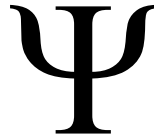




**DET PSYKOLOGISKE FAKULTET**



***Ambivalens – hemmende eller fremmende i terapi?***

*En teoretisk undersøkelse av ambivalensbegrepet  
i motiverende intervju*

HOVEDOPPGAVE

*Profesjonsstudiet i psykologi*

**Tomas H. Formo**

Høst 2003

Geir Høstmark Nielsen  
Institutt for klinisk psykologi

”The same thing that makes you laugh can make you cry”

– *Sylvester Stewart*

En stor takk til Peter Prescott og  
Geir Høstmark Nielsen for veiledning  
av oppgaven, samt til alle andre som  
har bidratt med innspill.

## **Sammendrag**

Det foreliggende arbeidet undersøker og drøfter teoretiske uklarheter knyttet til ulike funksjonelle beskrivelser av ambivalens i Miller og Rollnicks (2002) fremstilling av motiverende intervju (MI). Både i Miller og Rollnicks fremstilling og i litteraturen generelt synes det å mangle teori og empiri som undersøker virksomme prosesser i MI. MI presenterer ambivalens både som et sentralt fenomen i å skape indre motivasjon for endring og som egnet til å binde personer til problemer. Dette indikerer at ambivalens kan inneha potensielt motstridende roller i behandling. Arbeidet presenterer teoretiske forklaringer på hvordan ambivalens kan virke både hemmende og fremmende i behandling, og drøfter mulige sammenhenger mellom de ulike funksjonene. Avslutningsvis foreslås retninger for videre arbeid.

## **Abstract**

The present work explores and discusses theoretical questions in relation to different functional descriptions of ambivalence in Miller and Rollnick's (2002) presentation of motivational interviewing (MI). There seems to be a lack of theory and research regarding the underlying mechanisms of MI in both Miller and Rollnick's presentation, as well as in the general body of literature. MI presents ambivalence both as a central phenomenon in building intrinsic motivation to change and as an agent contributing to attach persons to problems. This indicates that ambivalence can possess potentially incompatible roles during treatment. This work presents theoretical explanations for both inhibitory and facilitating functions of ambivalence in treatment, and discusses possible relations between the different functions. Directions for future work are suggested.

# Innhold

1. Innledning .....	4
1.1. Problemstilling .....	4
1.2. Metode .....	5
1.3. Begrepshistorikk og begrepsavklaring .....	6
2. Ambivalensbegrepet i MI .....	9
2.1. Ambivalens som signal på endring .....	9
2.2. Ambivalens som motivasjonsfaktor .....	9
2.3. Ambivalens som problembevarende fenomen .....	10
2.4. Ambivalens som kilde til motstand .....	10
2.5. Spørsmål for videre drøfting .....	10
3. Ambivalens som fremmede faktor – endring og motivasjon .....	11
3.1. To motivasjonsmodeller .....	12
3.2. Empiriske undersøkelser av MI .....	15
3.3. Teoretiske forklaringer .....	16
4. Ambivalens som hemmende og problembevarende faktor .....	18
4.1. Avhengighet og ambivalens .....	18
4.2. Ambivalens som problembindende faktor .....	20
4.3. Teoretiske forklaringer .....	21
5. Ambivalensutforskning – hemmende eller fremmede? .....	22
5.1. Samtidighet som løsning – latent ambivalens .....	23
6. Ambivalens som hemmende faktor – motstand .....	24
6.1. To veier til motstand .....	24
6.2. Motstand som spenningsreduksjon .....	25
6.3. Motstand og behandlingsutvikling .....	25
7. Sammenfattende kommentarer .....	27
7.1. Begrensninger ved dette arbeidet .....	29
7.2. Retning for videre arbeid .....	29
8. Referanser .....	31

## 1. Innledning

Mennesker opplever i dagliglivet en rekke ulike dilemmaer og tvil som de må forholde seg til. Burde jeg slutte å røyke? Burde jeg trene mer? Er jeg glad nok i mine nærmeste? Burde jeg valgt annerledes? Usikkerhet oppleves særlig i møte med valgsituasjoner der det å velge et alternativ ofte innebærer å velge vekk et annet. Ambivalens betegner situasjoner der man har et dobbelt forhold til noe, og er ofte knyttet til valg. Dette kan vi også møte hos personer som søker behandling. Klienter lurer på om de ønsker å konfrontere angst eller ikke, om de skal slutte å ruse seg eller ikke, om de skal slutte å fremkalle oppkast eller ikke, om de skal fortsette et samliv eller ikke. Alle disse valgene har usikkerhet knyttet til seg fordi begge alternativene har både gode og mindre gode sider. I tillegg til å være knyttet til valgalternativer kan ambivalens også innebære en dobbelthet i følelser til eller opplevelser av noe. Klienter kan oppleve at de både elsker og hater samlivspartneren sin, at rusmidler har både positive og negative sider, at behandling kan både gi bedring og ubehag, at unngåelsesatferd både lindrer og forverrer angst. Ambivalens er i så måte et fenomen som ofte kan være tilstede hos klienter og slik forekomme i en behandlingssituasjon. Ambivalens innebærer usikkerhet, uro og ubehag, og det er nærliggende å anse det som et negativt fenomen.

Motiverende intervju (MI) (Miller og Rollnick, 1991, 2002) defineres som ”en klientsentrert, veiledende metode innrettet mot å fremme indre motivasjon for endring gjennom å utforske og avklare ambivalens” (Miller og Rollnick, 2002, s. 25) og er en behandlingstilnærming der ambivalensutforskning og avklaring anses som en del av endrings- og motivasjonsarbeid. MI ble opprinnelig utformet av William R. Miller som en samtalemetodikk beregnet på arbeid med rusmiddelklienter, men har etter hvert blitt anvendt også på annen problematikk og avhengighetsatferd med dokumentert effekt (Burke, Arkowitz og Menchola, 2003).

### 1.1. Problemstilling

Generelt sett har behandling som mål å bedre på en problematisk situasjon eller tilstand for en klient. Behandlerens rolle vil hele tiden være å vurdere hvor klienten befinner seg i forhold til dette målet, og å basere valg av intervensjoner på disse vurderingene. En oppgave for behandleren er derfor å være kontinuerlig oppmerksom på signaler som kan si noe om utviklingen i behandling. På denne bakgrunn er spørsmålet hvordan en behandler skal fortolke situasjoner der en klient gir uttrykk for ambivalens. Forenklet sett kan det tenkes tre alternative fortolkninger.

- a) Ambivalens er et signal om stillstand eller tilbakegang i behandlingsutvikling.
- b) Ambivalens har ingen signalverdi knyttet til behandlingsutvikling.
- c) Ambivalens er et signal om bevegelse eller fremgang i behandlingsutvikling.

Valg av fortolkning vil nødvendigvis være styrt av antagelser om hvilken funksjon ambivalens har i den gitte kliniske sammenhengen. Dersom ambivalens antas å lamme eller forvirre klienten, kan dette hemme behandlingsutvikling, og behandleren vil søke å dempe klientens ambivalens.

Dersom ambivalens antas å være en naturlig del av klientens situasjon som ikke hemmer behandling, kan behandleren unngå å adressere fenomenet. Dersom ambivalens antas å fremme klientens utvikling, kan behandleren utforske eller forsterke klientens ambivalens for å skape fremgang i behandling.

Miller og Rollnick peker på at ambivalens både kan være (a) et signal på at klienten vurderer å gjennomføre en endring, (b) en faktor som motiverer for endring, (c) et fenomen som bidrar til å binde personer til problemer, og (d) et fenomen som kan bidra til motstand i behandling.

Det er påpekt at det er teoretiske uklarheter knyttet til hva som gjør MI virksom, og at det er mangel på litteratur som omhandler dette (Burke, Arkowitz og Menchola, 2003; Draycott og Dabbs, 1998b; Miller, 1996). Det kan også påpekes som en generell svakhet ved eksisterende fremstillinger av MI at teoretiske problemstillinger i liten grad presenteres, problematiseres og drøftes. Ambivalens presenteres både som et fenomen som kan hemme og som kan fremme behandling. I fremstillingen av MI innehar ambivalens i så måte ulike og potensielt motstridende roller i behandling.

Dette arbeidet har til hensikt å belyse og problematisere disse potensielt sett motstridende beskrivelsene av ambivalensbegrepets rolle i MI og å drøfte dem i lys av spørsmålet om ambivalens er å anse som en primært hemmende eller fremmende faktor i behandling. I fremstillingen gis først en begrepshistorisk oversikt og en begrepsavklaring av ambivalens. Deretter følger en nærmere presentasjon av ulike beskrivelser av ambivalens i MI, etterfulgt av problematisering og drøfting. Avslutningsvis sammenfattes diskusjonen, og det blir foreslått mulige retninger for videre arbeid.

## 1.2. Metode

Litteratursøk ble foretatt ved bruk av PsycINFO (1872–oktober 2003). Søk på ”motivational interviewing” i kombinasjon med ”ambivalence” som nøkkelbegreper ga 6 treff. En utvidelse av søket med ”motivational interviewing” i kombinasjon med ”ambivalence” i fritekst ga 18 treff. Søk på ”motivation” i kombinasjon med ”ambivalence” i nøkkelbegreper ga 8 treff. Ingen av

disse kildene problematiserer og drøfter ambivalensbegrepets rolle i MI. Dette indikerer at problemstillingen er lite utforsket og problematisert. Dette underbygges også av beskrivelser av en generell mangel på litteratur som teoretisk undersøker mekanismene i MI (Burke, Arkowitz og Menchola, 2003).

MI er helhetlig fremstilt i bokform av Miller og Rollnick (1991) med andreutgave (Miller og Rollnick, 2002). Det foreliggende arbeidet har i hovedsak tatt utgangspunkt i denne nyeste helhetlige fremstillingen av MI. Endringsfokuseret rådgivning (ER) (Barth, Børtveit og Prescott, 2001) er lansert som norsk variant av MI og skiller seg i liten grad fra sin opprinnelse. Barth, Børtveit og Prescott (2001) er derfor benyttet som tilleggskilde.

