseret på den transteoretiske model

Dette er en forståelig sammenblanding. MI og den transteoretiske model (TTM) for forandring (Prochaska og DiClemente, 1984) blev udviklet samtidig i begyndelsen af 1980'erne. Den transteoretiske model og dens bedst kendte bestanddel om forandringens stadier (stages of change-modellen) revolutionerede afhængighedsbehandlingen, og generelt ændrede den tankegangen hos fagfolk i relation til, hvordan de tænker om det at skulle hjælpe til forandringer.

De fleste behandlingsformer synes at antage, at folk allerede enten er i forberedelsesstadiet eller i handlingsstadiet og således er klar til forandring. TTM skabte en erkendelse af, at mange – hvis ikke de fleste mennesker med lidelser forbundet med stofmisbrug – ja selv dem, der allerede er inde i behandlingssystemet, endnu ikke har besluttet eller forpligtet sig til at ændre noget, og at behandlingen derfor bør tilpasses personens aktuelle niveau for parathed. Snarere end at bebrejde folk at være umotiverede blev det nu en del af klinikerens opgave at styrke klientens motivation for forandring. På det tidspunkt var der relativt få behandlingsmetoder, der var designet til at kunne dette, og derfor var der en naturlig overensstemmelse mellem MI og den transteoretiske model og modellen om forandringens stadier.

Både TTM og MI blev præsenteret på den tredje internationale konference om behandling af addiktiv adfærd i 1984, og det deraf følgende tidsskrift var organiseret omkring forandringens stadier (Miller og Heather, 1986). Stadierne tilvejebragte en naturlig måde at tænke om den kliniske rolle i MI, og MI gav et klart eksempel på, hvordan klinikere kan hjælpe folk til at bevæge sig fra stadierne før-overvejelse og overvejelse til forberedelsesstadiet og handlingsstadiet. Ikke desto mindre har MI aldrig været baseret på TTM.

TTM har til formål at give en samlet konceptuel model for, hvordan og hvorfor der sker forandringer, mens MI er en specifik klinisk metode til at styrke den personlige motivation for forandring. Den implicite underliggende teori i MI er først nu ved at blive udviklet og er ikke tiltænkt at være en omfattende teori om forandring. Det er hverken nødvendigt eller vigtigt at forklare om TTM og forandringens stadier, når man udfører MI. Det er ikke nødvendigt at fastsætte en persons stadiet for forandring som en del af eller som forberedelse til MI. I anden udgave af Motivationssamtalen har vi bevidst fjernet alle henvisninger til TTM i den første halvdel af bogen, netop fordi de to teorier ofte blev forvekslet (Miller og Rollnick, 2002). I stedet bidrog DiClemente og Velasquez (2002) med et kapitel til den sidste halvdel af bogen, hvor de specifikt udforskede indbyrdes sammenhænge mellem TTM og MI.

2. MI er ikke en måde at narre folk til at gøre, hvad de ikke ønsker at gøre

Praktikere kommer undertiden til en introducerende MI-uddannelse og forventer at lære et trick til at få mennesker til at gøre, hvad de vil have dem til at gøre, uafhængigt af hvad disse mennesker selv har lyst til, måske i lighed med stereotyper af posthypnotiske suggestioner eller paradoksal intention. I modsætning til dette imødekommer og honorerer MI menneskers autonomi og begynder med antagelsen om, at mennesker skal træffe deres egne adfærdsmæssige valg, og at det at vælge ikke kan overtages af en anden. Selv under de mest ekstreme afsavn i koncentrationslejre ser man, at det, der ikke kan tages fra et menneske, er valget af, hvordan man skal være (Frankl, 1963). Hvis en person virkelig ikke er motiveret til at ændre sig, kan MI ikke skabe motivationen. MI er ikke et kunstgreb, der er skabt til at overliste eller kapre en persons motivation. Det handler om at fremme den pågældende persons egne argumenter for forandring og ikke at påføre personen andres argumenter.

2/12

Ti ting Den Motiverende Samtale ikke er

ARTIKEL

Dette gælder også i den ganske almindelige situation, hvor MI bruges til klienter, der på den ene eller anden måde tvinges til at modtage behandling. Den adfærdssændering, der her er tale om, skal være en forandring, der er i den enkeltes egen interesse, og skal derfor ikke ske for at behage eller for at tage hensyn til en anden person, et sundhedsvæsen eller en organisation. Vi mener, at det ville være uetisk for eksempel at forsøge at bruge MI som en måde at sælge et produkt, fylde private behandlingssenge eller indhente samtykke til at deltage i forskning. I relation til dette er MI ikke et verbum. Man kan ikke "MI'e" nogen. Tilsvarende kan man ikke lave MI "på" eller "til" nogen. Alle disse måder at tale på forudsætter en slags ekspert/modtagerforhold, der er i modstrid med de underliggende antagelser og ånden i MI. De relevante forholdsord er at lave MI "for" eller "med" nogen.

