

*Motiverande samtal vid
behandling av alkoholproblem*

Lars Forsberg

UTGES AV CAN I SAMARBETE MED SAD

*CENTRALFÖRBUNDET FÖR ALKOHOL- OCH
NARKOTIKAUPPLYSNING*

*SVENSKA FÖRENINGEN FÖR
ALKOHOL- OCH DROGFORSKNING*

Rapporten har skrivits på uppdrag av CAN och SAD. Den har inte diskuterats av CANs eller SADs styrelser, varför författaren själv svarar för tolkningar och slutsatser.

ISSN 0281-692 X

Lars Forsberg är doktorand vid institutionen för klinisk neurovetenskap, sektionen för alkohol- och drogforskning vid Karolinska Institutet. Han är leg. psykolog, leg. psykoterapeut och handledare i kognitiv beteendeterapi och verksam vid Beroendecentrum i Stockholm bl a med utbildningar i behandlingsmetoder vid missbruk och beroende, som utvecklats ur kognitiv beteendeterapi.

Sammanfattning. Motiverande samtal, ursprungligen utvecklat för alkoholproblem, har mötts av ett allt starkare intresse under de senaste drygt 15 åren. Ett uttryck för det är att metoden spritts till nya områden där motivation är viktigt för ett lyckat behandlingsresultat. Samtalsmetoden är väl definierad och har använts såväl med klienter med svår problematik t ex hemlösa narkomaner som med klienter med till synes lättare problematik t ex för högt intag av farliga blodfetter. För vårdgivare som ”kört fast” med omotiverade klienter öppnar motiverande samtal nya möjligheter. Metoden har tillämpats längst inom alkoholområdet, där också den mesta forskningen ägt rum.

Artikeln presenterar en översikt av forskningen om motiverande samtal med fokus på alkoholproblematik. Dynamiskt utvecklingsarbete pågår och resultaten är lovande.

I artikeln beskrivs även de principer efter vilka ett motiverande samtal förs och de färdigheter en vårdgivare behöver behärska. Läsaren ges en översiktlig bakgrund i empiri och teori, bl a beskrivs en modell för förändring.

Abstract. Motivational interviewing, originally developed for alcohol problems, has been met by an increasing interest during more than 15 years. A manifestation of this interest is that the method has been dispersed to new fields. The method has been used as well with clients who have serious problems e.g. homeless drug users as with clients with less problems e.g. too high levels of dangerous fat in the diet. For caregivers who are “stuck” with unmotivated clients motivational interviewing will open up new possibilities. Most of the research in the field has been done in relation to alcohol problems.

The article presents a review of the research about motivational interviewing, focused on alcohol problems. Dynamic work is in progress and there are promising indications of treatment effects.

The principals of motivational interviewing and skills you need to master as a caregiver are described. The reader will also have a short review of the empirical and theoretical background of motivational interviewing.

Innehåll

Inledning	7
Motiverande samtal	8
Stadier i motivation till förändring	8
Principer i det motiverande samtalet	10
Visa empati	10
Utveckla diskrepans.....	11
Undvika att argumentera	12
Följa med i motstånd	12
Ge stöd och öka själveffektivitet.....	13
Praktiska strategier och färdigheter	14
Forskning om motiverande samtal	17
Är motiverande samtal bra för vissa klienter och dåligt för andra?	23
Tillägg av motiverande samtal	24
Motiverande samtal vid andra hälsoproblem	25
Diskussion	26
Referenser	29

Inledning

”Motivational interviewing”, på svenska ”Motiverande samtal”, beskrivs som metod första gången 1983 i en artikel av William R Miller (Miller, 1983). Artikeln mötte ett starkt gensvar bland forskare och kliniker inom missbruksområdet. Den ifrågasatte förhärskande föreställningar om att motivation - eller snarare missbrukares brist på motivation - är en egenkapsliknande stabil företeelse hos klienten. Miller hävdar istället ett optimistiskt perspektiv där klienters motivation kan påverkas inte minst genom *interaktionen* med rådgivaren. Det perspektivet stöds av en studie av Valle (1981), som finner att rådgivarens interaktion med en alkoholmissbrukande klient har samband med klientens framtida konsumtion av alkohol. Tidigare har liknande tankegångar formulerats av Carl Rogers (1957) som hävdar att resultatet av en behandling i huvudsak bestäms av interaktionen mellan terapeut och klient.

I motiverande samtal bistår rådgivaren klienten med ett nyfiket, kreativt kunskapsintresse och med en försiktig optimism i att kunna bidra till att lösa svåra mänskliga problem. Den andan genomsyrar motiverande samtal parad med ett förhållningssätt som visar respekt för människor samt värme och äkthet. Motiverande samtal innebär att det är klienten som har ansvaret för en förändring och som har att ta ställning såväl till hur den ska genomföras som vilka mål som ska uppnås. Rådgivarens insats är avgränsad till att hjälpa klienten till ett genomtänkt beslut, grundat på bästa möjliga underlag. Rådgivaren styr inte klienten att förändra sig mot sin egen vilja. Klientens eventuella förändring utgår från egen bevekelsegrund. Artikeln av Miller integrerar omfattande klinisk erfarenhet med en beläst forskares kunskap. Fakta sammanfogas till hypoteser, som sammantaget skissar en ny samtalsmetod. Metoden har rönt stort intresse och används numera även inom andra områden där motivation är viktigt för ett lyckat behandlingsresultat.

Motiverande samtal

I motiverande samtal söker rådgivaren kunskap om klientens perspektiv. Exempelvis förutsätts inte att en klient som söker vård vid en alkoholmottagning, gör det för att han eller hon uppfattar sig ha alkoholproblem och vill ha hjälp med att sluta dricka alkohol. Forskning visar, att de flesta som söker för alkohol- och drogproblem inte är färdiga att direkt påbörja förändring (Ryder, 1999). Människor som söker alkoholvård, kan snarare antas vara fokuserade på de akuta problem som ligger bakom besöket t ex avsked, skilsmässa, indraget körkort eller oro för den egna hälsan. För klienten kan steget vara långt till att bestämma sig för - och att genomföra - stora förändringar i alkoholvanorna.

I en enkel definition av motiverande samtal fokuseras på den känsla av ambivalens, som klienten erfar inför och under en förändring:

Motiverande samtal är ett styrande, klientcentrerat rådgivande förhållningssätt med syfte att underlätta beteendeförändring genom att hjälpa klienten klarlägga och lösa ambivalens. Jämfört med icke-direktiv rådgivning, är det mer fokuserat och målinriktat. Att undersöka och lösa ambivalensen är dess centrala syfte och rådgivaren är inriktad på att genomföra detta mål (Rollnick och Miller, 1995).

Stadier i motivation till förändring

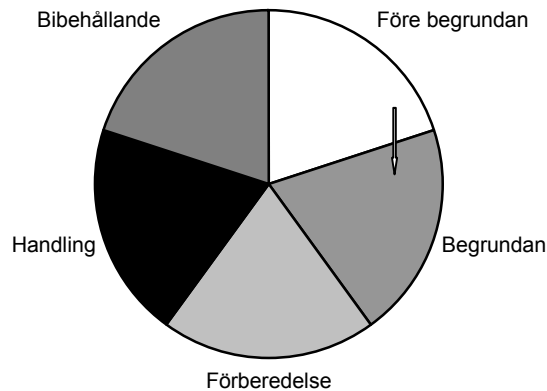
I motiverande samtal matchar rådgivaren klientens förändringsstadium (Miller, 1983; Miller och Rollnick, 1991). Prochaska och DiClemente (1986) formulerade en modell där förändring av ett beteende ses som en rörelse, genomlöpande olika stadier, i en cirkulär process (figur 1). Fem stadier kan urskiljas under en förändringscykel. Individerna är enligt modellen mer eller mindre mottagliga för olika typer av påverkan beroende på vilket stadium han eller hon befinner sig i.