### 1.3. Begrephistorikk og begrepsavklaring

Begrepet ambivalens er en sammensetning av den latinske forstavelsen *ambi* som kan oversettes med *begge* eller *på begge sider*, og den latinske verbformen *valens* som kan oversettes med *å være sterk* (Merriam-Webster Online Dictionary, 2003). Ambivalens ble innført som fagbegrep av Eugen Bleuler rundt 1911 (Riis, 1993), og det har ingen kjent forekomst før dette. Bleuler presenterte ambivalens som ett av fire symptomer på *dementia praecox* (i dag omtalt som schizofreni), i tillegg til affektavflatning, autisme og assosiasjonsforstyrrelse. Bleuler opererte med tre ulike former for ambivalens:

- a) Intellektuell ambivalens betegner samtidige motstridende tanker og opplevelser av samme fenomen.
- b) Følelsesambivalens betegner samtidige motstridende følelser knyttet til samme fenomen.
- c) Viljesambivalens (ambitendens) betegner samtidige motstridende impulser knyttet til samme fenomen.

Bleuler beskriver ambivalens som et sammensatt fenomen som kan innebære intrapsykisk konflikt knyttet til både kognisjon (intellektuell ambivalens), emosjon (følelsesambivalens) og motivasjon (viljesambivalens).

Ulike mentale aktører (i form av drifter, psykiske instanser eller indre objekter) som kan være i konflikt, er en sentral del av psykoanalytisk og psykodynamisk teori. Når motstriden tar form av samtidige motstridende impulser og følelser knyttet til samme objekt, person eller handling, kan konflikten beskrives som ambivalent. Ambivalensbegrepet passet godt inn i psykoanalytisk og psykodynamisk tenkning, og begrepet ble tatt opp av Freud (Riis, 1993). Begrepet brukes blant annet i beskrivelsen av ødipuskomplekset (og senere elektrakomplekset) som kjennetegnes av samtidige følelser av kjærlighet og hat knyttet til en omsorgsperson.



Begrepet er videre brukt i relasjonsorienterte psykodynamiske tradisjoner (objektrelasjonsteori) som fokuserer på at tidlige ambivalente tilknytninger og relasjoner til omsorgspersoner har en hemmende betydning for psykologisk utvikling og tilpasning.

Motstand er et begrep som brukes for å betegne egenskaper ved klienten som motvirker behandlingsprosessen (Sandler, Dare og Holder, 1992, s. 99). I seg selv kan det å oppsøke behandling samtidig som man motvirker behandling beskrives som ambivalens. Freud tenkte seg at dette enten var uttrykk for psykologisk forsvar som skulle hindre ubevisst problematikk i å nå bevissthet, eller uttrykk for overføring. En slik overføring vil typisk innebære at klienten ubevisst søker å etablere en bestemt type relasjon til behandleren på bakgrunn av en mer eller mindre problematisk relasjon til en annen tidlig signifikant person. For eksempel kan uavklarte ødipalkonflikter komme til uttrykk både som overføring og som forsvar, og slik beskriver Freud ambivalent problematikk som en mulig kilde til motstand.

Konfliktteoretiske perspektiver har fokusert på ambivalente intrapsyriske konflikter (approach–avoidance) som særlig egnet til å vedlikeholde problematisk tiltrekning (etter Hovland og Sears og senere Neal E. Miller, gjengitt i Epstein, 1982) og forklarer dette som et resultat av dynamikk mellom tiltreknings- og unngåelsesgradienter. En slik konflikt kjennetegnes ved at en person samtidig både tiltrekkes av og ønsker å unngå et objekt. Grad av tiltrekning og unngåelse beskrives som en funksjon av avstanden til objektet. Styrken på tiltrekningstendensen antas å minske med mindre avstand, mens styrken på unngåelsestendensen antas å øke, slik at en person fanges i en viss avstand til objektet. Tiltreknings- og unngåelsestendensene innebærer at personen er ambivalent til dette objektet. Dette kan illustreres med et eksempel.

Stian er 16 år og har lenge vært tiltrukket av Bente som er på samme alder. Han tenker mye på hvordan han kan nærme seg henne. En kveld de er på samme fest bestemmer Stian seg for at han kan spørre Bente om hun vil danse. På avstand virker dette umiddelbart som en god ide. Men mens han beveger seg gjennom lokalet i retning av henne, merker han økende usikkerhet, ubehag og tvil ved å gjøre dette. Jo nærmere han kommer, jo sterkere føler han for å la være. Stian bestemmer seg for å vente litt, og beveger seg vekk. Ubegag gir seg, men han opplever imidlertid igjen et sterkt ønske om å nærme seg Bente.

I dette eksempelet opplever Stian å tiltrekkes av Bente (tiltrekningstendens), men når han nærmer seg, føler han samtidig et økende behov for å unngå situasjonen (unngåelsestendens). I det Stian øker avstanden til Bente, opplever han igjen at tiltrekningstendensen virker sterkere enn

unngåelsestendensen. Som følge av dette opplever Stian i denne situasjonen å være ambivalent til å spørre Bente om å danse.

Innenfor konfliktteoretisk terminologi beskriver dobbeltambivalente konflikter (double approach–avoidance) situasjoner der en person er fanget mellom to gjensidig ekskluderende objekter. Disse to objektene representerer hver sin tiltreknings–unngåelseskonflikt og kan bidra til å forklare at personer kan bli handlingslammet i enkelte valgsituasjoner. Dette kan også beskrives med et eksempel.

Knut er 24 år gammel, nettopp ferdig med utdannelsen sin og arbeidssøkende. Etter å ha sendt en rekke søknader og vært gjennom noen intervjuer, mottar han tilbud om to jobber på samme tid. Den ene jobben har god lønn og arbeidsoppgaver direkte knyttet til Knuts utdanning. Denne jobben har såpass lang reiseavstand at Knut vil være nødt til å ukependle, og dette innebærer mindre kontakt med Knuts familie og venner der han bor. Den andre jobben ligger derimot i gangavstand og later til å ha et godt arbeidsmiljø. Denne jobben har litt lavere lønn enn det Knut forventer, den innebærer at arbeidstiden kan endres på kort varsel, og Knut er usikker på hvor godt han vil mestre arbeidsoppgavene der. Knut er som følge av dette ambivalent til begge alternativer. Jo mer han heller i retning av å vurdere en av jobbene, jo mer oppmerksom blir han på ulempene ved denne jobben, og dess mer tiltrekkende virker den andre. Knut opplever dermed å være fanget i en umulig valgsituasjon.

I dette eksempelet er Knut fanget mellom to alternativer som han er tvunget til å velge mellom. Begge alternativer har fordeler og ulemper som gjør dem både tiltrekkende (tiltrekningstendens) og mindre attraktive (unngåelsestendens) på samme tid. Hver gang Knut heller i retning av ett av alternativene, blir dette alternativets unngåelsestendens sterkere enn tiltrekningstendensen. Samtidig blir det motsatte alternativets tiltrekningstendens sterkere enn dets unngåelsestendens, og dette alternativet virker igjen mer fristende. Knut er som følge av dette ambivalent til begge alternativer, og har vansker med å velge mellom dem.

*Ambivalensutforskning* er en klinisk intervensjon som innebærer å kartlegge en klients ambivalens til en problemtilstand. I løpet av de siste tiårene er denne intervensjonen beskrevet ved ulike problemtilstander som depresjon og selvmordsproblematikk (Freeman og Jackson, 2002; Kuehlwein, 2002; Shea, 1998), spiseforstyrrelser (Treasure og Schmidt, 1997) og avhengighetstilstander (Miller og Rollnick, 1991, 2002).

Samlet sett er ambivalens brukt som et begrep som refererer til en intrapsykisk konflikt knyttet til et objekt, en handling eller en person. Konflikten er beskrevet som motstrid mellom følelser, mellom opplevelser og tanker eller mellom impulser og handlingstendenser. Dette kan oppsummeres ved å definere ambivalens som en intrapsykisk tilstand kjennetegnet av samtidige eller stadig vekslende motstridende tanker, følelser eller impulser knyttet til samme person, handling eller objekt.

## **2. Ambivalensbegrepet i MI**

Som tidligere nevnt beskrives ambivalens i ulike sammenhenger i fremstillingen av MI. Her følger en nærmere beskrivelse av de forskjellige sammenhengene begrepet inngår i.

### **2.1. Ambivalens som signal på endring**

I MI fremstilles ambivalens som et fenomen som naturlig kommer til uttrykk når personer vurderer å gjennomføre egen endring (Miller og Rollnick, 2002, s. 14). Miller og Rollnick støtter seg her på Prochaska og DiClementes deskriptive modell av endringsstadier (Prochaska og DiClemente, 1986; Prochaska, DiClemente og Norcross, 1991) som indikerer at ambivalens anses som et naturlig og akseptert fenomen på et gitt stadium i motivasjons- og endringsarbeid. Prochaska og DiClementes modell består av fem stadier – føroverveielse, overveielse, planlegging, handling og vedlikehold. Ambivalens er et særlig kjennetegn ved overveielsesfasen og indikerer at klienten vurderer å foreta endring. Dersom klienten ikke tidligere har gitt uttrykk for å vurdere endring, kan ambivalens representere et fremskritt i behandling. Ambivalens har i denne beskrivelsen en signalfunksjon og varsler om at klienten vurderer endring.