3. MI er ikke en teknik

Udtrykket "teknik" antyder en forholdsvis enkel proces eller en særlig procedure, hvor der er specifikke og foreskrevne trin, man blot skal følge. Hvis MI var en teknik, ville den medicinske skoles formel "se en gøre det, gør det selv, undervis en anden i at gøre det" formentlig kunne finde anvendelse. På godt og ondt er MI betydeligt mere komplekst end dette. MI forstås bedst som en klinisk metode eller som en kommunikationsmetode og som en kompleks færdighed, der læres over tid med masser af træning. MI er en styrende metode, der er designet til at styrke en persons indre motivation for forandring (Rollnick et al., 2008).

Det, der oprindeligt inspirerede os til at præcisere MI's underliggende antagelser og ånden i MI (Rollnick og Miller, 1995), var, at vi så en stereotyp praktisering af MI. At udføre MI uden at have forståelse for og uden at kunne demonstrere ånden bag MI er som at have ordene til en sang uden melodien. Der mangler noget essentielt. Efterlevelse af ånden i MI er målbar og forudsiger behandlingsresultater (Gaume, Gmel og Daepfen, 2008; Madson og Campbell, 2006; Miller og Mount, 2001; Moyers, Martin, Catley, Harris og Ahluwalia, 2003; Moyers, Martin, Houck, Christopher og Tonigan under trykning). I vores tidlige

materiale var vi ikke tilstrækkeligt opmærksomme på dette underliggende Menschenbild eller menneskesyn, og dette kan have bidraget til forestillingen om MI som en teknik.

Et beslægtet problem er i denne forbindelse brugen af en struktureret behandlingsmanual, som af og til antages at være afgørende for kvalitetssikring af evidensbaseret praksis. Kvaliteten af udførelsen af MI kan måles pålideligt uden henvisning til en bestemt terapeutmanual (Madson og Campbell, 2006). En metaanalyse af resultaterne af forskning i MI (Hettema, Steele og Miller, 2005) viser, at undersøgelser, hvor der ikke var nogen specifik manual til at guide udførelsen af MI, viste den dobbelte effekt i forhold til studier med en struktureret MI terapeutmanual. Dette er et resultat, der står i modsætning til den sædvanlige antagelse om, at en manual sikrer tæt tilslutning til en psykoterapeutisk metode. Et eksempel på et klinisk forsøg, hvor vi fandt næsten ingen effekt af MI på forbruget af narkotika (Miller, Yahne og Tonigan, 2003), var et forsøg, hvor terapeuterne fulgte en meget struktureret MI-manual. Efterfølgende psykologvistiske analyser antyder grunden til, at denne slags intervention ikke havde den sædvanlige effekt (Amrhein et al., 2003). Idet MI-interventionen var begrænset til kun en session, krævede manualen, at man afsluttede hver samtale med at udfærdige en handlingsplan. Den uudtalte instruktion var: "Uanset om klienten er klar eller ej". For omkring to tredjedele af deltagerne i forsøget var dette helt fint. Sprog, der afspejler forpligtelse til forandring, blev øget i løbet af samtalen, og opfølgning gennem et år viste, at som gruppe afholdte disse klienter sig næsten fuldstændigt fra at tage stoffer. Den resterende tredjedel fortsatte med at bruge narkotika med en høj frekvens, om end den var halveret.

Da Amrhein undersøgte og analyserede sproget i samtalerne med de mindre succesfulde klienter, opdagede han, at styrken af forpligtelse til forandring faldt til nul netop på det punkt, hvor samtalen kom til at handle om at lave en handlingsplan. For disse klienter er det sandsynligt, at det ville have været bedre at lade dem blive på det relativt høje niveau for forpligtelse, man havde nået gennem fase 1 af MI i stedet for at insistere på, at de laver en handlingsplan, som de ikke er klar til. Enhver kliniker, der er uddannet i MI, ville

Ti ting Den Motiverende Samtale ikke er

ARTIKEL

ikke presse på for at lave en handlingsplan, hvis han så, at klienten begyndte at trække i land. Men disse terapeuter, der skulle holde sig tæt til manualen, fortsatte alligevel med at tale handlingsplan med klienten. Fejlen i manualen bestod i at bruge en bestemt sekvens af teknikken snarere end at tillade den tilpasningsevne, der er grundlæggende for god MI.

MI må ikke forveksles eller sidestilles med nogen af de konkrete teknikker, der bruges i den kliniske metode. For eksempel kan skalaspørgsmålet om vigtighed og troen på egne evner anvendes konstruktivt inden for MI og kan let læres som en teknik af praktikere inden for sundhedsvæsenet, som ikke nødvendigvis kender MI (Rollnick et al., 2008). At bruge disse spørgsmål udgør dog ikke MI, og det er heller ikke en nødvendig bestanddel af MI.

