

- Aksept gir frihet til endring

Mannen bak metoden Endringsfokusert rådgivning - Motivational Interviewing - William R. Miller, var i november 2006 gjest og hovedforedragsholder på Stiftelsen Bergensklinikkenes jubileumskonferanse. Tidsskriftet fikk møte ham til intervju.

TEKST:

Nina Arefjord

TEKST

Nina Elin Andresen

PUBLISERT 3. november 2007



EMPATISK: Bruk av refleksiv lytting lærer deg at du ofte tar feil, sier William R. Miller. Her på internasjonal konferanse i Sofia i oktober.

Foto: Unni Østrem.

Miller er æresdoktor i psykologi og psykiatri ved University of New Mexico, der han også inntil nylig var direktør ved Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions. Han har publisert mer enn 300 artikler og kapitler, i tillegg til 27 bøker.

Vi spør ham hvilke gjøremål og prosjekter han har nå.

– Jeg holder på å bli pensjonert og dermed å trekke meg tilbake. Jeg har fortsatt en deltidsstilling ved universitetet, hvor jeg underviser studenter i evidensbasert rusbehandling. Vi har syv ulike forskningsprogrammer gående. I tillegg er jeg sammen med Stephen Rollnick i ferd med å slutføre en bok om motiverende intervju i helsetjenesten, og arbeider med en fagbok om rusbehandling for helsearbeidere. Ellers er jeg svært opptatt av musikk, mine barnebarn og å være far for vår sønn på 8 år.

Nysgjerrighet og empati

– *Så du er ikke gått helt av med pensjon?*

– Nei, men det er en stor forandring for meg, fordi jeg gjennom de siste 30 årene har vært vant til å arbeide 50 timer i uken, og nå er jeg bare ti timer i uken på kontoret. Jeg er ikke direktør lenger, heller ikke prosjektansvarlig for noen av forskningsprosjektene, og har få administrative funksjoner. Det har vært mye ansvar tidligere, siden 30 til 40 personer var helt avhengige av at jeg skaffet midler til lønnen deres.

– *Hva med ditt kliniske arbeid og din forskning?*

– Det er lenge siden jeg har drevet direkte klinisk arbeid, men all vår forskning er klinisk forskning og involverer behandling. Jeg har alltid vært fascinert av puslespill og spørsmål og har fått mange overraskelser med uventede funn i våre studier. Det er dette jeg lærer av og oppdager nye fenomener gjennom. Det handler om nysgjerrighet. Men det krever også mye tålmodighet, fordi det tar lang tid fra starten av en studie til publisering.

I tillegg liker jeg godt å arbeide med studenter. Det å veilede studenter til vordende psykologer er det jeg har opplevd som aller mest givende i mitt arbeid.

– *Hva er de virksomme komponentene i endringsfokusert rådgivning?*

– Det ser ut til å være minst to aktive komponenter i endringsfokusert rådgivning. Den første er relasjonskomponenten, som består av empati- og holdningsaspektet. Det er godt dokumentert gjennom studier og observasjon at terapeutens holdning er svært viktig, at terapeuten konkret formidler den fundamentale holdningen som kan kalles «motivational healing» og består av en samarbeidende relasjon, det å få pasienten til snakke, hjelpe frem motivasjon for endring, respektere autonomi og å formidle empati. Om du lytter godt til pasientene dine, blir de bedre enn om du ikke lytter. Det motsatte skjer om du forteller folk hva de skal gjøre. Du som terapeut tar ansvar og kontroll, du lytter ikke, og formidler at deres perspektiv er uinteressant eller irrelevant. Dette er den klientsentrerte komponenten som Carl Rogers formidlet, og som har en terapeutisk effekt i seg selv. Med sin dirigerende komponent og selektive lytting etter folks egen motivasjon for endring er endringsfokusert rådgivning forskjellig fra klientsentrert

terapi. Vi kaller dette å utvikle diskrepans. Endringsfokusert rådgivning har mer direkte intensjoner enn Rogers' metodikk. Å hjelpe mennesker med å løse sin ambivalens og bevege seg mot endring blir i Endringsfokusert rådgivning supplert med det å være empatisk og å gå med motstand ved å respondere selektivt på det pasienten sier. De relasjonelle aspektene er gode i seg selv. Uten at vi har studert dette er min gjetning at om vi hadde prøvd ut de tekniske komponentene uten empati, så hadde det ikke virket. Når vi trener folk i metodikken, blir det alltid lagt vekt på å være spesifikt empatisk før vi beveger oss mot de andre kommunikasjonsferdighetene.