### **2.2. Ambivalens som motivasjonsfaktor**

Ambivalensutforskning presenteres i definisjonen av MI (Miller og Rollnick, 2002, s. 25) som en intervensjon som kan bidra til å skape motivasjon for endring hos klienter. I MI benyttes ambivalensutforskning ved at behandleren utforsker klientens opplevelse av både positive og negative sider ved å gjennomføre en endring, i tillegg til positive og negative sider ved å videreføre den nåværende situasjonen. Dette kan gjøres på flere måter. Både MI og ER bruker en vektmetafor (omtalt som en beslutningsvekt – ”decisional balance” – eller en ambivalensvekt), som kan anvendes enten visuelt eller muntlig i klinisk sammenheng. Dette innebærer at ambivalens anses som et klinisk fenomen som en behandler aktivt kan anvende som et motiverende element i behandling. Ambivalens har i denne beskrivelsen en motivasjonsfremmende funksjon.

### 2.3. Ambivalens som problembevarende fenomen

I Miller og Rollnicks presentasjon av ambivalensbegrepet (2002, s. 13) knyttes ambivalens til konfliktteoretiske beskrivelser av tiltreknings–unngåelseskonflikter og doble tiltreknings–unngåelseskonflikter. Det antydes at slike ambivalente konflikter har en særlig evne til å fange personer i problemer, og at denne dynamikken er sentral ved avhengighetsproblematikk. Denne beskrivelsen av ambivalens peker i retning av at ambivalens kan bidra til å binde personer til problemer, og dermed ha en problembevarende eller problemforsterkende funksjon.

### 2.4. Ambivalens som kilde til motstand

Miller og Rollnick prøver i sin fremstilling å redefinere motstandsbegrepet fra å være en egenskap ved klienten alene til å forstås som en egenskap ved det terapeutiske samspillet. Til tross for dette beskriver de også motstand som et mulig uttrykk for en klients ambivalens (2002, s. 46) – som refererer til en intrapsykisk tilstand – og som innebærer at denne formen for motstand mest sannsynlig likevel tilskrives klienten. Motstand representerer en utfordring for selve behandlingssituasjonen, og ambivalens har i denne beskrivelsen en samarbeidsutfordrende funksjon.

### 2.5. Spørsmål for videre drøfting

I Miller og Rollnicks fremstilling ser ambivalens ut til å kunne spille en rolle på fire ulike områder ved problematisk atferd og behandling av slik atferd. For det første kan ambivalens være et signal om endring. For det andre er ambivalens beskrevet som et fenomen som kan bidra til å skape motivasjon for å frigjøre personer fra en problematisk atferd. For det tredje er ambivalens beskrevet som beslektet med tiltreknings–unngåelseskonflikter som kan bidra til å binde personer til en problematisk atferd. For det fjerde er ambivalens beskrevet som et fenomen som kan bidra til motstand i behandling av problematisk atferd. Samlet gir disse beskrivelsene behov for svar på følgende spørsmål:

- 1) Hvordan kan ambivalens både ha en motivasjonsfremmende og en problembevarende funksjon? Ambivalens er beskrevet både som et fenomen som kan bidra til å binde personer til problemer, og som et fenomen som kan bidra til å frigjøre personer fra det samme problemet. Dette kan virke som helt motstridende funksjoner i en behandlingssammenheng og gir behov for en forklaring.
- 2) Gitt at det kan vises at ambivalens både kan ha en motivasjonsfremmende og en problembevarende funksjon, hvordan kan man avgjøre hvilken av disse funksjonene ambivalensutforskning har i behandling? Ambivalensutforskning er ment å fremme motivasjon

for endring – og dermed svekke bindingen til en problemtilstand. Dersom ambivalens også kan bidra til å forsterke eller vedlikeholde bindingen til et problem, vil ambivalensutforskning teoretisk sett kunne virke mot sin hensikt. Dette spørsmålet kan forstås som en omformulering av spørsmålet om ambivalens er hemmende eller fremmende i terapi, og dette avhenger av drøftingen av spørsmål 1 ovenfor.

- 3) Vil motstand som følge av ambivalens hemme behandlingsprosessen? Uavhengig av de to foregående spørsmålene presenteres ambivalens som en mulig kilde til motstand. Ambivalent problematikk kan i så fall tenkes å skape motstand som igjen kan virke hemmende på behandlingsutviklingen.

Disse tre spørsmålene ligger til grunn for videre drøfting.

### 3. Ambivalens som fremmende faktor – endring og motivasjon

For å kunne svare på det første spørsmålet, om ambivalens både kan bidra til å binde personer til et problem og samtidig bidra til å frigjøre personer fra det samme problemet, er det nødvendig å undersøke hvordan fokus på ambivalens kan fungere frigjørende.

Behandling har som mål å endre på en problematisk situasjon for klienten enten i form av (a) at situasjonen endres og tilpasses klienten, (b) at klienten endres og tilpasses situasjonen eller (c) en kombinasjon av de to foregående alternativer.

Motivasjon refererer til de grunner eller årsaker som ligger bak personers handlinger og atferd. En motiverende tilnærming til behandling tar utgangspunkt i at endring skapes ved at klienter motiveres til å endre på situasjonen, seg selv, eller begge deler. MI og ER antar at det er tre forutsetninger som må være tilstede for at klienter skal gjennomføre egen endring. Klienter må både (a) ha tro på at de *kan*, (b) oppleve at de *vil*, og (c) forplikte seg til at de *skal* gjennomføre endring. Tro på å kunne er knyttet til mestringsforventninger. Opplevelse av å ville er knyttet til motivasjon. Forpliktelse til å skulle er knyttet til å foreta en beslutning som følge av både tro på å kunne og ønske om å ville.

I definisjonen av MI (gjengitt på side 4) antydes det at utforskning av ambivalens er et sentralt fenomen for å skape indre motivasjon for endring. MI og ER presenterer et sett med grunnleggende prinsipper som oppsummerer metodene og som samlet er ment å hjelpe klienter til å skape endring.

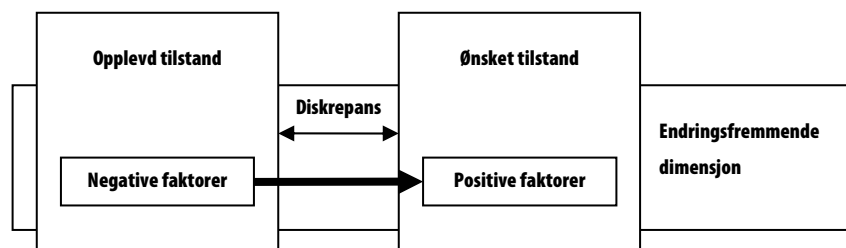
Miller og Rollnick (2002) beskriver disse i form av at behandleren søker å (1) uttrykke empati, (2) utvikle diskrepans (i form av uoverensstemmelse mellom klientens opplevde tilstand og klientens ønsker og verdier), (3) bevege seg med motstand (ved å unngå konfrontasjon) og (4)

underbygge mestringstillit. Barth, Børtveit og Prescott (2001) presenterer i tillegg et femte prinsipp i form av at behandleren søker å akseptere ambivalens. I deres fremstilling pekes det på at ”ambivalens [aksepteres] som en vanlig og nødvendig del av en endringsprosess” og at ”ambivalens kan ses på som selve energikilden ... i en endringsprosess. ... [Denne] energien kan drive fram og styrke en beslutning om forandring. ... Rådgiveren skal akseptere, og i noen faser *forsterke* ambivalens for å bygge en plattform for beslutninger om forandring” (2001, s. 144).

### 3.1. To motivasjonsmodeller

Av listen over prinsipper er det særlig det andre punktet – å utvikle diskrepans – som synes å referere til en motivasjonsmodell. Diskrepans refererer her til opplevelse av uoverensstemmelse mellom nåværende tilstand og ønsket tilstand. Denne uoverensstemmelsen antas å motivere klienter til å endre på den nåværende tilstanden slik at den i større grad samsvarer med den ønskede. Dette er antagelser om motivasjon og endring som både gjenfinnes i dagliglivets common sense og i psykologisk teori. Til daglig forsøker vi å motivere oss selv, samlivspartnere, familie og venner til å endre seg ved å påpeke forskjell mellom hva man sier man ønsker og hva man faktisk gjør. Innsikt i denne uoverensstemmelsen er ment å skape motivasjon for endring. I den humanistiske terapitradisjon etter Carl Rogers kan dette gjøres ved å identifisere forskjellen mellom et ideelt og et opplevd selv. I kognitivt orientert problemløsning kan det samme gjøres gjennom å identifisere avstanden mellom en utgangstilstand og en måltilstand.

Generelt for disse beskrivelsene er antagelsen om at opplevelse av tilstrekkelig stor uoverensstemmelse mellom nåværende situasjon og ønsket situasjon gir motivasjon til å redusere avstanden mellom dem. Fokus på de negative sidene ved den opplevde tilstanden og de positive sidene ved en ønsket tilstand er ment å skape bevegelse i retning av endring (illustrert med en tykk pil i figur 1). Dette kan betegnes som en diskrepansmodell for endringsmotivasjon og er illustrert i figur 1.



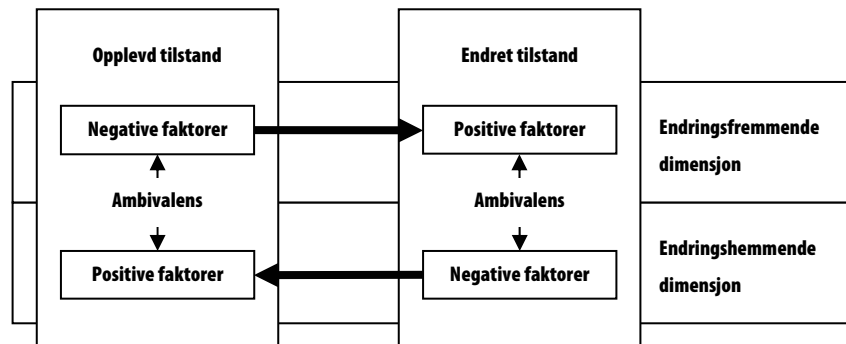
Figur 1. Diskrepansmodell for endringsmotivasjon

Anvendelse av denne modellen i praksis kan illustreres med et eksempel.