4. MI er ikke en beslutningsbalance

En teknik, der er blevet forvekslet med MI, er udarbejdelsen af en beslutningsbalance. Teknikken blev beskrevet for længe siden af Benjamin Franklin og kodificeret inden for psykologien af Janis og Mann (1977). Ved at bruge denne måde til at løse personlige konflikter og ambivalens på udforsker rådgiveren grundigt både fordele og ulemper ved forandring. Ofte udarbejdes en fire-felts-model, der opregner og uddyber følgende: (1) fordelene ved status quo, (2) omkostningerne ved status quo, (3) de mulige fordele ved forandring og (4) de mulige omkostninger ved forandring. Tanken bag denne øvelse er, at man gennem en grundig udforskning af begge sider af ligningen hjælper folk til at afklare og rationelt løse deres ambivalens. Vi mener, at denne fremgangsmåde er helt på sin plads, når rådgiveren ønsker at undgå at argumentere for forandring eller styre personen i en bestemt retning.

Vi nævnte én mulig anvendelse af at arbejde med beslutningsbalancen i MI (Miller og Rollnick, 1991, 2002). At arbejde med beslutningsbalancen var en ud af otte strategier, som vi beskrev, i forbindelse med at fremkalde forandringsudsagn. Især for klienter, der i meget lille grad er klar til forandring og derfor nævner relativt få argumenter for forandring og derfor kan virke som om, de har modstand

mod at ændre noget, kan dette være en måde at komme godt i gang på. Det kan gøre det naturligt og virke som en løftestang til at spørge om de knapt så gode ting ved at drikke, at man starter med at spørge om de gode ting ved at drikke. Beslutningsbalancen er ikke en teknik, vi ville bruge rutinemæssigt, men snarere en teknik, vi ville bruge med klienter, hvor indledende forsøg på at fremkalde udsagn om fordele ved en forandring ikke havde den store succes. I nogle fremstillinger af MI er det at konstruere en komplet beslutningsbalance af afgørende betydning. Det anses endda i nogle fremstillinger som den vigtigste teknik. At lave en diskussion omkring fordele og ulemper blev til tider i sig selv anset for at være MI.

I det at udføre MI er der intet fundamentalt, væsentligt eller afgørende ved teknikken beslutningsbalancen. I virkeligheden kunne det modsige vores oprindelige opfattelse af MI, hvor der fokuseres på at indhente klientens egne forandringsudsagn og samtidig være varsom med ikke at forstærke klientens status quo-udsagn. Klientens motiver for status quo dukker naturligt op i MI med ambivalente mennesker. Vi har beskrevet en række forskellige måder at reagere på sådanne status quo-udsagn (tidligere forstået som "modstand") for at undgå at fremkalde og styrke dem og for at bringe samtalen tilbage til at have fokus på forandringsudsagn. Det forbehold, vi har til teknikken beslutningsbalance, går på, at det sætter en snak i gang om status quo-udsagn og bevidst fremkalder og udforsker dem.

Man giver omtrent lige meget opmærksomhed til argumenterne på begge sider af ligningen. Set fra vores perspektiv er det præcis der, den ambivalente person allerede er: den ambivalente person holdes allerede passiv ved at afveje fordele og ulemper, der opvejer hinanden. Allerede fra den oprindelige beskrivelse af MI (Miller, 1983) har MI handlet om selektivt at udforske og styrke klientens egne argumenter og bevæggrunde for forandringer. I MI er personen bogstaveligt talt i gang med at overtale sig selv til forandring (Miller og Rollnick, 2004). Inden for dette perspektiv giver det ikke megen mening bevidst at fremkalde og give lige meget luft og opmærksomhed til status quo-argumenterne.

Ti ting Den Motiverende Samtale ikke er

ARTIKEL

Igen siger vi ikke kategorisk, at det er forkert at udarbejde en beslutningsbalance. Det er en velbeskrevet teknik, der kan være effektiv til at skabe visse kliniske mål. Vi har brugt teknikken til at hjælpe folk til at se deres dilemma klart og til at kunne træffe et bevidst og forsættligt valg af retning i de tilfælde, hvor vi ønskede at undgå at påvirke valgets retning. Der er også visse omstændigheder, som beskrevet ovenfor, hvor det kan være nyttigt inden for MI at bruge beslutningsbalancen. Vores pointe er, at beslutningsbalancen er en teknik og ikke MI, og hvis beslutningsbalancen bruges rutinemæssigt, kan det til tider modarbejde MI's principper og mål.

5. MI kræver ikke vurderende feedback

Denne forvirring kan spores tilbage til Project MATCH Research Group (1993), hvor vi havde til opgave at udvælge og udforme tre behandlingsformer, der skulle sammenlignes i behandlingen af alkoholafhængighed. Det var en selvfølge, at mindst én af disse tre skulle være kognitiv adfærdsterapi, eftersom næsten alle forskere i forsøget havde denne teoretiske orientering. En behandlingsform af typen 12-trins-facilitering blev også valgt for at afspejle, hvad der dengang var en udbredt holdning i den amerikanske alkoholbehandling. Hvad angår den tredje tilgang, havde tidligere forsøg givet en solid dokumentation for effekten af korte interventioner, og MI var en velbeskrevet klinisk metode med et terapeutisk rationale, der adskiller sig fra både kognitiv adfærdsterapi og 12-trins-facilitering. Da både kognitiv adfærdsterapi og 12-trins-facilitering var planlagt som en behandling med 12 sessioner over en periode på 12 uger, var der modvilje mod at sammenligne dem med en behandling på en eller to sessioner, da det ville forveksle modalitet med intensitet.