En måte å være på

Rogers uttrykker det viktige i at med en gang du føler at du er uakseptabel, er det vanskelig å endre seg. Men når du opplever aksept for den du er, får du større frihet til å endre deg.

– Jeg vet ikke hvorfor vi er skrudd sammen på en slik måte. Men det ligger dypt i oss mennesker at det er vanskelig for oss å uttrykke til andre at de har et eget valg når det gjelder å endre rusatferd eller annen skadelig atferd. I stedet har vi lyst til å si at de må stoppe, ikke drikke mer. Sannheten er at de fortsatt har et valg, og dette må anerkjennes. Det å lære dette paradokset er et viktig arbeid for helsevesenet. Fristelsen for en helsearbeider er å ta ansvar for personens helse enten ved å si at «du må gjøre dette» eller ved å tenke at «jeg må få dem til å gjøre dette».

– *På hvilken måte har bruk av endringsfokusert rådgivning virket på deg?*

– Refleksjon som kommunikasjonsferdighet er basalt i endringsfokusert rådgivning. Det å bruke refleksiv lytting blir en måte å være på. For rundt fem år siden så jeg at den siste boken som Carl Rogers skrev, ble kalt «The way of being», så han hadde nok samme erfaring. Fakta er at noen ganger lytter jeg så mye at jeg må ta meg sammen for å komme på å gi noe av meg selv. Folk er ofte så sultne etter å bli lyttet til. I terapi er det sannsynligvis helt ok å lytte mesteparten av tiden, men i vennskap bør det være toveis.

– *Hvordan oppøver en refleksiv lytting?*

– Det er faktisk ikke så vanskelig. Du blir bedre etter som du trener på det. Det er ikke noe magisk, empati er ikke telepati. Empati betyr at du prøver å forstå det en person sier til deg – hva meningsinnholdet i det personen sier er, hva personen ikke sier – og så å gi dette tilbake til pasienten. Refleksiv lytting er en gjetning eller en hypotese om det personen mener. Det er ikke avgjørende om den er riktig. Om den er det, vil personen bekrefte dette og fortsette, eller korrigere og fortsette, så på den ene eller andre måten lærer du noe om pasienten. Bruk av refleksiv lytting lærer deg at du tar ofte feil. Det lærer deg at det du trodde andre mener, slett ikke er det de mener. Gjennom trening lærer du å bli mer nøyaktig i dine refleksjoner. Jeg tror det gjør deg mer aksepterende. Vi bærer som mennesker med oss en bagasje der vi automatisk eller lett dømmer, vurderer og gir råd, og som vi lett dumper over på andre mennesker. Det å lytte til den andre personen og forstå hvordan verden ser ut gjennom dennes øyne, kan gjøre deg til

et mer aksepterende individ, og kanskje mer aksepterende overfor deg selv også. Det gir deg en medfølende forståelse av den menneskelige natur.

På tvers av kulturer

– *Hva tenker du om utbredelsen av metoden nå?*

– Hvor metoden er nå? Overalt! Den har hatt en utrolig utbredelse i den vestlige verden. Jeg har vært bekymret over hvor fort den har spredd seg, og om kvaliteten blir opprettholdt. Metoden er også på vei inn i den asiatiske verden – Kina, Hongkong, Japan, Korea – i tillegg til den arabiske verden. Svært ulike kulturer begynner å ta den inn. Etniske minoriteter i USA er svært mottagelige og positivt innstilt. Det synes å være noen krysskulturelle aspekter som er fengslende ved metoden, noen grunnleggende aspekter ved den menneskelige natur som personer gjenkjenner og som har stor overføringsverdi på tvers av kulturer.

I USA har vi en svært autoritær måte å være på som ikke bare er avgrenset til rusfeltet. Det er en oppfatning om at personer med rusproblemer ikke er i kontakt med realitetene, og at de er ute av stand til å ta beslutninger, slik at du som terapeut må ta avgjørelsene for dem. Den nærmeste analogien er i kriminalomsorgen, der vi fremdeles behandler mennesker på en ydmykende måte, og der overgrep foregår i den tro at menneskene det gjelder, enten fortjener en slik behandling, eller at det er dette som er nødvendig for dem.