Audun er 47 år og har valgt å oppsøke en behandler for å få hjelp til å slutte å røyke. Han har røkt daglig i omtrent 30 år. Tidligere har både fastlegen og samboeren hans uttrykt bekymring for at røykingen skal gå utover helsen hans. Audun har forsøkt å motivere seg til å slutte på egenhånd, men har ikke klart å få det til. Behandleren antar at Audun vil motiveres til å slutte dersom han i større grad blir oppmerksom på forskjellen mellom hva han ønsker og hva han faktisk gjør. Behandleren spør Audun om hva han ønsker å oppnå ved å slutte og hvor mye det ville bety for han. Videre ber behandleren Audun skrive ned alle grunnene han har for å slutte, både i form av ulempene han opplever at røykingen medfører og de fordelene han oppnår ved å slutte. Behandleren vil deretter forsøke å reflektere og forsterke forskjellen mellom hva Audun sier han ønsker og hva han gjør i et forsøk på å skape motivasjon for endring.

Diskrepansmodellen åpner for en mål–middel forståelse av behandling i form av at en måltilstand (ønsket tilstand) identifiseres, og at motivasjon skapes som følge av avstanden mellom utgangstilstanden og måltilstanden. I kjølvannet av dette vil mulige midler for å oppnå målet og mulige hindringer vurderes. Dersom behandleren likevel skulle oppleve at dette ikke skaper endring hos klienten, kan manglende utvikling forklares ved at det eksisterer hindringer som ikke er identifisert, eller at klienten ikke er motivert nok. Nye intervensjoner vil kunne baseres på å ytterligere øke klientens motivasjon gjennom å forsterke hans eller hennes opplevelse av uoverensstemmelse mellom nåværende og ønsket tilstand.

Definisjonen av MI, vektleggingen av ambivalensutforskning som en motivasjonsfremmende intervensjon og beskrivelsen av ambivalens som energikilde for endring peker alle i retning av en motivasjonsmodell med ambivalens som et sentralt element. Diskrepansmodellen rommer imidlertid ikke ambivalens. Med utgangspunkt i ambivalensutforskning som intervensjon er det derimot mulig å skissere en ambivalensmodell for motivasjon. Ambivalensutforskning innebærer å fokusere både på de positive og negative sidene ved den opplevde tilstanden og de positive og negative sidene ved en mulig endring. En utvidelse av diskrepansmodellen med de negative sidene ved en endring og de positive sidene ved den opplevde tilstanden er illustrert i figur 2. Fokus på negative sider ved den opplevde tilstanden og positive sider ved en endring peker i retning av endring (illustrert med tykk pil), mens fokus på positive sider ved den opplevde tilstanden og negative sider ved en endring peker i motsatt retning (illustrert med tykk pil i motsatt retning).



Figur 2. Ambivalensmodell for endringsmotivasjon

Anvendelse av denne modellen i praksis kan illustreres med utgangspunkt i samme eksempel som ved diskrepansmodellen.

Behandleren antar i dette tilfellet at Audun er ambivalent til å slutte å røyke, at han er ambivalent til å fortsette, og at motivasjon kan skapes dersom han i større grad blir oppmerksom på sin ambivalens i forhold til begge alternativene. Behandleren og Audun tar utgangspunkt i en ambivalensvekt og kartlegger hvilke fordeler han har ved å røyke, hvilke fordeler han kan oppnå ved å slutte, hvilke ulemper røykingen medfører og hvilke ulemper han vil oppleve ved å slutte. Behandleren vil forsøke å øke Auduns opplevelse av ambivalens, for eksempel i form av å påpeke at røyking for Audun har både gode og mindre gode sider på samme tid, og at Audun samtidig både ønsker og ikke ønsker å slutte.

Denne modellen innebærer at klienter befinner seg i en dobbeltambivalent konflikt og at de vil være ambivalente og vekslende inntil de foretar en beslutning. Fordi ambivalente klienter er i konflikt med seg selv, vil de ofte oppleves som vekslende, og for behandleren kan dette oppleves som stadige skifter mellom ønsket utvikling, stillstand, og tilbakegang. Dette innebærer at det kan være vanskelig å avgjøre hvor lenge en klient kan være ambivalent før det kan fortolkes som manglende utvikling. Nye intervensjoner vil etter denne modellen være basert på å vedlikeholde klientens opplevelse av ambivalens inntil klienten foretar en beslutning. Merk at de to modellene gir forskjellig forståelse av hva som skaper motivasjon, hva som fungerer som motiverende intervensjoner, og hvordan manglende utvikling i behandling skal fortolkes.



Mens diskrepansmodellen plasserer positive og negative faktorer langs én dimensjon, der den endrede tilstanden fremstår som mer positiv enn den opplevde tilstanden, innfører ambivalensmodellen en dimensjon i tillegg, der den opplevde tilstanden fremstår som mer positiv enn den endrede. Ved å identifisere positive sider ved nåværende tilstand og negative sider ved en endret tilstand, setter ambivalensmodellen dermed fokus på faktorer som veier mot endring. Det kan virke kontraintuitivt og paradoksalt at fokus på disse endringshemmende faktorene skal kunne bidra til å fremme endring, og det gir behov for forklaringer på hvordan en slik modell kan være virksom.

### 3.2. Empiriske undersøkelser av MI

I en kvalitativ gjennomgang av kontrollerte kliniske effektstudier av MI peker Burke, Arkowitz og Dunn (2002) på at MI har dokumentert behandlingseffekt ved alkohol- og stoffavhengighet, diabetes, hypertensjon, dobbeldiagnoser og bulimi. De peker videre på at det både mangler forskning på sammenhengen mellom virksomme prosesser og dokumentert effekt i MI og undersøkelser av virksomme prosesser i MI. De samme konklusjonene presenteres i en tilsvarende kvantitativ tilnærming der meta-analyse anvendes på effektstudier av MI (Burke, Arkowitz og Menchola, 2003). Effektstudier peker i retning av *at* MI har effekt, men disse kan i liten grad forklare *hvordan* eller *hvorfor*. Spørsmålet er derfor om prosesstudier av MI kan bidra med noe mer.

Det er publisert få prosesstudier av MI, og ingen av dem undersøker antagelser om motivasjon eller ambivalens direkte. Prosesstudier tilknyttet MI har i hovedsak undersøkt effekten av intervensjoner basert på å undervise og konfrontere klienter, sammenlignet med intervensjoner basert på å støtte og å uttrykke empati. Studier indikerer at presentasjon av konfronterende informasjon bidrar til større grad av motstand (Patterson og Forgatch, 1985), mindre langsiktig reduksjon i alkoholinntak (Miller, Benefield og Tonnigan, 1993), og mindre grad av erkjent problemopplevelse (Nye, Agostinelli og Smith, 1999).

Mangel på eksisterende prosesstudier av MI kan muligens ses i sammenheng med mangelen på beskrivelser av teoretisk forklarende mekanismer i MI. Miller og Rollnick (1991, 2002) har i sine fremstillinger av MI først og fremst vektlagt konkrete fremgangsmåter for å anvende metoden i klinisk arbeid uten å presisere hvordan den antas å være virksom. Dette åpner for en pragmatisk og teoriuavhengig tilnærming som gir mulighet for både klinisk anvendelse og empiriske effektstudier. Derimot vanskeliggjør dette prosesstudier fordi det i liten grad eksisterer et eksplisitt teoretisk grunnlag som det kan avledes empirisk testbare hypoteser fra.

Dette indikerer at det er et behov for å finne mulige forklaringer og hypoteser på *hvordan* og *hvorfor* MI er virksom. Dette kan igjen danne grunnlag for videre empiriske undersøkelser av

virksomme prosesser i MI. Miller og Rollnick vektlegger fokus på ambivalens som et særegent kjennetegn ved MI, og ambivalens antas derfor å ha en sentral virksom funksjon i MI. Det er derfor nærliggende å undersøke mulige teoretiske forklaringer i tilknytning til dette.

### 3.3. Teoretiske forklaringer

MI og ER presenterer, som tidligere nevnt, ingen eksplisitt beskrivelse av ambivalensmodellen, og det er påpekt at det i litteraturen mangler både teoretiske og empiriske forklaringer på hvordan MI kan være virksom. Dette åpner for flere mulige forklaringer på hvordan ambivalensmodellen eventuelt kan være virksom.

- 1) Bruken av begrepet beslutningsvekt ("decisional balance") kan peke i retning av en rasjonell beslutningsteoretisk forklaring. Utforskning av ambivalens hjelper klienter til å få *større oversikt* over faktorer som både veier for og mot endring, og denne oversikten gjør det lettere for klienter å gjennomføre en avveining og komme frem til den mest rasjonelle beslutningen. Miller og Rollnick betegner derimot en slik forklaring som en overforenkling ved å peke på at "ambivalens kan være en forvirrende, lammende og frustrerende opplevelse" (Miller og Rollnick, 2002, s. 16).
- 2) Miller og Rollnicks bruk av empatibegrepet refererer til "reflekterende lytting og nøyaktig empati, som beskrevet av Carl Rogers" (Miller og Rollnick, 2002, s. 37). Intervensjoner basert på å reflektere og oppsummere det klienten sier, er ment å gi klienten en opplevelse av å bli sett, forstått, ivaretatt og å gi han eller henne frihet til å velge retning for terapi. Det er klienten selv som skal presentere grunner for endring. At behandler signaliserer aksept for ambivalens, synes å gi klienter frihet til å endre seg (2002, s. 37). At klienter *opplever empati* i form av forståelse og anerkjennelse for at endring kan være motsetningsfylt og problematisk, ser dermed ut til å gi klienten større trygghet i å gjennomføre et selvstendig valg.
- 3) Mens diskrepansmodellen innebærer ensidig påvirkning i retning endring, innebærer ambivalensmodellen en tosidig drøfting der begge dimensjoner behandles likt. Som følge av en empatisk samtalemetodikk og respekt for klientens autonomi, kan *opplevelse av reell valgfrihet* gjøre klienten bedre i stand til å foreta et selvstendig og rasjonelt valg.
- 4) Ambivalens innebærer intrapsykisk konflikt, og ambivalensmodellen innebærer en dobbeltambivalent konflikt hvor klienten er samtidig ambivalent til begge handlingsalternativer. En slik konflikt kan antas å medføre *økt emosjonell aktivering* og spenning som skaper behov for spenningsreduksjon. Denne tilstanden vil vare så lenge klienten opplever å befinne seg i en vurderingssituasjon, og spenningsreduksjon oppnås ved å foreta et valg. Denne forklaringen peker på at opplevelse av ambivalens øker behovet for å foreta et

valg. Kognitiv dissonans (Draycott og Dabbs, 1998a; Festinger, 1957) er basert på antagelser om at mennesker ønsker samsvar mellom egne tanker, opplevelser og følelser (kognisjoner), og videre at opplevelse av uoverensstemmelser (dissonans) mellom kognisjoner motiverer personer til å oppnå konsistens og samsvar. Kognitiv dissonans er forsøkt anvendt som en mulig teoretisk forklaringsmekanisme på hvordan MI kan fungere motiverende (Draycott og Dabbs, 1998b), og kan anvendes både på diskrepansmodellen og ambivalensmodellen.