På den anden side giver det dog heller ingen mening at tale om en kort intervention med 12 sessioner. Som et kompromis enedes forskergruppen om en MI-baseret behandling, der bestod af fire sessioner fordelt over 12 uger. For at udvide indholdet i de oprindelige sessioner tilføjede vi til MI brugen af struktureret personlig feedback ud fra en vurdering af personens indtag. Miller har tidligere beskrevet denne kombination i det forsøg der hedder "The drinker's check-

up", som bestod af en enkelt session med en samtale, der efterfulgte en vurderende feedback (Miller, Benefield og Tonigan, 1993; Miller og Sovereign, 1989). Denne fire-sessioners Project MATCH-behandling fik navnet "Motivational Enhancement Therapy" (MET) (Miller, Zweben, DiClemente og Rychtarik, 1992).

Feedback gennem en struktureret vurdering kan være nyttigt i sig selv (Agostinelli, Brown og Miller, 1995). Især med mennesker, der ikke er særligt motiverede for forandring (såkaldte "før-overvejere" i TTM), kan en sådan feedback generere emner til videre drøftelse i MI, og ofte afdækker feedback'en mulige årsager til forandringer, der ikke har været tydelige før. Vurderende feedback er imidlertid ikke et iboende eller et væsentligt element i MI, og det at give denne form for feedback udgør heller ikke MI. MI's kliniske stil kan skabes med eller uden vurderende feedback, som derfor hverken er nødvendig eller tilstrækkelig for MI. MET er den særlige kombination, hvor man kombinerer MI's kliniske stil med en struktureret vurderende feedback.

6. MI er ikke en form for kognitiv adfærdsterapi

Miller's "predoctoral training" på University of Oregon havde helt klart fokus på kognitiv adfærdsterapi, selv om han også lærte metoderne fra Carl Rogers klientcentrerede rådgivning. Mere end nogen af disse var han uddannet i pragmatisk empirisme – at tro på data og at følge resultaterne, uanset hvor de måtte føre ham hen. Det var netop uventede resultater i behandlingsresultater, der førte til MI's fødsel.

Den oprindelige beskrivelse af MI's kliniske metode stammer ikke fra et teoretisk udgangspunkt. I stedet opstod den, da en gruppe af norske kolleger vækkede nogle stiltiende regler til live fra Miller, som han havde brugt intuitivt i sin kliniske praksis. Dette var nogle implicite principper, som Miller ikke havde været klar over, han brugte, og som ikke stemte særligt godt overens med tilgangen i den kognitive adfærdsterapi, som han underviste i på daværende tidspunkt (Moyers, 2004). Selv om han lavede nogle post hoc koblinger til visse socialpsykologiske teorier såsom kognitiv dissonans, reaktans og selvopfattelsesteori (Miller, 1983),

Ti ting Den Motiverende Samtale ikke er

ARTIKEL

var MI ikke et produkt af rationelle slutninger fra sådanne teorier. MI stod snarere for en klinisk metode og senere en voksende mængde af empiriske fund, der havde behov for en teoretisk forklaring.

Kognitiv adfærdsterapi indebærer normalt at give klienterne noget, de formodes at mangle. Det, de mangler, kan være nye adfærdsmæssige færdigheder, uddannelse i hvordan adfærd læres, operant konditionering, undervisning i miljømæssige påvirkninger eller omstrukturering af defekte tankemønstre hen imod mere adaptive tankemønstre. Den ekspertise, som udbydere af kognitiv adfærdsterapi har, hviler på deres kendskab til og tekniske færdigheder i anvendelsen af principperne for læring. Den typiske korte varighed af MI på en eller to sessioner indebærer ikke undervisning i nye færdigheder, uddannelse, operant konditionering, ændring i miljø eller at installere rationelle og fleksible overbevisninger. Det handler ikke om at installere noget, det handler snarere om at fremkalde fra personen det, der allerede er der. Det er ikke kommunikation fra en ekspert, der antager: "Jeg har, hvad du har brug for". Det er snarere en faciliterende stil fra en ledsager, hvis facon siger: "Du har, hvad du skal bruge, og sammen vil vi finde det". MI er heller ikke fundamentalt kognitiv terapi, hvor en kliniker korrigerer fejlagtige overbevisninger hos klienten. Der er betydelige følelsesmæssige fundament i MI (Wagner og Ingersoll, 2008), og MI's begrebsmæssige rammer samt den ånd, der ligger til grund for MI, er fundamentalt humanistisk snarere end behavioristisk.