KRYSSKULTURELT: Endringsorientert rådgivning ser ut til å inneholde grunnleggende aspekter ved den menneskelige natur – på tvers av kulturer, sier Miller.

Illustrasjonsbilde: Samfoto.

Jeg tror ikke det finnes så mange områder innenfor helsevesenet med en slik totalitær holdning. I helsetjenesten generelt sett er det vanlig at legen forteller deg hva du skal

gjøre. Det er en del av forventningen. I USA har vi en merkelig historie vedrørende rusbehandling. Den vokste frem helt utenfor det profesjonelle helsevesenet, og ble i lang tid, og er fremdeles noen steder, drevet av mennesker uten profesjonell utdannelse. Det førte til at rusbehandling så på vitenskap som irrelevant. Vi må få rusbehandling mer integrert i resten av helsevesenet. Dette er mest ønskelig i primærhelsetjenesten, der overforbruk av rusmidler burde bli vurdert på lik linje med andre lidelser og ikke som noe skammelig som krever behandling på et bortgjemt spesialsted.

Blikk på helheten

– *Hvordan fungerer behandling av rusmiddellidelser og psykiske lidelser i USA?*

– Vi har den samme systeminndelingen som Norge. Har du mentale vansker, havner du i ett system, og har du rusproblemer, er det et annet system. Samtidig som de fleste av våre pasienter har sammensatte vansker, blir kasterbatter i systemet og faller mellom to stoler. Resultatet er at pasienten gir opp og ikke søker behandling noen steder. Det er en integrert behandling som trengs. Dette er et problem som er blitt større i USA, fordi personer som gir rusbehandling, ikke har kompetanse til å behandle psykiske lidelser. Jeg mener at det er svært viktig at de som jobber i rusbehandling, har kunnskap om og kan behandle både rusproblemer og psykiske lidelser.

– *Er det andre feil som blir gjort i rusbehandling som kan være skadelig for pasientene?*

– En tid var det vanlig med medisiner med B-preparater, og pasienter ble avhengige av den type medikasjon. Den medisineren som til tider er nødvendig, produserer i tillegg avhengighet, noe jeg mener fungerte skadelig for ruspasienter. Nå har det gått for langt den andre veien. De pasientene som trenger medisiner for angst og alkoholproblemer, får ikke disse medisinene. Det er nødvendig med mer balanse og større helhetsperspektiv. Men alt i alt er det mye av det som blir gjort overfor pasientene, som ikke virker eller har effekt, men mindre av direkte skadelige effekter, heldigvis.

– *Hva med bruk av konfrontasjon som metode?*

– Det har vært en tendens til å se konfrontasjon mer som et mål enn som en metode eller en strategi. Målet må være å hjelpe en person til se på seg selv i en trygg kontekst, at pasienten konfronterer seg selv. Det er en annen måte å tenke konfrontasjon på. Det engelske ordet for konfrontasjon betyr egentlig å komme ansikt til ansikt med. Det handler om å være et tydelig speil og la personen se på seg selv. Og for all del ikke være dømmende. Det jeg ønsker å få pasienten til si, er at dette ønsker jeg ut av mitt liv, og at det er en følelsesmessig prosess som jeg mener blir forløst av en støttende og aksepterende lytter.

Jeg vet ikke hvordan det er her i Norge, men det ligger under overflaten i den amerikanske kulturen at dersom du bare kan få folk til å føle seg ille nok, vil de forandre seg. Det har aldri vært noe god psykologi bak dette, og nøyaktig det motsatte synes å være tilfellet. Og likevel oppfører vi oss som dette var sant. Vi gjorde det særlig overfor

mennesker med ruslidelser, og vi gjør det fortsatt overfor mennesker som har brutt loven. Dersom du får folk til å føle seg forferdelig, skal det få dem til å endre seg, men det gjør ikke mennesker. Dette blir spilt ut i internasjonale relasjoner også. Det er helt åpenbart at det USA foretar seg i Irak, er å tvinge dem til å la seg kontrollere. Det gir samme resultat, i internasjonale relasjoner som i terapeutiske. Det gjør ting mer farlige og gjør det dermed mye mer vanskelig å oppnå gode resultater.