Under de drygt 15 år som modellen varit känd har stadierna givits olika översättningar på svenska, bl a hos Rönnberg och Sandahl (1988); Swenelius och Wadefjord (1997); Melin och Näsholm (1998); Andreasson och Brandell (1999); Forsberg (1999); Gyllenhammar (1999) och Arborelius och Brandell-Eklund (2001), för att nämna några. Den

svenska översättning som jag stannat för nedan, är den översättning som tycks vanligast.

Stadiet med lägst sannolikhet till förändring kallas "*före begrundan*" (precontemplation) och kännetecknas av att individen inte uppfattar sig ha något problem av beteendet ifråga eller aldrig har reflekterat över detta. I detta stadium kan sannolikheten av en förändring ökas genom att individen stimuleras att aktivt reflektera över beteendet. Att känslomässigt uppleva sin problematik tycks ha betydelse, liksom kunskap om hur den påverkar omgivningen. Insikt om negativa konsekvenser tycks vara viktigt. I nästa stadium "*begrundan*" (contemplation) är de tidigare nämnda processerna alltför viktiga men dessutom är det också viktigt hur man tänker om sig själv. Individens grundläggande värderingar och mål understödjer eller hindrar en förändring. Målet i detta stadium är att hjälpa individen att tänka igenom en komplicerad och mångfacetterad livsstilsförändring utifrån sina mer grundläggande värderingar. Därefter i förändringscykeln följer "*förberedelse*"-stadiet (preparation) där rådgivarens roll är att vid rätt tidpunkt ställa frågor som stimulerar klienten att dra slutsatser och att fatta beslut om förändring. Framträdande processer i detta stadium rör beslutfattande och att med engagemang och genomtänkt strategi förbinda sig att genomföra beslutet. Specifika mål formuleras om vad som ska göras och trovärdiga planer smids för att förändringen framgångsrikt ska kunna genomföras. Individen behöver i sin speciella situation en skräddarsydd kunskap om hur en förändring ska gå till. Vid stadiet "*handling*" (action) blir en rad processer relevanta: Individens nya beteenden, hållning, tänkande och ansträngningar behöver bli förstärkta för att utvecklas vidare. Stödjande relationer är viktiga i detta skede, liksom kunskap om fallgropar. "*Bibehållande*"-stadiet (maintenance) är det femte stadiet där fortsatt långsiktig förstärkning av nya beteenden och ny livsstil är viktiga processer, liksom stödjande relationer och medvetenhet om fallgropar.

DiClemente och Prochaska (1998) har i sina studier av modellen, tillämpad på olika typer av problem, visat att blott en minoritet av individer med ohälsosamma beteenden är inställda på att förändra sig. Även om andelen kan variera kraftigt, bedöms att ungefär 40% kan klassificeras till stadiet före begrundan och en lika stor andel till stadiet begrundan. Övriga fördelar sig på de tre andra stadierna. De har också funnit att det blott är ett fåtal som rör sig lineärt från före begrundan stadium till bibehållande stadium.



Figur 1. Stadier i viljemässig förändring (bearbetad efter Prochaska och DiClemente 1986).

De allra flesta byter stadium flera gånger och somliga är stabila i ett stadium under långa perioder eller under hela livet. ”Bakslag och återfall” har ibland av författarna beskrivits som ett eget stadium men kan också ses som en tillbakarörelse mellan stadierna, utlöst av faktorer i en specifik situation. Prochaska, Norcross och DiClemente (1994) har också beskrivit modellen som en spiral, där individer som återfaller återkommer till ett tidigare stadium, men på en högre nivå med nya erfarenheter.

Principer i det motiverande samtalet

Miller och Rollnick (1991) beskriver fem principer i det motiverande samtalet, att visa empati, att utveckla diskrepans, att undvika att argumentera, att följa med i motstånd och att stödja självtillit.

Visa empati

Empati kan ses som en viktig färdighet, som rådgivare kan tränas i. Denna färdighet innebär att rådgivaren lyssnar uppmärksamt och förmedlar sin förståelse till klienten. Med en empatisk förståelse av klienten menas inte

bara det mer ytliga verbala innehållet, utan även känslor som finns hos klienten och den djupare innebörden i det som klienten kommunicerar. Förståelsen utforskas med, och genereras genom, ett reflektivt lyssnande, vilket samtidigt bekräftar för klienten att rådgivaren följer med och förstår. Sedd så, har empati haft betydelse för i vilken utsträckning klienter lyckats förändra sig (Miller och Baca, 1983; Miller, Taylor och West, 1980). Det tycks finnas ett samband mellan ett positivt utfall av en behandling och i vilken utsträckning klienten *upplever* rådgivaren som empatisk (Horvath och Luborsky, 1993).

Empati kan sålunda sägas bidra till ökad kunskap om klientens problem vilket sannolikt gör det lättare att kunna vara till hjälp. Att lära sig mer om klientens perspektiv kanske också gör samtalen mer intressanta, förutom att rådgivaren lär sig alltmer. Ett empatiskt förhållningssätt visar respekt och intresse för den andres synsätt och förmedlar detta till klienten, vilket kan bidra till att stärka dennes tro på sin förmåga och på sina färdigheter.

Utveckla diskrepans

De konsekvenser, som förväntas följa på ett beteende, har betydelse för motivationen att fortsätta med beteendet (Baldwin och Baldwin, 1999; Cox och Klinger, 1988). Även till synes självdestruktiva beteenden vidmakthålls av konsekvenser, som individen förväntar sig kan inträffa och som uppfattas som relativt sett gynnsamma. Att resonera kring en drogs förväntade negativa men också positiva konsekvenser för klienten, kan fördjupa och utveckla diskrepansen och göra honom eller henne mer intresserad av att välja andra alternativ. Exempelvis kan återföring av en individs resultat på en hälsoundersökning tydliggöra nya negativa konsekvenser. Exempel på sådan inre konflikt där rådgivaren kan klarlägga och utveckla diskrepans:

En medelålders intellektuellt yrkesverksam patient, som är intresserad av sitt jobb, genomgår en hälsokontroll. Återföringen av undersökningens resultat, ger information om att hans neuropsykologiska testresultat indikerar en funktionsnedsättning, som kan bero på överdriven alkoholkonsumtion. Rådgivaren kan hjälpa klienten att kartlägga den konflikt som kan finnas mellan att undvika alkohol för att prestera bättre och att inte skada hjärnan å ena sidan, samt att fortsätta dricka alkohol för att det exempelvis hjälper en att koppla av eller gör att man känner sig lättare till sinnes å andra sidan.

Motivation till förändring stimuleras, när människor blir medvetna om att det är skillnad – diskrepans – mellan vad de gör och vad de vill göra. En fara vid information om negativa konsekvenser är dock människors naturliga reaktion att söka undvika det obehag som hotar (Baldwin och Baldwin, 1998). En förutsättning för att klienten tydligt ska ta fasta på diskrepansen är därför, att konfrontationen med de negativa konsekvenserna görs i en respektfull atmosfär där det är tryggt och där behandlaren värnar om klientens resurser och självtillit. Om inte kunskapen och övertygelsen om att *kunna* förändra sina vanor finns hos klienten, är risken stor för att han/hon använder exempelvis rationaliseringar och andra försvarsmekanismer (t ex ”jag är en hopplös alkoholist”) och sannolikheten av en förändring minskas. Försvar och förnekande reducerar klientens obehag utan att förändra exempelvis ett skadligt drickande (Appel, 1986). Detta hot om obehag kan snabbt infinna sig bara av en begynnande diskussion av problematiken. Ofta är en förändring ett komplicerat beslut med en mängd faktorer inblandade och med vittgående konsekvenser. Svårigheten att överblicka dessa utgör också ett hinder för beslut om förändring (a.a.). Motiverande samtal söker kompensera för dessa, normala mänskliga begränsningar i att utveckla en förändringsdrivande diskrepans.