7. MI er ikke kun klientcentreret rådgivning

Er MI da en reinkarnation af Rogeriansk rådgivning blot under et andet navn? Der er ingen tvivl om, at Carl Rogers indsigter og metoder er fundamentale for MI's praksis, og dens udvikling har gjort fremskridt gennem den psykoterapeutiske proces og de forskningsmetoder, som Rogers og hans elever var foregangsmænd for. De "kritiske betingelser for forandring" skitseret af Rogers (1959) svarer til den afgørende "ånd i MI", som vi har beskrevet (Miller og Rollnick, 2002; Rollnick og Miller, 1995). På en måde er MI en videreudvikling af klientcentreret rådgivning.

MI afviger dog fra den traditionelle opfattelse af klientcentreret rådgivning, idet MI er bevidst målrettet i kraft af at have en tilsigtet retning mod forandring. I MI lytter rådgiveren strategisk efter og fremkalder og reagerer selektivt på visse former for tale, der samles under betegnelsen 'forandringsudsagn'. I løbet af en MI-session forsøger rådgiveren at styrke klientens udtrykte motivation for en bestemt adfærdsændring, og samtidig forsøger rådgiveren at mindske klientens forsvar af status quo. En sådan differentierende styrkelse af bestemte former for klientudsagn blev bandlyst af Carl Rogers, selv om hans studerende (Truax, 1966) offentliggjorde undersøgelsesresultater, der tydede på, at det er præcis, hvad Rogers gjorde i sin egen praksis. En typisk følge af klientcentreret rådgivning er, at klienten taler meget mere end rådgiveren.

Således leverer klienten en bred vifte af materiale, hvor rådgiveren kan vælge, hvad der skal reflekteres, hvad der skal spørges mere ind til, og hvad der skal inkluderes i opsummeringerne. Inden for klientcentreret rådgivning var den eneste samlende vejledning til hjælp ved denne udvælgelsesproces at sætte særlig fokus på følelser, der blev udtrykt, eller følelser, der var til stede, men var uudtalte. MI giver et klart udgangspunkt og klare retningslinjer for forskellige former for udsagn, der fører til adfærdsændringer, og samtidig for, hvordan man fremkalder og styrker dette klientsprog.

8. MI er ikke let

MI er simpelt, men ikke let. Det gælder både nøjagtig empati (reflekterende lytning), der er den grundlæggende klientcentrerede færdighed, samt for den bredere kliniske metode i MI. Når man ser en dygtig kliniker levere MI, ligner det en let flydende samtale, hvor klienten tilfældigvis bliver mere motiveret for forandring. I praksis indebærer MI i virkeligheden et ret komplekst sæt af færdigheder, der bruges fleksibelt ved at reagere på ændringer, der sker fra øjeblik til øjeblik i det, klienten siger. At lære MI er lidt ligesom at lære at spille en indviklet sport eller et komplekst musikinstrument. At deltage i et indledende 2-dages kursus kan hjælpe en godt i gang, men reelle færdigheder og tryghed i metoden opstår først ved en disciplineret træning med feed-

Ti ting Den Motiverende Samtale ikke er

ARTIKEL

back og coaching af en kyndig guide. Vi inviteres til tider til at undervise i MI i løbet af en 2-timers "workshop" eller endda under en frokost, mens en farmaceutisk virksomhed giver pizza. Tænk på en lignende opfordring til i en frokost-pause at lære andre at spille på bratsch, at spille tennis eller for den sags skyld at lære at lave psykoanalyse! MI er ikke et trick eller en teknik, som er let at lære eller som er let at mestre. MI drejer sig om en bevidst og disciplineret anvendelse af specifikke kommunikationsprincipper og strategier til at fremme personens egen motivation til forandring.

Forskning i læring i MI viser, at færdigheder i MI ikke i tilstrækkelig grad udvikles gennem selvstudier eller ved blot at deltage i en workshop, men at det typisk kræver træning med feedback og coaching over tid (Miller, Yahne, Moyers, Martinez og Pirritano, 2004), hvilket synes at være generelt gældende for komplekse evidensbaserede behandlinger (Miller, Sorensen, Selzer og Brigham, 2006).

9. MI er ikke, hvad du allerede gør

På baggrund af ovenstående mener vi, det er vanskeligt for klinikere naturligt og intuitivt at finde deres vej ind i denne særlige terapeutiske tilgang uden særlig træning i metoderne. "Jeg gør det allerede" synes at være en udbredt kommentar, når man første gang ser MI. "Selvfølgelig motiverer jeg mine patienter. Naturligvis lytter jeg da til dem!" Vi har dog fundet nær nul korrelation mellem klinikerens egen opfattelse af deres kompetence i reflekterende lytning og i MI generelt med deres faktiske og observerede færdigheder i praktiske prøver (Miller og Mount, 2001; Miller et al., 2004). En tidlig undersøgelse viste, at det, at deltage i en 2-dages workshop, overbeviste klinikere i, at de havde lært MI og derfor ikke behøvede yderligere træning, hvorimod deres praktiske prøver viste utilstrækkelige ændringer i forhold til at gøre en forskel for deres klienter (Miller og Mount, 2001).