I diskrepansmodellen er diskrepans mellom ønsket og opplevd tilstand det motiverende virksomme elementet. Dette kan forklares som motstrid (dissonans) mellom to kognisjoner (opplevd tilstand og ønsket tilstand) som bidrar til å skape spenning. Dette motiverer personen til å redusere spenningen gjennom å redusere avstanden mellom den opplevde og den ønskede tilstanden. I ambivalensmodellen fungerer ambivalens i form av motstridende opplevelser (samtidige positive og negative sider) ved hvert av handlingsalternativene som motiverende virksomme elementer. Dette kan forklares som motstrid (dissonans) mellom de to kognisjonene (positive og negative sider) knyttet til den opplevde tilstanden og motstrid mellom de tilsvarende to kognisjonene knyttet til den endrede tilstanden. Begge disse konfliktene skaper spenning og motiverer personen til å redusere spenning. Spenning kan reduseres ved å foreta et valg.

Draycott og Dabbs skiller ikke mellom disse to modellene, og deres eksempler på anvendelse av kognitiv dissonans i MI omfatter begge modeller. Beskrivelsene i ER av ambivalens som en energikilde for endring og som et fenomen som i noen tilfeller kan forsterkes av behandleren for å fremme motivasjon, samsvarer med kognitiv dissonans som forklaringsmodell, økt emosjonell aktivering som motiverende faktor og ambivalens som en motivasjonsfremmende konflikt. Felles for disse beskrivelsene er ideen om at dissonans, ambivalens, økt emosjonell aktivering og konflikt alle representerer spenning, og at de kan fungere motiverende ved å skape behov for spenningsreduksjon.

- 5) Økt emosjonell aktivering som følge av ambivalens kan både bidra til økt behov for å foreta et valg og økt usikkerhet knyttet til hvilket handlingsalternativ som er best. Denne kombinasjonen kan bidra til både handlingslammelse og et sterkt ønske om å komme ut av den dobbeltambivalente konflikten. En slik tilstand kan teoretisk sett tenkes å gjøre klienten mindre handlingsdyktig, sterkt motivert, og dermed mer *mottagelig for påvirkning* av behandleren. I så måte kan dette gi dette behandleren større innflytelse på hvilken retning en beslutning vil ta.

## 4. Ambivalens som hemmende og problembevarende faktor

Så langt er det beskrevet mulige forklaringer på hvordan ambivalens kan ha en motivasjonsfremmende funksjon. Det første spørsmålet som ble presentert som grunnlag for drøfting, etterlyste videre en mulig forklaring på hvordan ambivalens også kan ha en problembevarende funksjon.

I tidligere fremstilt begrepshistorikk og begrepsavklaring er tiltreknings–unngåelseskonflikter beskrevet som situasjoner der en person er bundet til et mål (eller objekt) som vedkommende er ambivalent til. Doble tiltreknings–unngåelseskonflikter er beskrevet som situasjoner der en person er fanget mellom to mål der han eller hun er ambivalent til begge. Disse konfliktene kan derfor også betegnes som henholdsvis enkeltambivalente og dobbeltambivalente. Begge konfliktene skiller seg fra andre typer intrapsyriske konflikter ved at de innebærer at personen er bundet til mål som samtidig har både positive og negative konsekvenser. Andre typer konflikter innebærer situasjoner der personer er fanget mellom to goder (tiltreknings–tiltrekningskonflikt) eller to onder (unngåelses–unngåelseskonflikt) (Epstein, 1982).

En situasjon der en person er bundet til noe vedkommende samtidig både liker og misliker, kan betegnes som ambivalent problematikk. Ambivalens er presentert som et kjennetegn ved slik problematikk, men det er så langt usikkert i hvilken grad ambivalens bidrar til å skape eller vedlikeholde en slik situasjon.

### 4.1. Avhengighet og ambivalens

Å være bundet av noe man samtidig både liker og misliker, kan også beskrives som en form for avhengighetstilstand. En slik forståelse kan muligens bidra til å forklare hvordan ambivalens kan ha en problembevarende funksjon.

Miller og Rollnick antyder at ambivalens er et kjennetegn ved avhengighetsatferd. De skriver at ”personer som strever med problemdriking, stoffavhengighet, ... eller patologisk gambling ofte ser den risiko, kostnad og skade som følger atferden ... [Samtidig] er de ganske knyttet til og tiltrukket av avhengighetsatferden. De ønsker å drikke ... og de ønsker det ikke. De ønsker en endring samtidig som de ikke ønsker det” (Miller og Rollnick, 2002, s. 14). Miller og Rollnick peker også på at tiltreknings–unngåelseskonflikter er særlig egnet til å fange personer i og vedlikeholde en problemsituasjon (2002, s. 14), og antyder dermed at etableringen av en slik konflikt kan være en mulig forklarende mekanisme for avhengighetsproblematikk. Videre innebærer deres beskrivelse at avhengighet kan forstås som ambivalent problematikk i form av at personer er bundet til en aktivitet (avhengighetsatferd) som de både liker og misliker, og som dermed oppleves problematisk.

Barth, Børtveit og Prescott (2001) beskriver avhengighet som et dilemma knyttet til mestring der en person opplever både å ha kontroll over egen atferd, samtidig som personen opplever å ikke kunne styre problematiske handlingsmønstre (2001, s. 19). Dette eksisterer parallelt med et dilemma knyttet til motivasjon – om personen ønsker eller ikke ønsker å endre på dette. Også her beskrives ambivalens som en egenskap ved avhengighet. Både Miller og Rollnick og Barth, Børtveit og Prescott antyder at ambivalens bidrar til å opprettholde avhengighet og på denne måten har en problembevarende funksjon.

Mens begge de foregående beskrivelsene av avhengighet knytter ambivalens og avhengighet sammen, avviker de fra bruken av avhengighetsbegrepet slik det fremkommer i gjeldende diagnostisk sammenheng. I ICD-10 (International Classification of Diseases, 10th edition) (WHO, 1999) er avhengighetsproblematikk primært knyttet til bruk av psykoaktive stoffer. Toleranseutvikling og abstinenssymptomer er biologiske mekanismer som vektlegges som kjennetegn ved avhengighet. Samtaleorientert behandling av avhengighet forutsetter derimot at psykologiske mekanismer spiller en viktig rolle både i etablering av, vedlikehold av og frigjøring fra problematikken. Antagelser om at en samtaleorientert tilnærming til avhengighetsproblematikk kan være virksom, krever en annen forståelse av avhengighet enn den biologiske forståelsen som ligger til grunn for ICD-10. Fokus på psykologiske mekanismers betydning i avhengighetsproblematikk har medført forsøk på å utvide forståelsen av avhengighetsproblemer fra å omfatte psykoaktive stoffer til også å omfatte problemer som spiseforstyrrelser, spilleavhengighet og overdreven seksuell aktivitet.

Orford (2001) argumenterer for en slik utvidelse og peker på psykologiske mekanismers betydning i avhengighetsproblematikk. Han presenterer en modell for avhengighet der han viser til flere problematiske tilstander hvor etablering, vedlikehold, forsterkning av og frigjøring fra disse tilstandene kan forklares med et sett felles psykologiske mekanismer. Modellen tar utgangspunkt i ulike aktiviteter som i moderate mengder gir positive konsekvenser, men som samtidig er kjent for å kunne inngå i avhengighetsproblematikk ved overdreven aktivitet. Orford omtaler disse som *appetitter* og inkluderer rusmiddelbruk, spising, trening, gambling og seksuell aktivitet i begrepet. Han peker også på at ambivalens spiller en rolle i avhengighet. Etableringen av en overdreven appetitt skjer parallelt med at økende aktivitet begynner å medføre negative konsekvenser. Paradoksalt nok fører dette ofte til at personer fortsetter å trappe opp aktiviteten.

Samlet bidrar disse beskrivelsene til å knytte ambivalens til avhengighetsproblematikk og dermed underbygge at ambivalens kan ha en problembevarende funksjon. Ved å utvide avhengighetsbegrepet og å knytte det til ambivalens åpner Orford for at forklaringsmodeller for avhengighet kan anvendes mer generelt på ambivalent problematikk.

#### 4.2. Ambivalens som problembindende faktor

Orford bidrar med å peke på et mulig hendelsesforløp i etableringen av ambivalent problematikk. I utgangspunktet har den potensielt avhengighetsskapende aktiviteten i hovedsak positive konsekvenser, og er i begynnelsen relativ uproblematisk. Aktiviteten blir problematisk i det øyeblikket negative konsekvenser ved aktiviteten får en stadig større plass. Økt tilstedeværelse av negative konsekvenser i tillegg til de positive endrer en aktivitet fra å være uproblematisk til å innebære ambivalens. Det er nærliggende å anta at økt innslag av negative konsekvenser vil bidra til å svekke bindingen til aktiviteten. Dette er samme antagelse som ligger til grunn for at diskrepansmodellen skal kunne ha en motiverende funksjon. Ved ambivalent problematikk synes derimot dette ofte å ikke være tilfelle. Dette kan illustreres med et eksempel.