Undvika att argumentera

Att opåtalat komma med förslag eller att argumentera för en förändring utlöser ofta invändningar och motstånd. Argumenterande rådgivning förhindrar att klienten utvecklar sin egen syn på saken och sina egna argument och drivkrafter för en eventuell förändring. Om rådgivaren argumenterar för en förändring leder det sannolikt till att klienten försvarar sig med motargument och invändningar vilket befäster rådande livsstil. En hälsorisk, som exempelvis att dricka alkohol, röka, stressa eller äta för mycket, som individen själv kan påverka, bör därför undersökas med en neutral metod och i en stödjande atmosfär. Motiverande samtal undviker därför pekpinna, direktiv och argument.

Följa med i motstånd

I det motiverande samtalet finns ett positivt synsätt på motstånd. Det ses som uttryck för en energi som bör kanaliseras på ett konstruktivt sätt. Rådgivaren försöker tydliggöra klientens ambivalenta känslor och förstå det förnuftiga i att motsätta sig en förändring. Den ena sidan i den ambivalenta känslan kan ses som en sund kritisk skepsis eller rädsla inför en förändring och om den egentligen kommer att leda till något bättre. Rådgivaren undviker ett destruktivt ställningskrig genom att uppmärksamt

lyssna och genom att förutsätta att klienten är ambivalent. Klienten förut-sätts vara ambivalent i alla stadier, även när beslut fattats om att göra en förändring och när förändringen påbörjats.

Motstånd och invändningar från klienten utgör därför en signal om att rådgivaren misslyckats och en uppmaning om att en annan strategi bör prövas för att finna ett sätt att åter komma jämsides med klienten. En rad strategier används för att skapa eller återskapa arbetsallians, främst reflek-tivt lyssnande. Ett annat sätt att möta och flyta med i motstånd kan vara att betona klientens personliga kontroll och rätt att själv välja utifrån sina utgångspunkter. Motstånd kan även mötas genom att locka klienten att se från ett perspektiv, som förändrar innebörden i hans eller hennes invänd-ningar. Exempel:

Klienten: Det är inte jag som har problem. Min man tjarar alltid på mig. Han gör mig ledsen. Då känns det lättare om jag dricker.

Rådgivaren: Du ser det som att den verkliga anledningen till att du dricker så mycket, beror på problem i äktenskapet. (Dels lyssnar råd-givaren reflekterativt och upprepar innebörden av klientens utsago, dels förändrar rådgivaren innebörden något, genom att framhäva att drick-andet kan bero på äktenskapsproblem.)

Ge stöd och öka själv effektivitet

Som redan nämnts vid avsnittet om diskrepans har individens kompetens-känsla eller tro på och kännedom om egen förmåga en avgörande roll vid förändring. Detta begrepp har kallats self-efficacy. Det är ett svåröversatt begrepp där vi återigen finner flera svenska förslag på översättningar och där jag stannat för själv effektivitet. Själv effektivitet har framförallt stude-rats av Albert Bandura (1997) som finner att det har starkt samband med att individen tar sig an och lyckas med att genomföra en uppgift.

I motiverande samtal söker rådgivaren öka klientens tilltro till sin egen förmåga att förändra sig samt att öka individens kunskap om hur en för-ändring kan genomföras av just honom eller henne. Rådgivaren söker stärka individens faktiska kompetens. Därmed mobiliseras klientens egna resurser. Klientens ansträngningar bör uppmärksammas och även små in-satser ska framhävas och berömmas, som ett led i att öka själv effektivitet. Misslyckanden kan omformuleras till mer positiva perspektiv, t ex att kunskap om risksituationer vunnits. Med ökad själv effektivitet minskar antagligen klientens rädsla för kritik och bestraffande reaktioner. Sanno-

likheten ökar, att klienten känner sig trygg och mer öppet vågar utveckla sina tankar och svårigheter.

Människor som dricker mycket alkohol (ev. andra droger) har ofta nedsättningar i hjärnans funktion med åtföljande sänkt själveffektivitet, vilket ytterligare handikappar vid försök att finna lösningar på problem. Rådgivaren kan varsamt kompensera klientens brister genom att stimulera klientens färdigheter i problemlösning.

Praktiska strategier och färdigheter

Professionella traditionella samtal bl a inom sjukvården förlitar sig ofta på intervjun och inte sällan på *slutna frågor*¹ för att snabbt avgränsa problemet och komma fram till lösningen. I det motiverande samtalet strävar vårdgivaren att stimulera klienten att formulera problemet och att hitta lösningen. *Öppna frågor* som t ex ”Vad vill du att vi talar om nu?” eller ”Vad är positivt med alkohol?”, öppnar upp för klientens perspektiv och tankar. Öppna frågor aktiverar klienten, mer än vad slutna frågor gör. Emellertid finns i motiverande samtal en strävan att minimera frågor över huvudtaget för att undvika att samtalet tar form av en intervju. Intervjun har i detta motiverande sammanhang flera nackdelar bl a att förskjuta ansvaret från klienten till rådgivaren, eftersom intervjun skapar en förväntan att rådgivaren ska göra något med den insamlade informationen. Exempelvis göra en bedömning eller ge förslag på lösning. Därför använder sig den motiverande rådgivaren av reflektivt lyssnande även i sammanhang där det är naturligt att ställa frågor.

Reflektivt lyssnande är kanske det som mest utmärker och särskiljer motiverande samtal från annan rådgivning. Reflektivt lyssnande fyller en viktig funktion för att kunna visa empati och följa med i motstånd, liksom i att utforska ambivalens och öka diskrepans, vilket tidigare nämnts i samband med dessa avsnitt.

En grundläggande fördel jämfört med en intervjuande samtalsstil är att klienten vid reflektivt lyssnande får en bekräftelse på att informationen har nått fram. Klienten har också möjlighet att korrigera rådgivaren vid missförstånd. Ytterligare en viktig aspekt är att reflektivt lyssnande låter klienten ha initiativet i samtalet. Klienten avbryts inte i sin tanke och på-

¹ Färdigformulerade frågor med fasta svarsalternativ som t ex i en skriftlig enkät. Motsatsen, d v s öppna frågor, har inga fasta svarsalternativ.

verkas inte att ta ställning till en ny vinkling eller tanke, vilket ofta sker om en fråga ställs. Snarare hjälper reflektivt lyssnande klienten att fortsätta en tankegång längre än vad han eller hon förmått tidigare. Dessutom blir det reflektiva lyssnandet förstärkande både för klientens själv effektivitet och för att arbeta vidare med sina tankar och funderingar. Man förstärks av att höra det man själv sagt eller på annat sätt uttryckt.

Det kan därmed synas som om samtalet helt sker på klientens villkor. Det reflektiva lyssnandet ger emellertid rådgivaren möjligheter att styra samtalet. Inriktningen av samtalet styrs av hur rådgivaren väljer ut vad som ska reflekteras av allt det som klienten uttrycker. Till sin ledning är rådgivaren i sin tur styrd av principerna för motiverande samtal d v s att utveckla diskrepans, uttrycka empati, stödja själv effektivitet, följa med i motstånd och undvika att argumentera.