Ikke desto mindre synes nogle klinikere at "genkende" MI, når de første gang møder den, hvilket tyder på nogle fælles elementer med deres umiddelbare praksis. Vi har beskrevet MI som en raffineret form af hjælpsomhedens naturligt forekommende kommunikationsstil, når vi guider nogen til at løse et problem (Rollnick et al., 2008). At guide indebærer

en fleksibel blanding af at informere, at spørge og at lytte, og dygtige klinikere gør dette i praksis, lige så vel som gode forældre og lærere gør det. Som sådan ligner MI en velkendt metode til at hjælpe, men på en raffineret måde, der anvender reflekterende lytning til at guide personen til at løse sin ambivalens omkring adfærdsændringer. At lære MI indebærer at kunne bevare klarhed omkring formål og at kunne bevare roen på trods af ofte irrationelle og tilsyneladende modsatrettede motiver og bruge hensynsfulde reflekterende udsagn til at facilitere forandring.

10. MI er ikke et universalmiddel

MI har aldrig været tænkt som en psykoterapeutisk "skole" eller som en samlet behandlingsstrategi. MI er et særligt redskab til at løse et specifikt problem, fx når en person kan have brug for at ændre en adfærd eller en livsstil og samtidig er tilbageholdende eller ambivalent omkring det. Rogers' klientcenterede rådgivning blev udviklet som en bred teori om og metode til forandring, og man kan samle en hel psykoterapeutisk praksis omkring hans metode. Det ville dog give meget lidt mening at have en praksis, der kun tilbyder MI. Det er helt klart ikke MI's formål at behandle alle de situationer og problemer, som en sundhedsmedarbejder møder. Mennesker, der allerede er klar til forandring, behøver ikke MI, og der er evidens for, at det kan bremse deres udvikling i forhold til handlingsorienteret behandling (Project MATCH Research Group, 1997; Rohsenow et al., 2004; Stotts, Schmitz, Rhoades og Grabowski, 2001). MI kan heller ikke bruges til at hjælpe folk med at foretage et livsvalg, hvor klinikerens ikke må tippe balancen i den ene eller anden retning, netop fordi MI er designet til at fremme løsningen af ambivalens i en bestemt retning. MI kan dog kombineres med en række andre behandlingsmetoder, og der er evidens for, at dette øger den kliniske effekt af begge (Hettinga et al., 2005). I forlængelse af dette er MI en forholdsvis kort intervention. For at strække MI til at fylde fire sessioner har Project MATCH gruppen struktureret vurderende feedback og to opfølgende sessioner for at danne MET (Miller et al., 1992). Normalt ville vi ikke forvente, at MI ville vare mere end en eller to sessioner. Hvis personer ikke bevæger sig i retning af forandring, giver det ingen mening at levere 16 sessioner af MI, nærmest blot for at køre dem trætte. MI anerkender udtrykkeligt autonomi og menneskets ret og

Ti ting Den Motiverende Samtale ikke er

ARTIKEL

uigenkaldelige evne til at bestemme over deres egen adfærd. I kortere konsultationer, som inden for sundhedsområdet, kan MI gives i kortere perioder over tid, igen med henblik på at udforske og mobilisere personens egen intrinsiske motivation til forandring. Vi bliver sommetider spurgt: "Kan du lave MI på fem minutter?" For os svarer dette spørgsmål til spørgsmålet: "Kan du spille klaver i fem minutter?"

Selvfølgelig kan man det. "Det er et andet spørgsmål, om den "dosis" af MI vil være en tilstrækkelig katalysator for adfærdsændring, men litteraturen indeholder en række positive forsøg med MI med forholdsvis kort varighed (Hetteima et al., 2005). Vi forventer, at den øvre grænse for MI ligger på det samme som ved en klaverkoncert: 2-3 timer er omtrent det maksimale, folk kan kapere.

Så hvad er Den Motiverende Samtale?

Nu, hvor vi har differentieret MI fra ti ting, som MI ofte sammenblandes med, tilbyder vi her en opdateret definition af, hvad MI er. Den Motiverende Samtale er en samarbejdende, personcentreret form for vejledning, der arbejder på at fremkalde og styrke motivation til forandring.