Marit er 34 år, og har vært gift med samme mann siden hun var 18. Han blir lett sjalu, er svært mistenksom og kan ty til vold når han blir frustrert. Alt dette forsterkes i forbindelse med inntak av alkohol, og har for Marit resultert i en rekke besøk på legevakten i løpet av de siste 15 årene. Ved tre anledninger har Marit også hatt kortere opphold på kritesenter. Marit er fullt klar over at det er mannen som påfører henne skade. Til tross for dette er det spesielt i de tilfellene hvor hun er påført alvorlige skader at håpet hennes er størst for at ekteskapet vil bli bedre. Etter oppholdene på kritesenter har hun hver gang endt opp med økt motivasjon for å støtte ektemannen og å takle hans problemer enda bedre enn hun har gjort tidligere.

For utenforstående virker det åpenbart at negative konsekvenser har såpass stor plass i Marits ekteskap at hun kanskje heller burde være motivert for å bryte ut av det. For Marit ser det derimot ikke ut til at de negative konsekvensene virker slik. Tvert imot ser de ut til å motivere i motsatt retning, og hun søker tilbake til ekteskapet hver gang. Dette mønsteret kan også finnes igjen ved rusmiddelproblematikk, spilleavhengighet og annen ambivalent problematikk.

Dette åpner for ulike forklaringer. Én mulig forklaring kan være at hun ikke er oppmerksom på eller ikke tillegger de negative konsekvensene betydning. En annen forklaring kan være at de negative konsekvensene, i likhet med de positive, bidrar til å forsterke bindingen til en aktivitet. I så fall etableres et selvopprettholdt mønster der både de positive og de negative konsekvensene (som samlet utgjør ambivalens) bidrar til det samme – å forsterke bindingen til problemet.

### 4.3. Teoretiske forklaringer

Det kan virke kontraintuitivt og paradoksalt at negative konsekvenser skal kunne bidra til å forsterke bindingen til et problem. Dette reiser spørsmål om hvordan det teoretisk sett kan forklare at ambivalent problematikk kan være selvforsterkende.

Tiltreknings–unngåelseskonflikt er presentert som en mekanisme som beskriver ambivalent problematikk, men denne konfliktmodellen gir ikke informasjon om hvordan de ulike tiltreknings- og unngåelsestendensene etableres. Med utgangspunkt i Orfords beskrivelse av etablering av ambivalent problematikk er det nærliggende å anta at det først etableres en tiltrekningstendens som følge av aktivitetens positive konsekvenser, og at økt tilstedeværelse av negative konsekvenser bidrar til å etablere en unngåelsestendens.

Orford peker på at læringsteoretiske prinsipper kan forklare bindingen til en appetitt i form av at en appetitt opprinnelig fungerer belønnende. Belønning bidrar dermed til etablering av en betinget atferd. Dersom forholdene ligger til rette for at appetittaktivitet utvikles i en slik grad at det medfører negative konsekvenser, vil betingingen kunne forsterkes som følge av at videre aktivitet midlertidig demper effekten av de negative konsekvensene. Ved en rekke av de avhengighetsskapende appetittene kjenner vi til kliniske beskrivelser som samsvarer med dette. Den samme aktiviteten som medfører negative konsekvenser anvendes for å dempe de samme negative konsekvensene. Dette kan beskrives som positiv tilbakeføring (feedback) og innebærer et sirkulært og selvoppretholdt handlingsmønster der både positive og negative konsekvenser bidrar til å forsterke aktiviteten. Dette er illustrert i det foregående eksempelet og kan også illustreres med et nytt eksempel.

Ingrid er 56 år. Hun er uføretrygdet på grunn av mangeårige alkoholproblemer, og hun har ukentlig drikkeperioder som varer noen dager. De dagene hun ikke drikker er hun rastløs, urolig og bekymret for sin egen situasjon. Hun tenker da også mye på den bekymringen som de voksne barna hennes uttrykker for henne. Ingrid opplever selv alkohol som årsak til disse problemene. Hun synes det er ubehagelig å tenke på. Samtidig er alkohol det eneste som lindrer uroen og ubehaget. Etter noen dager uten alkohol blir ubehaget ved situasjonen så påtrengende at hun begynner på en ny drikkeperiode. Hun kan drikke jevnt i et par dager inntil hun blir såpass medtatt at hun må ta noen dager fri igjen.

For Ingrid er alkohol blitt en medisin som motvirker dens egne negative konsekvenser. I tillegg er det nærliggende å anta at alkohol både har hatt og fortsatt har positive konsekvenser for Ingrid,

og at hun opplever rusen som god. Slik bidrar både de negative og de positive konsekvensene av alkoholbruken til å vedlikeholde og forsterke Ingrids binding til alkohol.

Mens læringsteori kan anvendes for å forklare hvordan ambivalent problematikk kan etableres, kan konfliktteori muligens anvendes for å beskrive dynamikken i vedlikehold av slik problematikk gitt at tiltreknings- og unngåelsestendenser allerede er etablert. Beskrivelser av tiltreknings–unngåelseskonflikter innebærer at en ambivalent person er låst fast i skjæringspunktet mellom de to tendensene, og verken kan unnsnippe eller nærme seg målet. Ved avhengighetsatferd later ambivalens derimot til å være en dynamisk og vekslende tilstand heller enn statisk, og den ambivalente personen vil ofte veksle mellom å oppsøke og å unngå avhengighetsaktiviteten. Dette ble illustrert i eksempelet med Ingrid.

Orford peker også på at styrkefunksjonene i beskrivelsen av tiltreknings–unngåelseskonflikter ikke later til å stemme med kliniske observasjoner av avhengighetsproblematikk. Mens denne typen konflikter er basert på en antagelse om at unngåelsestendensen øker når en person nærmer seg målet, later det motsatte til å være tilfelle ved en rekke ulike former for avhengighetsatferd. Mindre avstand innebærer større fristelse, og gjør det vanskeligere å unngå aktiviteten. Klienter som forsøker å slutte å drikke kan beskrive at en av de største utfordringene er situasjoner der alkohol er lett tilgjengelig eller synlig, klienter som forsøker å slutte å spille kan beskrive at en av de største utfordringene er å gå forbi en spilleautomat uten å stoppe for å spille.

## **5. Ambivalensutforskning – hemmende eller fremmende?**

Mens det første spørsmålet som ble lagt til grunn for drøfting etterlyste hvordan ambivalens kan fungere både motivasjonsfremmende og problembevarende, etterlyste det andre spørsmålet hvordan man kan avgjøre hvilken av disse funksjonene ambivalens vil ha ved bruk av ambivalensutforskning i behandling. Kan ambivalensutforskning – mot sin hensikt – bidra til å forsterke en persons binding til et problem?

I det foregående ble det påpekt at ambivalent problematikk kjennetegnes ved at en person er bundet til en aktivitet eller et mål til tross for at denne aktiviteten eller målet også medfører betydelige negative konsekvenser. De negative konsekvensene ser ikke ut til å svekke denne bindingen, og kan derimot muligens bidra til å forsterke bindingen. Dette gir en behandlingsmessig utfordrende situasjon – uavhengig av om man fokuserer på positive eller negative sider ved et problem, kan det teoretisk sett bidra til å forsterke bindingen til problemet.

Dersom klientens nåværende situasjon hadde vært entydig positiv eller negativ, hadde den behandlingsmessige situasjonen vært annerledes. En situasjon med kun positive konsekvenser hadde ikke representert noe problem, og en situasjon med kun negative konsekvenser ville



sannsynligvis umiddelbart gitt motivasjon for endring. Som tidligere påpekt, ser det derimot ut til at negative konsekvenser ved en ambivalent problemsituasjon ikke nødvendigvis motiverer for endring. Dette var tilfelle i de to foregående eksemplene med Marit og Ingrid. De negative konsekvensene lot til å forsterke Marits binding til og beslutning om å videreføre samlivet med mannen, og Ingrids tilbakevendende behov for å drikke.

Dette har konsekvenser for diskrepansmodellen som er presentert tidligere. Gitt at oppmerksomhet på negative konsekvenser kan bidra til å forsterke problematikken, kan forsøk på å skape motivasjon basert på diskrepansmodellen virke mot sin hensikt. Miller og Rollnick peker på dette når de beskriver at ensidig fokus på negative sider ved et problem later til å virke mot sin hensikt. De knytter dette til fenomenet *reaktans* (Brehm og Brehm, 1981) som nettopp refererer til at klienter i noen situasjoner har en tendens til å reagere i motsatt retning av det behandleren prøver å oppnå. Dersom verken fokus på enten positive eller negative sider ved ambivalent problematikk kan svekke bindingen til problemsituasjonen, hvordan kan da motivasjon for endring skapes?

### 5.1. Samtidighet som løsning – latent ambivalens

En av de mulige teoretiske forklaringene som ble presentert for den potensielt motiverende effekten av ambivalensutforskning, pekte på opplevelse av ubehag og økt emosjonell aktivering. Mens ambivalent problematikk innebærer at en person opplever både fordeler og ulemper ved sin situasjon, er vedkommende derimot ikke nødvendigvis oppmerksom på disse samtidig. Motivasjonsfremmende ambivalens kan i så måte tenkes å oppstå i det øyeblikket personen blir oppmerksom på den nåværende situasjonen som både positiv og negativ, og at disse to sidene kan være vanskelige å forene. Dersom denne hypotesen stemmer, vil ambivalensutforskning først og fremst være virksom gitt at den forsterker klientens opplevelse av tosidighet i sin nåværende situasjon. Dette oppnås ikke nødvendigvis bare ved å kartlegge klientens opplevelse av fordeler og ulemper, de må også ses i sammenheng. I MI kan dette gjøres gjennom refleksjoner og oppsummeringer som setter sammen klienters opplevelse av fordeler og ulemper ved situasjonen.