Ett specialfall av reflektivt lyssnande, är att *summera* vad klienten sagt. Summering utgör ett än kraftfullare styrmedel. Att summera exempelvis klientens negativa och positiva konsekvenser av rådande livsföring, tydliggör varför klienten kan känna sig ambivalent och kan leda fram till en överblick över en komplicerad situation. Genom att göra sammanfattningar underlättar rådgivaren för sig själv och för klienten att följa komplicerade tankegångar och klienten får hjälp med att fördjupa sitt tänkande vilket sannolikt leder vidare till att fatta goda beslut.

Att *bekräfta* klienten innebär att ta fasta på positiva saker och att inte bara uppehålla sig vid problem. Att uppehålla sig vid problem eller att ha en kritisk hållning inger lätt klienten olustkänsla. Därmed blir problemet associerat med obehag och samtalet som sådant kan förknippas med negativa känslor. Rådgivaren behöver utveckla en lyhördhet för och vara skicklig i att förmedla respekt för klientens positiva sidor. Denna färdighet innebär att förmedla respekt för klientens ansträngningar, värderingar, känslor, prestationer.

En annan viktig aspekt av processen är att *stimulera själv motiverande uttalanden*. Med själv motiverande uttalanden menas att det är klienten som uttrycker argument för förändring. Det kan vara att klienten säger att beteendet ifråga delvis kan ha sina problematiska sidor. Det kan även vara att något av den ångest eller nedstämdhet som hänger ihop med problemet uttrycks. Det kan självklart vara att uttrycka en önskan att förändra sig, men också att uttrycka optimism över att kunna ändra sig om man skulle vilja. Klienten kan stimuleras till att själv producera sådana uttalanden. En rådgivare kan genom reflektioner, summeringar och frågor ytterligare bekräfta och förstärka klientens själv motiverande uttalanden t ex motiven

till förändring. Klienten lär sig genom att höra rådgivaren säga det han eller hon själv har sagt och ju starkare argumentering för en förändring desto mer övertygande.

Forskning om motiverande samtal

I juni 1999 gjorde jag en sökning i "Medline" om vad som publicerats 1996-1999, i "Psych info" 1996-1999 och i "Current contents" under 1999. med sökorden "motivation" och "interview" och "motivational interviewing". Den avgränsning som jag sedan gjort utgår från hur respektive forskare själv benämnt sin intervention. Om forskarna kallade samtalen "motivational interviewing" eller uttryckligt skrivit att samtalen ifråga baserats på principer och strategier i "motivational interviewing", har jag tagit med studien ifråga. En annan avgränsning gjordes mellan randomiserade studier och fallstudier. I en randomiserad studie har klienter slumpmässigt fördelats mellan motiverande samtal och ingen behandling alls eller jämförts med någon annan behandling. En tredje möjlighet är att klienterna fördelats slumpmässigt mellan att få eller att inte få motiverande samtal som inledning till en annan behandling.

Databassökning och studium av referenslistor resulterade i 48 vetenskapliga publikationer om motiverande samtal. Av dessa var 34 randomiserade studier varav 18 gällde effekter om alkoholproblem (tabell 1) och övriga 16 handlade om effekter på andra hälsoproblem.

Av samtliga 18 studier (17 randomiserade) vid alkoholproblem, visar 14 att motiverande samtal har effekt på utfallsmåttet (tabell 1). I en studie utan effekt, en opublicerad avhandling (Wertz, 1994), var motiverande samtal tillägg till institutionsbehandling. I en annan studie (Kuchipudi, 1990) erhöles inte någon effekt mellan motiverande samtal och kontroller, bland akut inlagda patienter med upprepad alkoholrelaterad sjukdom och tidigare rekommendation att avstå alkohol. Gemensamt för båda studierna är att klienterna har svår alkoholproblematik. En förklaring till det negativa resultatet kan vara att motiverande samtal inte fungerar vid svår alkoholproblematik, vilket dock motsägs av tre andra studier (Brown och Miller, 1993; Project Match research group, 1997; Handmaker, Miller och Manicke (1999). I en av studierna (Brown och Miller, a.a.) var klienterna alkoholberoende och skulle påbörja en institutionsbehandling, varvid de som fått motiverande samtal, klarade sig bättre än övriga. I Project Match studien fann man att lägre alkoholtynghd mer sannolikt ledde till förbättring jämfört med klienter med mycket alkoholproblematik, men båda

grupperna förbättrades av motiverande samtal. Handmaker och medarbetare fann att för gravida som uppgav hög alkoholkonsumtion fick motiverande samtal bättre effekt än för gravida som uppgav låg konsumtion. Gravida som drack mindre än ett standardglas per dag (ungefär ett glas vin) verkade dock påverkas lika mycket av kort rådgivning som av motiverande samtal.

I en tredje studie (Schneider, Casey och Kohn, 2000) där forskarna fann att motiverande samtal inte var effektivt, fick båda grupperna som jämfördes en personlig återföring av resultat, men av terapeuter med olika stil. Denna studie är särskilt intressant, eftersom den testar grundläggande principer i motiverande samtal. Terapeuten var endera argumenterande och försökte enligt 12-stegsmetodik övertyga klienten att acceptera sig som "alkoholist", eller så återförde terapeuten resultaten i ett motiverande samtal. En anledning till att båda grupperna förbättrades kan vara att den personliga återföringen av resultat gav så kraftfull effekt att andra skillnader doldes. Vi vet att bara återföring av resultat har en gynnsam påverkan (Agostinelli, Brown och Miller, 1995). I den fjärde studien utan effekt fann Forsberg *et al* (2000) att ett kort motiverande samtal hade lika stor effekt som ett långt. Det aktualiserar frågan om hur kort ett motiverande samtal kan vara för att betraktas som ett sådant. Här finns en osäkerhet, som av forskare hanterats genom att kalla samtalen annat än "motivational interviewing" t ex "brief motivational interviewing" (Heather *et al* 1996) eller "brief intervention" (Senft *et al* 1995), samtidigt som de uttryckligt strävat efter att tillämpa motiverande samtal. I dessa studier uppstår tydliga beröringspunkter mellan motiverande samtal och det som i litteraturen benämns kort rådgivning (brief intervention). Detta gränsland har diskuterats av Rollnick och medarbetare i en välskriven handbok (Rollnick, Mason, Butler, 1999). Boken riktar sig till yrkesfolk som kommer i beröring med människor där en förändring av olika beteenden med anknytning till hälsan aktualiseras och där tiden för samtal kan vara knapp.

Tabell 1. Effekter av motiverande samtal vid alkoholproblem.

Situation & klient	Omfattning MS	Kontroll	Utfallsmått	Resultat	Författare
Sökt institutions- behandling (28 dgr) Alkoholberoende Män n=42	Baslinjedata MS "motivational interviewing" ²⁾	Baslinjedata	Tid i behandling Engagemang Självfektivitet Alkoholkonsumtion	MS=K MS=K MS=K MS=K (1 mån)	Wertz, 1994 (opublicerad avhandling)
Arbetsplatsprogram -EAP Män n=73 Kvinnor n=16	Baslinjedata MS (DCU ⁹⁾) "motivational interviewing" (16 terapeuter)	Baslinjedata Konfrontativ 12-steps- rådgivning med resultatåterföring (14 terapeuter)	ASI-poäng ⁸⁾ Std/mån. Std/dryckestillfälle Nykterhet Tid till första drink	MS=K MS=K MS=K MS=K MS=K MS=K MS=K MS=K (3 mån) (9 mån)	Schneider, Casey & Kohn, 2000
Sökt husläkare Riskkonsumtion (audit>8 och <21) n=516 (~30% kvinnor)	AUDIT Råd minska + MS (15 min.) "brief intervention" ²⁾	AUDIT	Alkoholkonsumtion Frekvens alkohol Vårdkonsumtion	MS>K MS=K MS>K MS>K (6 mån) MS=K (12 mån)	Senft <i>et al</i> , 1995
Alk. missbruk/bero- ende Alkoholmottagning Män n=688 Kvinnor n=264 Inlagd avgiftning Män n=619 Kvinnor n=155	Baslinjedata 4 x MS (1v,2v, 6v,12v) "motivational enhancement therapy" ²⁾	Baslinjedata I) 12 sess. Kognitiv beteendeterapi (CBT) II) 12 sess. Tolvstegs- programmet (TSF)	Procent vita dagar Genomsnitt per dryckesdag	MS=CBT=TSF MS=CBT=TSF (3,6,9,12,15 mån)	Stout, 1999