Diskussion

Den Motiverende Samtale er en levende metode under stadig udvikling. Som svar på både kliniske erfaringer og nyere forskning har de måder, hvorpå vi tænker og beskriver MI, ændret sig. I forhold til vores tidlige udlægninger lægger vi for eksempel nu større vægt på den underliggende ånd i MI. Som et resultat af Amrheins psykologingvistiske analyser har vi ændret den måde, hvorpå vi konceptualiserer forandringsudsagn og differentierer deres modsætning, status quoudsagn, fra fænomenet modstand. Den måde, hvorpå vi træner klinikere og undervisere har ændret sig betydeligt i årenes løb, og mere end 180 publicerede kliniske studier har afklaret MI's anvendelsesmuligheder og begrænsninger. Fra begyndelsen har vi bevidst undgået at varemærke, at beskytte ved at få copyright eller på anden måde begrænse brugen af MI. Metoden er nu så udbredt, at den er hævet over nogens ejerskab. Mere generelt har Den Motiverende Samtales netværk af undervisere (MINT) været tilbøjelig til åbent at dele materialer og indsigter frem for at beskytte

idéer og forretningshemmeligheder. Dette valg har nogle omkostninger. Der har ikke været en naturlig kvalitetskontrol eller krav om ansvarlighed i udførelsen og uddannelsen af MI. Hurtig udbredelse af en metode kan have den ulempe, at metoden bliver diffus. Forståelsen af, hvad der udgør MI, kan hurtigt ændre sig gennem en kæde af kommunikation, lidt i samme stil som med børnenes leg, hvor de står på en linje og hvisker til hinanden. Nye forståelser finder deres vej til praksis og skriftligt materiale, selv uden erkendelse af, at de er revisioner. Andre beskrivelser og tilpasninger, inklusive vores egne, har introduceret nye begreber for nært beslægtede praksisser (Botelho, 2004; Miller et al., 1992; Rollnick, Mason og Butler, 1999; Tober and Raistrick, 2007). Alt dette kan skabe forvirring med hensyn til en klinisk metode.

I en vis forstand betyder dette ikke noget. Smarte behandlingsformer, som både indeholder kerner af sandhed samt overflødige elementer, kommer og går. Videnskaben om klinisk psykologi skrider frem gennem erkendelse af, hvad der er robuste principper for forandring, hvad der er subtile principper for forandring og gennem erkendelse af, hvad der pålideligt kan anvendes til at afhjælpe menneskelig lidelse. Forståelsen af disse principper hjælper os til at erkende, hvad der er virkelig vigtigt at overholde i det

Ti ting Den Motiverende Samtale ikke er

ARTIKEL

terapeutiske arbejde. En behandlingsforms omskiftelser kan dog også skade den videnskabelige forståelse. De specifikke resultater af en behandlingsmetode er vanskelige at opdage, når udførelsen af den er meget varierende. Dette gælder også for "uspecifikke" eller "fælles" faktorer, som man mener, har stor betydning for behandlingsresultater. MI er en særlig behandlingsmetode med et temmelig opmuntrende fundament, der viser evidens for metodens effekt. Den variation, man finder i resultaterne på tværs af studier, steder og terapeuter, viser dog, at vi må være tydelige omkring, hvad der konstituerer, og hvad der ikke

konstituerer denne behandlingsmetode. I litteraturen er der negative forsøg, hvor den form for "MI", der bliver testet, tilsyneladende har meget lidt lighed med den kliniske metode, som vi har beskrevet (fx Kuchipudi, Hobein, Fleckinger og Iber, 1990). I denne forbindelse er det klart, at det er vigtigt at være klar over, hvad man mener, når MI anvendes. Professionel enighed om en specifik klinisk metodes grænser og kompetencer heri kan også tjene til at beskytte befolkningen, når de søger hjælp i en bestemt evidensbaseret behandlingsform. I denne forbindelse håber vi, at vores observationer vil være nyttige.

Ti ting Den Motiverende Samtale ikke er

ARTIKEL

Referencer

Agostinelli, G., Brown, J. M. og Miller, W. R. (1995)

Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education*, 25, 31-40.

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M. og Fulcher, L. (2003)

Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 862-878.

Botelho, R. (2004)

Motivational Practice: promoting healthy habits and self-care of chronic diseases. Rochester, NY: MHH Publications.

DiClemente, C. C. og Velasquez, M. W. (2002)

Motivational Interviewing and the stages of change. In Miller, W. R. and Rollnick, S. (Eds.), *Motivational Interviewing: preparing people for change*. (2nd ed., pp. 217- 250). New York: Guilford Press.

Frankl, V. E. (1963)

Man's Search for Meaning. Boston: Beacon Press.

Gaume, J., Gmel, G. og Daeppen, J. B. (2008)

Brief alcohol interventions: do counsellors' and patients' communication characteristics predict change? *Alcohol and Alcoholism*, 43, 62-69.

Hettema, J., Steele, J. og Miller, W. R. (2005)

Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91-111.

Janis, I. L. og Mann, L. (1977)

Decision Making: a psychological analysis of conflict, choice and commitment. New York: Free Press.

Kuchipudi, V., Hobein, K., Fleckinger, A. og Iber, F. L. (1990)

Failure of a 2-hour motivational intervention to alter recurrent drinking behavior in alcoholics with gastrointestinal disease. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 356-360.