Dette gir en hypotese om at samtidighet er et nødvendig kriterium for at ambivalensutforskning skal kunne ha en endringsfremmende effekt. Dersom hypotesen stemmer, innebærer det at klienter kan ha et ambivalent forhold til omstendigheter (personer, objekter, handlinger) uten å oppleve dette forholdet som ambivalent. Dette kan i så fall betegnes som en *latent* ambivalens.

Prochaska og DiClementes (1986) modell for endringsstadier antar at klienter i en føroverveielsesfase ikke vil være ambivalente fordi de foreløpig ikke vurderer endring som et løsningsalternativ. Dette kan eksempelvis være fordi de ikke har noen problemopplevelse, at de

ikke tilskriver problemene til seg selv eller at de ikke har tro på at endring er mulig. Ved å skille mellom latent ambivalens og opplevd ambivalens kan det stilles spørsmål ved om det allerede i denne fasen kan eksistere bevissthet hos klienten om både negative og positive sider ved situasjonen. Dette representerer i så fall en latent ambivalens og kan – teoretisk sett – gjøre avstanden til endringsvurdering (og dermed overveielsesfasen) kortere ved at ambivalensutforskning kan anvendes som intervensjon på et tidligere tidspunkt enn vanligvis antatt. Både hypotesen om samtidighet som et nødvendig kriterium for effekt av ambivalensutforskning og hypotesen om ambivalensutforskning som en effektiv tidlig intervensjon åpner for konkrete empiriske undersøkelser.

## **6. Ambivalens som hemmende faktor – motstand**

Det tredje spørsmålet som ble presentert som grunnlag for drøfting dreide seg om i hvilken grad motstand som følge av ambivalens vil kunne hemme en behandlingsprosess.

Motstand er, som tidligere nevnt, et begrep som brukes for å betegne egenskaper ved klienten som motvirker behandlingsprosessen. Miller og Rollnick ønsker seg vekk fra antagelsen om at motgang i terapi tilskrives klienten, og fortolker motstand som uttrykk for manglende samsvar mellom behandler og klient. Samtidig peker de på ambivalens som en mulig kilde til motstand, noe som lett kan tilskrives klienten.

### **6.1. To veier til motstand**

I MI er det særlig to måter ambivalens kan fortolkes som motstand på. Den første måten henger sammen med at en behandler er oppmerksom på signaler som kan indikere om klienten beveger seg i en ønskelig retning eller vekk fra den. En klient som er ambivalent vil stadig veksle mellom å gi signaler som kan tolkes i begge retninger. Når en behandler opplever at en klient sender ut signaler som kan tolkes som tilbakegang, kan dette lett oppfattes som uheldig utvikling i behandlingen og dermed som motstand. I henhold til Prochaska og DiClemente (1986) er derimot ambivalens en naturlig del av vurderinger om endring, og en slik veksling kan derfor være et helt normalt uttrykk for at klienten er på rett vei.

Den andre måten knytter seg til at klienter opplever ambivalens som ubehagelig og følgelig vil søke å redusere dette ubehaget. I og med at ambivalensutforskning kan bidra til å øke opplevelsen av spenning og uro, er det lett å tenke seg at klienter vil kunne tilskrive dette ubehaget til behandlingssituasjonen og behandleren. I så fall øker sannsynligheten for at klienten bevisst eller ubevisst vil motvirke behandlingsprosessen, og at behandleren vil kunne fortolke dette som motstand.

I den første beskrivelsen oppstår motstand som følge av at behandleren tilskriver det som oppleves som manglende behandlingsutvikling til egenskaper ved klienten. I den andre beskrivelsen oppstår motstand som følge av at klienten tilskriver opplevelsen av ubehag til behandlingssituasjonen. I begge tilfeller ligger klientens ambivalens til grunn for situasjonen, og motstand er behandlerens fortolkning av situasjonen.

Faren ved å fortolke klienters responser eller manglende utvikling som motstand ligger i at det kan fungere som en invitasjon til personkonflikt. Dersom behandleren følger opp, vil dette lett kunne utvikle seg til en fastlåst situasjon der behandlingssamarbeidet kan bryte sammen. Et vanlig eksempel på dette er situasjoner der behandleren ender opp med å argumentere mot klienten (Moyers og Rollnick, 2002).

## **6.2. Motstand som spenningsreduksjon**

Dersom behandleren ensidig argumenterer for endring i et forsøk på å motivere klienten, kan situasjonen utvikle seg i en endringshemmende retning. En slik diskusjon vil kunne bidra til å redusere klientens dobbeltambivalente konflikt ved at de endringsfremmende faktorene tilskrives behandleren, mens klienten kun opplever de endringshemmende faktorene som egne. Den dobbeltambivalente konflikten er i så fall omformet til en interpersonlig konflikt som kan låse og hemme behandlingsutvikling, og i ytterste konsekvens føre til at behandlingssamarbeidet bryter sammen. Motstand kan i så måte fungere som en spenningsreducerende strategi som minsker sannsynligheten for endring.

Både Draycott og Dabbs (1998b) og Barth og Näsholm (1997) beskriver en motiverende tilnærming som virksom ved at klienters ambivalens identifiseres, vedlikeholdes og eventuelt forsterkes for å skape motivasjon for endring, samtidig som behandleren prøver å blokkere for andre forsøk på å redusere spenningen. Så lenge klienten tilskriver ubehaget til indre psykologiske forhold, kan dette være virksomt, men dersom klienten skulle tilskrive ubehaget til terapi-situasjonen eller behandleren, vil dette lett kunne utvikle seg til motstand. I en slik beskrivelse av MI og ER er det sannsynlig at klienter vil søke å løse opplevelsen av ubehag på andre måter enn ved å foreta en endring, og behandleren må i så fall være forberedt på motstand.

## **6.3. Motstand og behandlingsutvikling**

Dersom opplevelse av motstand skal kunne anvendes til fordel for behandling, trenger behandleren motstandshåndterende strategier. Gjennom bruk av åpne spørsmål, oppsummeringer og refleksjoner søker MI og ER å holde fokus på klientens opplevelser og minske behandlerens rolle som aktør i behandlingsprosessen. Miller og Rollnicks vektlegging av å holde fokus på klientens perspektiv og å respektere klientens rett til selvbestemmelse tjener i så

måte flere funksjoner. I tillegg til å øke sannsynligheten for opplevelse av empati, kan det klientsentrerte perspektivet og samtaleteknikkene bidra til å minske sannsynligheten for konflikt mellom behandler og klient og øke sannsynligheten for at klienten tilskriver ambivalens, motivasjon og mestring til seg selv.

Empati dreier seg om at klienten har en opplevelse av at hans eller hennes opplevelser og handlinger blir forstått av behandleren. For å oppnå dette må behandleren søke forklaringer på klientens opplevelser og handlinger som virker rasjonelle sett fra klientens perspektiv. Med utgangspunkt i at motstand er en fortolkning av manglende behandlingsutvikling som tilskrives klienten, vil forsøk på å finne *rasjonelle* forklaringer på klientens responser i en slik situasjon kunne være nyttig.

En slik strategi kan være særlig hensiktsmessig i møte med motstand fordi det nettopp da er lett å tilskrive manglende behandlingsutvikling til at klienten ikke vet sitt eget beste (som følge av manglende selvforståelse eller egeninnsikt), eller ikke ønsker sitt eget beste (som følge av manglende motivasjon).

En motiverende tilnærming har til hensikt å skape terapeutisk utvikling ved å skape motivasjon hos klienten. MI (og ER) er utformet for arbeid med klienter der tilsynelatende manglende motivasjon for endring er en del av problematikken, og tilnærmingen kan i så måte forutsette at slike klienter kan oppleves som utfordrende i behandling.

Klienter som opplever å ha et behandlingstrengende problem har sannsynligvis også opplevd vansker med å løse situasjonen med andre midler forut for behandling. Dersom også behandleren opplever det vanskelig å bedre på situasjonen, kan dette lett tilskrives en relativt permanent fastlåst problematikk eller motstand. I situasjoner der klienten tidligere har hatt vansker med å løse situasjonen kan det dermed kanskje forventes at også en behandler vil oppleve situasjonen som utfordrende, og at det på et eller annet tidspunkt i behandling kan forventes å oppstå en situasjon med manglende eller lite synlig utvikling.

Motstand er en behandlerfortolkning som kan begrense mulige forklaringer på manglende utvikling i behandlingsprosessen til kun å omfatte egenskaper ved klienten. En slik situasjon medfører i så måte et økt ansvar for behandleren til å oppnå videre utvikling i behandlingen. Ambivalens i form av motstand representerer en utfordring for en behandler, og kan – avhengig av håndtering – enten hemme eller fremme terapeutisk utvikling.

## 7. Sammenfattende kommentarer

Intuitivt er det lett å tenke at uro og ubehag er negativt og at ro og behag er positivt. Ambivalens er et fenomen som innebærer uro og ubehag, som utfordrer disse antagelsene, og som kan bidra til en meningsfylt forståelse av enkelte konstraintuitive og paradoksale fenomener. Når en suicidal klient plutselig endrer seg fra å uttrykke uro og ubehag til å bli mer rolig og tilfreds, er det lett å tolke dette som et tegn på bedring. En annen mulig tolkning er at klienten har vært ambivalent i vurdering av selvmord og er blitt roligere etter å ha fattet en beslutning om å ta livet sitt. Når en alkoholavhengig klient gir uttrykk for mer ubehag og uro enn tidligere, er det lett å tolke dette negativt. Men det kan også bety at klienten har beveget seg fra å utelukke endring til å vurdere endring som alternativ og derfor er blitt mer ambivalent. Når en klient snakker om de positive sidene ved problemene sine, er det lett å tolke dette som at klienten forsøker å overbevise seg selv og behandleren om at det er best å la ting være som de er. Men det kan også være uttrykk for at klienten er ambivalent og har behov for å identifisere de tingene som hindrer endring. Når en behandler fokuserer på de negative sidene ved en klients problemer, er det lett å tenke at dette gjør klienten mer motivert til å foreta en endring. Dersom klienten er ambivalent, kan dette derimot bidra til å forsterke hans eller hennes binding til sine problemer.