Annons, anonymt MAST ⁶⁾ =13,2 poäng Män n=30 Kvinnor n=12	Baslinjedata MS+undersökning+ resultataterföring (120+60 min.) "drinkers check up" ²⁾	Baslinjedata Väntelista 6 veckor	Alkoholkonsumtion BAC ³⁾	MS> Väntelista MS> Väntelista (6 veckor) Vidmakthålls (18 mån)	Miller, Sovereign & Krege, 1988
Annons anonymt MAST ⁶⁾ =14,6 poäng Män n=24 Kvinnor n=18	Baslinjedata MS+ undersökning + resultataterföring (120+60 min.) "drinkers check up" ²⁾	Baslinjedata I) Konfrontativ rådgivning II) Väntelista	Alkoholkonsumtion	MS=K> Väntelista (6 veckor) Vidmakthålls (12 mån)	Miller, Benefield & Tonigan, 1993
Gravida n=42 Minst 1 stg ⁵⁾ senaste mån. Medelålder=24 år	Baslinjedata MS (60 min.) "motivational interviewing" ²⁾	Baslinjedata Bedömning alkohol Brev om risk	Alkoholkonsumtion Motivation Maximal BAC ³⁾	MS=K MS>K MS>K (2 mån)	Handmaker, Miller & Manicke, 1999
Sökt alkoholvård MAST-poäng =25,8 Alkoholberoende Män n=21 Kvinnor n=7	Baslinjedata + MS + undersökning + feedback "motivational interviewing" ²⁾	Baslinjedata	Alkoholkonsumtion Maximal BAC ³⁾ Fullföljd behandling	MS>K MS=K MS>K (3 mån.)	Brown & Miller, 1993
Inlagda patienter med huvudsakade 19+-9,8 stg ⁵⁾ per vecka MS grupp n=12 Jämförelsegrupp n=20	Baslinjedata MS resultataterföring (50+20-60 min.) "motivational interviewing" ²⁾	Baslinjedata (obs. jämförelsegrupp)	<1 standardglas ⁵⁾ / vecka	MS> Jämförelse- grupp (1 år)	Bombardier & Rimmele, 1999 (ej randomiserad)

Sökt poliklinisk 12-stepsprogram >10 på MAST ⁶⁾ Alkoholberoenden Män n=32	Baslinjedata MS + undersökning + resultataterföring (120+60 min.) "brief motivational interviewing" ²⁾	Baslinjedata Konfrontativ rådgivning	Närvaro Poolat mått (frekvens & maximal BAC ³⁾ & procent nyktra dagar)	MS=K (session 1) MS>K (3 mån) MS=K (6 mån)	Bien, Miller & Boroughs, 1993
Akut inlagda kirurgpatienter Riskkonsumtion Män n=118 Kvinnor n=47	Baslinjedata MS (60-150min.) "modified drinkers check up" ²⁾	Baslinjedata MS resultataterföring (genomsnitt 26 min.)	Veckokonsumtion Max alkohol/kg ⁴⁾ Normal alkohol/kg ⁴⁾ Frekvens Nyktra dagar Berusning Motivation	MS=K MS=K MS=K MS=K MS=K MS=K MS=K MS=K MS=K (6 mån) (12 mån)	Forsberg et al, 2000
Sökt alkoholimott Alkoholmissbruk/ beroende Män n=688 Kvinnor n=264 Inlagd avgiftning Alkoholmissbruk/ beroende Män n=619 Kvinnor n=155	Baslinjedata 4 x MS (1v,2v, 6v,12v) "motivational enhancement therapy" ²⁾	Baslinjedata I) 12 sess. Kognitiv beteendeterapi (CBT) II) 12 sess. Tolv-stegsprogrammet (TSF)	Procent vita dagar Genomsnitt per dryckesdag	MS=CBT=TSF MS=CBT=TSF (3,6,9,12,15 mån)	Proj Match Research Group, 1997
Sökt somatisk akutmottagning Män=60 Kvinnor=34	MS (35-40 min.) ("brief motivational interview")	Standardvård (5 min.)	Alkoholrel. problem Alkoholkonsumtion Rattonykterhet	MS>K MS=K MS>K (6 mån.)	Monti et al, 1999

Gymnasieelever 18,5 år Män n=24 Kvinnor n=36	Baslinjedata (MS (DCU ⁹⁾) "motivational intervention"	Baslinjedata	Alkoholkonsumtion, Frekvens alkohol Berusning Alkoholrel.problem	MS>K MS>K MS>K MS=K (6 veckor)	Borsari & Carey, 2000
Akut inlagda med upprepad pancreatit, cirrhos, peptic ulcer & råd avstå alkohol Män n=114	Baslinjedata 5 x Msav resp. Öi, AT-läkare, sjuksköterska, social assistent, grupp) "motivational intervention"	Baslinjedata	Börja alkoholbehandling Fullfölja sjukvård Nykterhet	MS=K MS=K MS=K (10 veckor)	Kuchipudi <i>et al</i> , 1990
Sökt alkoholmottagning Alkoholberoende Män n=70 Kvinnor n=52	Baslinjedata Återföring + 4 sess MS "motivational enhancement therapy"	Baslinjedata I) Återföring II) Återföring + 4 sess. refl. Lyssn.	Berusning	MS>K=K2 refl lyssn (6 mån.)	Seliman <i>et al</i> , 2001
Sökt alkoholmottagning Alkoholmissbruk/ beroende Män n=688 Kvinnor n=264	Baslinjedata 4 x MS (1v,2v, 6v,12v) "motivational enhancement therapy" ²⁾	Baslinjedata I) 12 sess. Kognitiv beteendeterapi II) 12 sess. Tolvstegs- program	Kostnad i sjukhusvård	MS=CBT=TSF MS=CBT=TSF (3,6,9,12,15 mån.)	Holder <i>et al</i> , 2000

¹⁾ MS = motiverande samtal; K = kontrollgrupp; MS>K betyder att MS har bättre utfall i använda mått än K

²⁾ Den av författarna använda beteckningen på MS har angivits i mindre stil inom citationstecken i kolumnen "Omfattning MS"

³⁾ BAC = Blood Alcohol Concentration

⁴⁾ Alkohol/kg=gram ren alkohol per kilogram kroppsvikt

⁵⁾ 1 standardglas= 1 stg= 12 gram ren alkohol

⁶⁾ MAST (Michigan Alcoholism Screening Test), formulär som mäter alkoholytngd.

⁷⁾ AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), formulär som mäter alkoholytngd.

⁸⁾ ASI (Addiction Severity Index) formulär som mäter problematik på 7 olika livsområden

⁹⁾ DCU (Drinkers Check Up), motiverande samtal vid en undersökning med resultatåterföring

Är motiverande samtal bra för vissa klienter och dåligt för andra?