Madson, M. B. og Campbell, T. C. (2006)

Measures of fidelity in motivational enhancement: a systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 67-73.

Miller, W. R. (1983)

Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11, 147-172.

Miller, W. R., Benefield, R. G. og Tonigan, J. S. (1993)

Enhancing motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.

Miller, W. R. og Heather, N. (Eds.). (1986)

Treating Addictive Behaviors: processes of change. New York: Plenum Press.

Miller, W. R. og Kurtz, E. (1994)

Models of alcoholism used in treatment: contrasting AA and other perspectives with which it is often confused. *Journal of Studies on Alcohol*, 55, 159-166.

Miller, W. R. og Mount, K. A. (2001)

A small study of training in motivational interviewing: does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 457-471.

Miller, W. R. og Rollnick, S. (1991)

Motivational Interviewing: preparing people to change addictive behavior. New York: Guilford Press.

10/12

Ti ting Den Motiverende Samtale ikke er

ARTIKEL

Miller, W. R. og Rollnick, S. (2002)

Motivational Interviewing: preparing people for change (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Miller, W. R. og Rollnick, S. (2004)

Talking oneself into change: motivational interviewing, stages of change, and the therapeutic process. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 18, 299-308.

Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J. og Brigham, G. (2006)

Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: a review with suggestions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 31, 25-39.

Miller, W. R. and Sovereign, R. G. (1989)

The check-up: a model for early intervention in addictive behaviors. In T. Løberg, WR Miller, PE Nathan and GA Marlatt (Eds.), *Addictive Behaviors: prevention and early intervention* (pp. 219-231). Amsterdam: Swets and Zeitlinger.

Miller, W. R., Villanueva, M., Tonigan, J. S. og Cuzmar, I. (2007)

Are special treatments needed for special populations? *Alcoholism Treatment Quarterly*, 25, 63-78.

Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J. og Pirritano, M. (2004)

A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 1050- 62.

Miller, W. R., Yahne, C. E. og Tonigan, J. S. (2003)

Motivational interviewing in drug abuse services: a randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 754-763.

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C. og Rychtarik, R. C. (1992)

Motivational Enhancement Therapy Manual: a clinical research guide for therapists treating individuals with

alcohol abuse and dependence (Vol. Project MATCH Monograph Series, Vol. 2). Rockville, Maryland: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Moyers, T. B. (2004)

History and happenstance: how motivational interviewing got its start. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 19, 291-298.

Moyers, T. B., Martin, T., Catley, D., Harris, K. J. og Ahluwalia, J. S. (2003)

Assessing the integrity of motivational interventions: reliability of the Motivational Interviewing Skills Code. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 31, 177-184.

Moyers, T. B., Martin, T., Houck, J. M., Christopher, P. J. og Tonigan, J. S. (under trykning)

From in-session behaviors to drinking outcomes: a causal chain for motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Moyers, T. B., Miller, W. R. og Hendrickson, S. M. L. (2005)

How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 590-598.

Prochaska, J. O. og DiClemente, C. C. (1984)

The Transtheoretical Approach: crossing traditional boundaries of therapy. Homewood, Illinois: Dow/Jones Irwin.

Project MATCH Research Group (1993)

Project MATCH: rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 17, 1130-1145.

Project MATCH Research Group (1997)

Project MATCH secondary a priori hypotheses. *Addiction*, 92, 1671-1698.

Ti ting Den Motiverende Samtale ikke er

ARTIKEL

Rogers, C. R. (1959)

A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: the study of a science*. Vol. 3. *Formulations of the Person and the Social Contexts* (pp. 184- 256). New York: McGraw-Hill.

Rogers, E. M. (2003)

Diffusion of Innovations (5th ed.). New York: Free Press.

Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B., Brown, R. A., Mueller, T. I., Gordon, A. og Abrams, D. B. (2004)

Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: effects on substance use outcomes. *Addiction*, 99, 862-874.

Rollnick, S., Miller, W. R. og Butler, C. C. (2008). Motivational Interviewing in Health Care. New York: Guilford Press. Rollnick, S., Mason, P. og Butler, C. (1999)

Health Behavior Change: a guide for practitioners. Oxford: Churchill Livingstone.

Rollnick, S. og Miller, W. R. (1995)

What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, 325-334.

Stotts, A. L., Schmitz, J. M., Rhoades, H. M. og Grabowski, J. (2001)

Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: a pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 858-862.

Tober G. og Raistrick D. (Eds.) (2007)

Motivational Dialogue: preparing addiction professionals for motivational interviewing practice. London: Routledge.

Truax, C. B. (1966)

Reinforcement and non-reinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology*, 71, 1-9.

Wagner, C. C. og Ingersoll, K. S. (2008)

Beyond cognition: broadening the emotional base of motivational interviewing. *Journal of Psychotherapy Integration*, 18, 191-206.

White, W. L. og Miller, W. R. (2007)

The use of confrontation in addiction treatment: history, science, and time for a change. *The Counselor*, 8, 12-30.