Grunner for forandring

– Hva er resultatene med bruk av endringsfokusert rådgivning overfor ungdom med ruslidelser?

– Mange ungdommer med rusmiddelvaner har også flere andre problemer i tillegg, som utagering, risikotaking og atferdsvansker og andre psykiske lidelser. Jeg var skeptisk til den første studien, og lurte på om metoden ville ha noen effekt på denne gruppen. Vi fikk den største effektstørrelsen vi noen ganger har fått. I etterpåklokskapens klare lys ser vi selvfølgelig at det verste en kan gjøre, er å påtvinge ungdom noe, kritisere og ta kontroll over dem. De vil prøve å fri seg fra kontrollen, fordi normalutvikling innebærer en løsrivningsprosess, og de vil derfor motsette seg kontroll. Utviklingsmålet for ungdom er uavhengighet. Overfor denne gruppen er det særlig viktig med dialog, å respektere autonomi og skape samarbeid dersom de skal utvikle en identitet som ikke er definert av bare grenser, men også av respekt.

Det samme gjelder livsstilsprogrammer som tar politimodellen eller et moralistisk perspektiv når mennesker skal hjelpes til å endre atferd. Snarere enn å ha et bør-fokus må en ha et valg-fokus. Det er ikke noe nytt for en røyker at han bør slutte å røyke. Han vet det. Det viktige er å formidle valget røykeren har. Jeg er psykolog er fordi jeg ønsker å hjelpe folk. Min medforfatter Stephen Rollnick og jeg kaller det korrigeringsrefleksjonen. Det er så lett å automatisk korrigere mennesker. Det er bare det at da øker du sjansen for at de kommer til å insistere på akkurat den atferden du vil korrigere. Så du må lære at å «ta ansvar for at du forandrer deg» er antiterapeutisk. Det vi trenger mest innenfor programmer for ulik livsstilsendring, er å få i stand en dialog om valg og videre å hjelpe klientene til å finne sine egne grunner for forandring.

– Er det grupper av pasienter som du har funnet det vanskelig å arbeide med, til tross for bruk av refleksiv lytting?

– Jeg erfarte det vanskelig å jobbe med veteraner fra Vietnam. Jeg er pasifist, og disse mennene hadde drept mennesker, og noen ganger hadde de likt denne prosessen. Det var svært vanskelig for meg å lytte til dette og genuint akseptere personen. En kunne tro at det samme skulle gjelde overfor seksualforbrytere, men disse klarer jeg å jobbe godt med. Det er svært viktig som terapeut å være oppmerksom på dine egne reaksjoner og hvordan pasientene dine reagerer på deg.

– Dersom du ikke ble psykolog, hva ville yrkeskarrieren vært?

– Jeg ville vært musiker. Jeg vurderte musikk som levevei i ungdommen. Musikk har gitt meg uendelig mye glede, og det er svært viktig for psykologer å ha et liv utenfor

psykologien. Musikk har gitt meg rommet til å ta meg inn igjen i.

Endringsfokusert rådgivning

En klientsentrert, dirigerende metode der målsettingen er å øke klientens indre motivasjon for atferdsendring. Metoden legger vekt på å utforske og løse ambivalens ved å øke indre motivasjon for endring. En rekke studier viser at den er effektiv som metode i rusmiddelbehandling, både alene og sammen med andre tilnærminger. Endringsfokusert rådgivning er også mye brukt i annen behandling som krever livsstilsendringer, der pasientens egen motivasjon for endring er avgjørende for resultatet.

Ifølge mannen bak metoden, William R. Miller, har den sin opprinnelse fra Hjeltestad-klinikken, der han tilbrakte 6 måneder i 1982. Metoden ble utviklet mens han veiledet aktive nyutdannede psykologer som stilte undrende og kritiske spørsmål til daværende behandling av rusmiddelpasienter. Den første artikkelen om metoden kom i 1983. Boken *Motivational Interviewing - Preparing People For Change* kom i 1991 etter at Miller møtte medforfatter Stephen Rollnick, som siden har vært en viktig samarbeidspartner.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 44, nummer 11, 2007, side 1382-1385

TEKST:

Nina Arefjord, Stiftelsen Bergensklinikkene, Vestre Torggate 11, 5015 Bergen

TEKST

Nina Elin Andresen