I Project Match-studien (Project Match research group, 1997 och 1998; Stout, 1999; Holder *et al*, 2000) var det huvudsakliga syftet att utvärdera om olika typer av klienter tillgodogjorde sig motiverande samtal, kognitiv beteendeterapi (KBT)² respektive 12-stegsbehandling³, olika bra. Utfallsmått var dels antal dagar som klienterna inte drack, dels den mängd alkohol per tillfälle som de drack. Ett tredje utfallsmått som användes i en särskild analys, var hur mycket sjukhusvård som klienten kostade. Forskarna i Project Match studien var överens om att klienterna tydligt förbättrades i alla tre behandlingarna, trots att det saknades kontrollgrupp att jämföra med. Förbättringen för samtliga klienter var så stor, att den inte kunde förklaras på annat sätt än att var och en av de tre behandlingarna hade haft effekter. En kort behandling som motiverande samtal tycktes vara lika effektiv som den längre 12-stegsbehandlingen respektive kognitiv beteendeterapi. Man fann till sin förvåning endast några matchningseffekter för den patientgrupp som sökt vård vid alkoholmottagning:

– de med *hög poäng i antagonism*⁴ drack mindre vid 3 års uppföljning om de fått motiverande samtal än om de fått 12-stegsbehandling eller kognitiv beteendeterapi.

– de med *låg poäng i antagonism* drack mindre vid 3 års uppföljning om de fått 12-stegsbehandling eller kognitiv beteendeterapi än om de fått motiverande samtal.

– de som utsattes för *ett socialt tryck att dricka alkohol*, drack mindre vid 3 års uppföljning om de fått 12-stegsbehandling än om de fått motiverande samtal.

– de som hade *liten psykiatrisk problematik* drack mindre under en del av uppföljningsperioden om de fått 12-stegsbehandling än om de fått motiverande samtal eller kognitiv beteendeterapi (under perioden 4:e till 15:e månaden av uppföljningen medan ingen sådan skillnad fanns kvar vid 3 år).

² Kognitiv beteendeterapi bygger på social inlärningsteori och ser dryckesmönstret som funktionellt kopplat till människors livsproblem. Tyngdpunkten ligger på att rätta till färdighetsbrister och förbättra en persons förmåga att möta risksituationer.

³ 12-stegsprogrammet utgår ifrån att alkoholberoende är både en medicinsk och en andlig sjukdom och bygger på Anonyma Alkoholisters 12-stegsprogram.

⁴ vid personlighetstest

Klienter med lågt alkoholberoende, liten psykiatrisk problematik eller föga socialt tryck att dricka, hade lägre kostnad för sjukhusvård vid 3 års uppföljning om de fått motiverande samtal än om de fått någon av de båda andra behandlingarna. Däremot hade klienter med hög psykiatrisk samsjuklighet eller socialt gillande för att dricka, lägre kostnad för sjukhusvård vid 3 års uppföljning om de fått kognitiv beteendeterapi än om de fått motiverande samtal.

En svårighet i tolkningen av Project Match-studierna är dock att motiverande samtal här kombinerats med att anhöriga ombads delta i samtalen. Sedan tidigare vet vi att anhörigas medverkan i behandlingen kan ha effekt (O'Farrell, 1993). Vi vet alltså inte hur mycket av utfallet som ska tillskrivas anhörigas medverkan. Någon analys av detta har mig veterligen ännu ej presenterats. En annan svårighet vid tolkningen, är att datainsamlingen både vid förmätning och under uppföljning var omfattande och troligen inverkat på resultatet. Trots dessa invändningar, är det rimligt att anta att metodiken i motiverande samtal har varit avgörande i den behandlingen och inverkat mer på dess resultat än vad datainsamlingen gjort och anhörigas medverkan. Detta stöds av en färsk studie som visade att tillägg av fyra sessioner motiverande samtal var mer effektivt i att minska frekvensen supande (minst 10 standardglas per tillfälle) än vad det var att bara återföra undersökningsresultat i närvaro av anhörig med råd att minska konsumtionen (inklusive en liten broschyr) (Sellman *et al*, 2001).

Sammanfattningsvis pekade Project Match studierna (Project Match research group, 1997 och 1998; Stout, 1999; Holder *et al*, 2000) på att motiverande samtal var en kraftfull behandling, i paritet med KBT och 12-stegsbehandling när det gällde att påverka till minskad alkoholkonsumtion och att motiverande samtal var ett mer ekonomiskt fördelaktigt alternativ än de båda andra behandlingarna för stora patientgrupper.

I en tidigare studie om matchningseffekter visade Heather och medarbetare (1996) att patienter som initialt hade låg motivation att förändra sig fick bättre resultat om de fått motiverande samtal än om de fått färdighetsriktad rådgivning. Detta kunde dock inte bekräftas i Project Match studien (a.a.).

Tillägg av motiverande samtal

Det förefaller således som om tillägg med motiverande samtal ökar effekten av KBT eller 12-stegsbehandling. Brown och Miller (1993) fann att tillägg av en session motiverande samtal gav mer följsam behandling (12-

stegsbehandling på institution) och lägre konsumtion av alkohol vid uppföljning 3 månader efter behandlingens avslutande. Även Bien, Miller och Boroughs (1993) fann att tillägg av motiverande samtal vid öppenvård (12-stegsbehandling) gav minskad konsumtion vid uppföljning efter 3 månader. Tillägg av fyra sessioner motiverande samtal var mer effektivt i att minska frekvensen supande (minst 10 standardglas per tillfälle) än vad det var att återföra undersökningsresultat följt av fyra sessioner med reflektivt lyssnande, enligt Carl Rogers riktlinjer (Sellman *et al*, 2001). I effektiva behandlingsprogram som ”community reinforcement approach” (CRA) (Miller, Meyers och Hiller-Sturmhöfel, 1999) ingår motiverande samtal som ett av flera behandlingskomponenter.

Motiverande samtal vid andra hälsoproblem

Det har publicerats minst 20 vetenskapliga artiklar om hur motiverande samtal har tillämpats vid andra hälsoproblem än de som är relaterade till alkohol. Exempelvis fann Carey *et al* (1997) att motiverande samtal hjälpte kvinnor som löpte risk att smittas av HIV att skydda sig däremot. I en studie bland rökare som besökte primärvården fann Butler *et al* (1999) att motiverande samtal gav bättre effekter än kort rådgivning. Rådgivare prövar idag om motiverande samtal kan underlätta för klienter eller patienter att förändra sig vid många andra problem.

Diskussion

Under drygt 15 år har 18 vetenskapliga artiklar publicerats om motiverande samtal vid alkoholproblem, varav 17 är randomiserade kontrollerade studier. Av dessa visade 14 att metoden haft behandlingseffekt, vilket är lovande men också öppnar för frågor om dem som saknade effekt. Forskningsgenomgången visade att det var stor variation i vilka problem som var fokus för motiverande samtal liksom i vilka situationer som klient och rådgivare förde samtalen liksom i hur utbildade rådgivarna var i motiverande samtal. Det visade sig också att samtalen varierade starkt i hur omfattande de var. Mot den bakgrunden blir det inte så konstigt att alla studier inte visade positiva behandlingseffekter och det blir också tydligt att vi behöver mycket mer forskning på området för att nå en acceptabel kunskapsnivå. Ändå visste vi en del redan innan motiverande samtal presenterades. I Sverige har Hans Olof Lisper (se t ex Darsten, Lisper och Sohlberg, 1979) publicerat flera arbeten om grundläggande element i goda samtal. Vikten av aktivt lyssnande, som ju är ett fundament i motiverande samtal har bland annat framhållits. Perspektivet på motivation, som genomsyrar motiverande samtal återfinns också i den svenska litteraturen (Jenner, 1987). Kunskapen har funnits tillgänglig men ej fått ett tillräckligt genomslag.

Kanske tar vi kunskapen att samtala för given? Inom socialvård och hälso- och sjukvård används samtal som ett av de viktigaste instrumenten för att underlätta klienters förändring och utveckling i svåra situationer. Trots samtalets centrala roll inom vården är kunskapen förhållandevis torftig och forskningen outvecklad. Jag tror att motiverande samtal som metod har satt det professionella samtalet på dagordningen. En anledning till det är bl a att en klinisk *och samtidigt* forskningsmässig aktivitet för en gångs skull har förenats och samverkat under en längre period. Detta sällsynta giftermål har utvecklat metoden och bidragit till att öka intresset för samtalet som instrument samt fört med sig ett uppsving i att vetenskapligt studera rådgivande samtal. Idag finns en insikt om att ett enda samtal kan genomföras så, att det blir en kliniskt relevant behandling för en klient med åratals destruktiva levnadsvanor.

Krav på att förbättra interaktionen mellan rådgivare och klient kommer också genom andra strömningar, som uppstått oberoende av motiverande samtal bl a inom hälso- och sjukvården. Det förra millenniets sista nummer av British Medical Journal (Coulter, 1999; Elwyn *et al*, 1999; Towle

och Godolphin, 1999; Greenhalgh, 1999; Charles, Whelan och Gafni, 1999) lyfter fram och förstärker klientens aktiva deltagande och ansvar för sin förändring i den framtida sjukvården och hur vårdgivarens förhållnings-sätt inverkar.

Inom sjukvården är personalen ofta frustrerad över omotiverade patienter. I en enkätstudie fann man att mindre än 10% av läkarna var nöjda med sina insatser i att hjälpa sina patienter ändra sin livsstil och att rådgivningen som gavs bara fungerade för 5-10 % av patienterna (Mahler, 1998). I en annan studie fann man att bara 50% av patienterna följde läkarens ordination för medicineringen och att blott 10% följde den ordination som gällde ändrade livsstilsvanor (Butler, Rollnick och Stott, 1996). Distriktsläkare, psykoterapeuter, barnmorskor m fl som utbildats i motiverande samtal beskriver anekdotiskt att det kliniska arbetet inte upplevs så tungt längre. De berättar att det inte känns så pessimistiskt att behandla patienter med en livsstilsproblematik, som de upplever som starkt hälsovådligt ex gravida tobaksrökare, kroniska smärtpatienter och patienter med alkoholproblem. De upplever inte längre att det fulla ansvaret för patientens utveckling vilar på de egna axlarna. Man behöver inte vara en expert som försöker förändra andra så som man tycker att de borde vara. Man delar ansvar med patienten och är mer en samtalspartner och konsult till sin klient. Dessa berättelser kan vara viktiga signaler om att ett tungt ansvar kan mildras för en hårt pressad personal och att detta samtidigt ger positiva effekter för patienterna. Detta perspektiv har mig veterligen inte lagts på forskningen om motiverande samtal, men borde bli undersökt.

Motiverande samtal har kunnat läras ut och replikeras av nya terapeuter. Detta talar för metodens integritet. Vi finner också i tre studier; Project Match research group, 1997; Bien, Miller och Boroughs, 1993; Miller, Benefield och Tonigan, 1993) god överensstämmelse mellan oberoende bedömare av terapeuters genomförande av motiverande samtal. De första stegen att mäta kvaliteten (de hypotetiskt verksamma komponenterna) i motiverande samtal har tagits (Miller, 1999; Tappin *et al*, 2000), vilket skapar förväntan på spännande forskning framöver. En forskning som sannolikt kan få betydelse för vidare utveckling av samtal som metod att underlätta människors förändring.

Under senare tid har motiverande samtal börjat uppmärksammas i Sverige. I flera facktidsningar har metoden presenterats (Andreåsson, Brandell-Eklund, 1999); (Barth, Näsholm, 1997); (Rönneberg *et al*, 1994). Melin och Näsholm (1998) har i sin bok om behandlingsplanering vid missbruk avsnitt om motiverande samtal. Johansson och Wirbing (1999) har givit motiverande samtal en huvudroll i sin bok om riskbruk och missbruk.

Cancerfonden har framställt en skriven handledning (Arborelius, Brandell-Eklund, 2001) och en demonstrationsvideo (Cancerfonden, 2001) för utbildning av barnmorskor och barnsköterskor i samtal om rökning. Folkhälsoinstitutet (1998) har framställt en demonstrationsvideo för samtal om alkohol inom primärvården. Ännu avspeglas emellertid inte samtalets centrala roll inom vården, ej heller i utbildningar av t ex läkare, sjuksköterskor, socionomer m fl yrkesgrupper. Den empiri som redan finns om motiverande samtal borde vara tillräckligt argument för en plats på schemat.

Viktiga forskningsområden är att kartlägga vilka situationer som lämpar sig för motiverande samtal och vilka etiska principer som bör gälla. Är motiverande samtal tillämpligt t ex i en situation där läkaren samtidigt har, att till arbetsgivare och patient avge en bedömning om att ett urinprov är positivt på cannabis? Eller är motiverande samtal tillämpligt om socialsekreteraren också har att besluta om ekonomiskt bidrag till sin klient? Innebär ett myndighetsansvar att man med motiverande samtal kan locka klienten att säga för mycket om något som måste anmälas eller bestraffas? Som jag ser det vilar motiverande samtal på klientens egen inre vilja.

Det nära förspelet till den första artikeln om motiverande samtal (Miller, 1983) utspelas på Hjeltestadsklinikken i Norge 1982. Unga psykologer ställer gästprofessor Miller inför frågor om vad han tänker som terapeut i de rollspel om alkoholproblem, som de tillsammans gör. Frågorna stimulerar honom att formulera sig i artikeln. Denna fruktsamma förening mellan forskning och kliniskt arbete präglar även den rörelse (Motivational Interviewing Network of Trainers – ”MINT’ies”) som utvecklats omkring motiverande samtal och som man kan ta del av via bl a internet (motivationalinterview.org).

Tack

Jag vill tacka docent Sven Andréasson, psykolog Tom Barth, socionom Kerstin Forsberg, doktorand Ulric Hermansson, professor emeritus Sten Rönnberg, och chefsjukskötare Peter Wirbing som alla har läst tidigare versioner av denna artikel och bidragit med värdefulla synpunkter.

Referenser

Agostinelli G, Brown J och Miller W (1995). Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *J Drug Educ* 25, 31-40.

Andréasson S och Brandell Eklund A (1999) Metodik för screening och motiverande samtal. *Läkartidningen* 96, 1594-1598.

Appel C-P (1986). From contemplation to determination. I: Miller W och Heather N (red). *Treating Addictive Behaviors. Processes of Change*. New York: Plenum Press.

Arborelius E, Brandell-Eklund A (2001). *Rökfri graviditet. Motivationshöjande samtal*. Tryckcentra AB, Stockholm, s 1-54.

Baldwin D och Baldwin I (1998). *Behavior principles in everyday life*. Prentice Hall, Engelwood Cliffs. pp 1-315.

Bandura A (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W H Freeman and Company. pp 1-604.

Barth T och Näsholm C (1997). Vankelmodets dynamik. *Psykologtidningen* 16, 4-7.

Bellack A och DiClemente C (1999). Treating substance abuse among patients with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 50(1) 75-80.

Bien T, Miller W och Borouhgs J (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21 347-356.

Bombardier C och Rimmel C (1999). Motivational interviewing to prevent alcohol abuse after traumatic brain injury: a case series. *Rehabilitation Psychology*, 44(1) 52-67.

Borsari B och Carey K (2000). Effects of a brief motivational intervention with collage student drinkers. *J Consult Clin Psychol* 68, 728-733.

Brown J och Miller W (1993). Impact of motivational interviewing on participation and outcome in residential alcoholism treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 7 211-218.

Butler C, Rollnick S och Stott N (1996). The practioner, the patient and resistance to change: recent ideas on compliance. *Can Med Assoc J* 154, 1357-1362.

Butler C, Rollnick S, Cohen D, Bachman M, Russell I och Stott N (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: a randomized trial. *British Journal of General Practice*, 49 611-616.

Carey M, Maisto S, Kalichman S, Forsyth A, Wright E och Johnson B (1997). Enhancing motivation to reduce the risk of HIV infection for economically disadvantaged urban women. *J Consult Clin Psychol* 65, 531-541.

Charles C, Whelan T och Gafni A (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *British Medical Journal*, 319 780-782.

Coulter A (1999). Paternalism or partnership? *British Medical Journal*, 319 719-720.

Cox M and Klinger E (1988). A motivational model of alcohol use. *J Abnorm Psychol* 97, 168-180.

Darsten M, Lisper H-O och Sohlberg S (1979). Inlärnning av aktivt lyssnande och en jämförelse mellan blivande och erfarna psykologers empatiska förmåga. *Nordisk Tidskrift för Beteendeterapi*, 8, 13.

Elwyn G, Edwards A, Gwyn R och Grol R (1999). Towards a feasible model for shared decision making: focus group study with general practice registrars. *British Medical Journal*, 319 730-730.

Foote J, DeLuca A, Magura S, Warner A, Grand A, Rosenblum A och Stahl S (1999). A group motivational treatment for chemical dependency. *J Subst Abuse Treat* 17, 181-192.

Forsberg L (1999). Att motivera till förändring. I: Riskbruk och missbruk - Handbok i alkohol, läkemedel, narkotika. Redigerad av Johansson K och Wirbing P, Natur och Kultur, Stockholm. pp 1-26.

Forsberg L, Ekman S, Halldin J och Rönnerberg S (2000). Brief interventions for risk consumption of alcohol at an emergency surgical ward. *Addictive Behaviors*, 25 (3)471-475.

Greenhalgh T (1999). Commentary: Competencies for informed shared decision making. *British Medical Journal*, 319 770-770.

Gyllenhammar C (1999). *Kognitiv psykoterapi vid drogmissbruk inom ramen för Prochaska och DiClementes förändringsmodell*. Svenska institutet för kognitiv psykoterapi, Stockholm. pp 1-32.

Handmaker N, Miller W och Manicke M (1999). Findings of a pilotstudy of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol*, 60(2) 285-287.

Heather N, Rollnick S, Bell A och Richmond R (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review*, 15 29-38.

Holder H, Cisler R, Longabaugh R, Stout R, Treno A, Zweben A (2000). Alcoholism treatment and medical care costs. *Addiction*, 95 (7), 999-1013.

Horvath A och Luborsky L (1993). The role of the therapeutic alliance in psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 61, 561-573.

Ingersoll K, Wagner C, Gharib S (2000). *Motivational groups for community substance abuse programs*. Mid-Atlantic Addiction Technology Transfer Center, Virginia Commonwealth University, Richmond.

Johansson K och Wirbing P (1999). *Riskbruk och missbruk*. Natur och Kultur, Stockholm. pp 1-294.

Jenner H (1987). *Motivation hos missbrukare och behandlare*. Studentlitteratur, Lund.

Kuchipudi V, Hobein K, Flickinger A och Iber F (1990). Failure of a 2-hour motivational intervention to alter recurrent drinking behavior in alcoholics with gastrointestinal disease. *Journal of Studies on Alcohol*, 51(4) 356-359.

Mahler L (1998). Motivational interviewing: What, when, and why? *Patient Care* 15, 55-72.

Melin A-G och Näsholm C (1998). Behandlingsplanering vid missbruk. Studentlitteratur, Lund. pp 1.

Miller W, Taylor C och West J (1980). Focused versus broadspectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 48(5) 590-601.

Miller W och Baca L (1983). Two-year follow-up of bibliotherapy and therapist-directed controlled drinking training for problem drinkers. *Behavior Therapy*, 14 441-448.

Miller W (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy*, 11 147-172.

Miller WR, Sovereign GR och Krege B (1988). Motivational interviewing with Problem Drinkers: II: The Drinkers Check-Up as a Preventive Intervention. *Behavioural Psychotherapy*, 16 251-268.

Miller W, Rollnick S (1991). *Motivational interviewing*. London: Guilford.

Miller W, Benefield G och Tonigan S (1993). Enhancing Motivation for change in problem drinking: a controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3) 455-461.

Miller W, Meyers R och Hiller-Sturmhöfel S (1999). The community reinforcement approach. *Alcohol Research and Health* 23, 116-121.

Miller W (1999). *Motivational interviewing skill code*. Albuquerque: University of New Mexico.

Monti P, Colby S, Barnett N, Spirito A, Rohsenow D, Myers M, Woolard R och Lewander W (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *J Consult Clin Psychol* 67, 989-994.

O'Farrell T (1993). *Treating Alcohol Problems: Marital and family interventions*. The Guilford Press, New York. pp 1-446.

Prochaska J, Norcross J och DiClemente C (1994). *Changing for good*. New York: Morrow.

Prochaska J och DiClemente C (1986). Toward a Comprehensive Model of Change. I: Miller W and och Heather N (red). *Treating addictive behaviours: Processes of change*. New York: Plenum.

Project Match research group (1997). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol*, 58 7-29.

Project Match research group (1998). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project Match three-year drinking outcomes. *Alcohol. Clin. Exp. Res.* 22(6) 1300-1311.

Rogers C (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *J. Consult. Psychol.* (21(2)) 95-103

Rollnick S och Miller WR (1995). What is motivational interviewing? *Behav Cog Psychother*, 23, 325-334.

Rollnick S, Mason P, Butler C (1999). *Health behaviour change*. Edinburgh: Churchill Livingstone.

Ryder D (1999). Deciding to change: enhancing client motivation to change behaviour. *Behaviour Change* 16, 165-174.

Rönberg S och Sandahl C (1988). *Sju steg till minskat alkoholberoende*. Studentlitteratur, Lund.

Rönberg S, Forsberg L, Andréasson S och Hermansson U (1994). Stegvis missbruksvård. *Socialt Perspektiv* 2, 43-49.

Schneider R, Casey J och Kohn R (2000). Motivational versus confrontational interviewing: a comparison of substance abuse assessment practices at employee assistance programs. *J Beh Health Serv Res* 27, 60-73.

Sellman J, Sullivan P, Don G, Adamson S och MacEwan I (2001). A randomized controlled studie of MET for mild-moderate alcohol dependence. *J Stud Alcohol* 62, 389-396.

Senft R, Polen M, Freeborn D och Hollis J (1995). Drinking patterns and health: A randomized trial of screening and brief intervention in a primary care setting. *Publicerad rapport*. 1-51.

Stout R (1999). Project Match: Treatment implications of long-term results. I: (red). *The 11th International Conference on Alcohol*.

Swenelius T och Wadefjord C (1997). MET-manualen. AIM konsult AB, Uppsala. pp 1-160.

Tappin D, McIntyre D, Gilmour H, Cowan S, Crawford F, Currie F och Lumsden M (2000). A practical instrument to document the process of motivational interviewing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 28, 17-32.

Towle A och Godolphin W (1999). Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal*, 319 766-769.

Valle S (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *J Stud Alcohol* 42, 783-790.

Wertz J (1994). *The effect of motivational interviewing on treatment participation, self-efficacy, and alcohol use at follow-up in inpatient alcohol dependent adults*. Dissertation, Virginia Polytechnic Institute and State University.

Demonstrationsvideos:

Cancerfonden (2001). Rökfri graviditet. Motivationshöjande samtal.

Folkhälsoinstitutet (1998). Dricka litet mindre.

Internet:

www.motivationalinterview.org