Dette arbeidet har tatt utgangspunkt i å belyse og problematisere beskrivelsene av ambivalensbegrepets rolle i MI og å drøfte disse i lys av spørsmålet om ambivalens er å anse som en hemmende eller fremmende faktor i behandling. Miller og Rollnick har i sin fremstilling beskrevet ambivalens som et signal på at klienten vurderer endring, en faktor som motiverer for endring, et fenomen som bidrar til å binde personer til problemer, og et fenomen som kan bidra til motstand i behandling. I kjølvannet av dette ble det presentert tre spørsmål som grunnlag for drøfting.

- 1) Hvordan kan ambivalens både ha en motivasjonsfremmende og en problembevarende funksjon?

MI og ER antyder i flere sammenhenger at fokus på ambivalens kan motivere klienter til å endre på en problematisk situasjon, men uten at det er presentert en teoretisk modell som kan forklare hvordan. Det er derfor blitt skissert en ambivalensmodell for endringsmotivasjon som skiller seg fra den mer tradisjonelle diskrepansmodellen, og begge modeller kan gjenfinnes i fremstillinger av MI og ER. Ambivalensmodellen skiller seg fra diskrepansmodellen ved også å sette fokus på

faktorer som veier mot endring. At fokus på endringshemmende faktorer kan bidra til å skape endring og terapeutisk utvikling, kan virke kontraintuitivt. Mulige forklaringer er presentert.

Ambivalens later til å spille en rolle i vedlikehold og forsterking av problemer i form av at personer bindes til omstendigheter (objekter, personer, handlinger) som både belønner og straffer. At økt innslag av negative konsekvenser kan bidra til å forsterke bindingen til en slik situasjon, kan også virke kontraintuitivt, og mulige forklaringer er presentert.

Det ser slik ut til å være teoretisk mulig å forklare at samme fenomen kan fungere både frigjørende og bindende.

Ambivalensutforskning er presentert som en intervensjon som er ment å virke motivasjonsfremmende. I og med at ambivalens også later til å kunne fungere problembevarende, var det neste spørsmålet knyttet til om ambivalensutforskning også kan bidra til å forsterke problemer.

- 2) Gitt at det kan vises at ambivalens både kan ha en motivasjonsfremmende og en problembevarende funksjon, hvordan kan man avgjøre hvilken av disse funksjonene ambivalensutforskning har i behandling?

Miller og Rollnick peker på at ensidig fokus på de negative sidene ved den nåværende situasjonen ikke nødvendigvis gir motivasjonsfremmende effekt, og til og med kan minske sannsynligheten for endring. Dette samsvarer med beskrivelsen av at de negative konsekvensene kan bidra til å forsterke bindingen til den nåværende og problematiske situasjonen. Det er argumentert for at ensidig fokus på enten positive eller negative sider ved ambivalent problematikk begge kan bidra til å forsterke bindingen til problemsituasjonen. Ambivalensutforskning er derimot ment å bidra til samtidig fokus på både de positive og de negative sidene ved den problematiske situasjonen og kan slike representere en annen tilnærming som kan forklare at den virker frigjørende. Dette peker også i retning av at diskrepansmodellen kan virke mot sin hensikt anvendt på ambivalente klienter.

- 3) Vil motstand som følge av ambivalens hemme behandlingsprosessen?

Motstand refererer til en behandlerens opplevelse av manglende utvikling i behandlingsprosessen som tilskrives egenskaper ved klienten. Ambivalens til endring vil ikke nødvendigvis gi noen synlig fremgang før klienten fatter en beslutning og kan i så måte lett fortolkes som motstand.

Både indirekte og direkte invitasjoner til konflikt kan fungere som spenningsreducerende strategier som klienter kan anvende for å dempe ubehag, og fungerer i så måte som motstand.

Når en behandler opplever manglende utvikling i behandlingsprosessen, påhviler det han eller henne et særskilt ansvar å finne fremgangsmåter som ivaretar både klienten og videre behandlingsutvikling. I så måte er det behandlerens håndtering av motstand som påvirker i hvilken grad den opplevde motstanden virker hemmende eller fremmende på det videre behandlingsforløpet.

### **7.1. Begrensninger ved dette arbeidet**

Det er tidligere påpekt at det generelt mangler både teori og empiri knyttet til virksomme mekanismer i MI, og det foreliggende arbeidet har hatt et begrenset materiale å ta utgangspunkt i. De teoretiske antagelser og hypoteser som er presentert er i så måte avhengig av empiriske undersøkelser for bedre å kunne vurderes. Dette arbeidet har hatt til hensikt å konkretisere teoretiske uklarheter knyttet til ambivalensbegrepet i MI, og slik bidra til å kunne generere hypoteser for videre arbeider.

### **7.2. Retning for videre arbeid**

Ambivalens ser ut til å kunne virke både hemmende og fremmende i behandling i henhold til MI. Sentralt i MI er likevel ideen om ambivalens som et sentralt element i motivasjonsfremmende intervensjoner, og dette arbeidet har forsøkt å klargjøre teoretiske mekanismer som kan forklare ambivalens både som et hemmende og et fremmende fenomen. Det eksisterer fortsatt et generelt behov for å klargjøre og undersøke teoretisk virksomme mekanismer som kan ligge til grunn for MI, samt å undersøke hvordan ambivalens forholder seg til de øvrige antagelsene om endring og motivasjon i MI (som eksempelvis mestring). Dette arbeidet har også presentert en rekke mulige teoretiske forklaringer på hvordan ambivalens kan virke både bindende og frigjørende. Her er det behov for empiriske tilnærminger som i større grad kan bidra til å understøtte eller svekke de ulike forklaringsmodellene. Forholdet mellom diskrepansmodellen og ambivalensmodellen krever nærmere undersøkelse siden begge modeller kan gjenfinnes i MI, men gir helt forskjellig forståelse av motivasjon, motiverende intervensjoner og fortolkning av manglende utvikling i behandling. I og med at det er argumentert for at en diskrepansforståelse kan bidra til å forsterke bindingen til problemer for ambivalente klienter, mens ambivalensutforskning vil kunne virke frigjørende, vil disse modellene kunne settes opp som konkurrerende i en eventuell empirisk tilnærming.

Gjennom de ulike drøftingene i dette arbeidet er det også presentert enkelte spesifikke hypoteser som kan danne grunnlag for videre empirisk undersøkelse:

- a) Ensidig fokus på enten positive eller negative sider ved ambivalent problematikk kan bidra til å forsterke bindingen til problematikken.

Denne hypotesen stiller spørsmålsteget ved anvendelsen av diskrepansmodellen ved ambivalent problematikk. Hypotesen medfører etiske utfordringer knyttet til undersøkelse av faktorer som kan bidra til å forsterke eksisterende problematikk. Hypotesen kan muligens testes ved å sammenligne virkningen av intervensjoner basert på ambivalensmodellen med virkningen av intervensjoner basert på diskrepansmodellen.

- b) Samtidighet er et kriterium for at ambivalensutforskning skal være en virksom intervensjon ved ambivalent problematikk.

Gitt at klienter kan være bundet til ambivalent problematikk uten å ha en klar opplevelse av ambivalens (latent ambivalens), er det ikke gitt at ambivalensutforskning vil være en virksom intervensjon med mindre den innebærer at de motstridende sidene ved en situasjon kommer eksplisitt til uttrykk. Hypotesen kan testes ved å gjennomføre undersøkelser av klienters opplevelse av positive og negative sider ved sin situasjon både med og uten at behandleren setter sidene i sammenheng med hverandre.

- c) Ambivalensutforskning kan anvendes som tidlig intervensjon ved ambivalent problematikk.

Med utgangspunkt i Prochaska og DiClementes (1986) modell for endringsstadier er det en grunnleggende antagelse i MI at det iverksettes ulike intervensjoner på ulike stadier i endring. Gitt at en rekke ulike problemtilstander kan forstås som ambivalent problematikk, og at denne problematikken kan eksistere som en latent form for ambivalens, kan ambivalensutforskning muligens anvendes allerede tidlig i en føroverveiellesfase for å fremskynde endring. Hypotesen kan testes ved å sammenligne effekten av ambivalensutforskning anvendt på forskjellige tidspunkter i behandling.



## 8. Referanser

- Barth, T., Børtveit, T. og Prescott, P. (2001). *Endringsfokuset rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Barth, T. og Näsholm, C. (1997). Vankelmodets dynamik. Ambivalens som tilgang vid förändring. *PsykologTidningen, årgang 43, nr. 16*, 4–7.
- Brehm, S. S. og Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York: Academic Press.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. og Dunn, C. (2002). The efficacy of motivational interviewing and its adaptations: What we know so far. I W. R. Miller og S. Rollnick, *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.) (ss. 217–250). New York: Guilford Press.
- Burke, B. L., Arkowitz, H. og Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*, 843–861.
- Draycott, S. og Dabbs, D. (1998). Cognitive dissonance 1: An overview of the literature and its integration into theory and practice in clinical psychology. *British Journal of Clinical Psychology, 37*, 341–353.
- Draycott, S. og Dabbs, D. (1998). Cognitive dissonance 2: A theoretical grounding of motivational interviewing. *British Journal of Clinical Psychology, 37*, 355–364.
- Epstein, S. (1982). Conflict and stress. I L. Goldberger og S. Breznitz (red.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (ss. 49–68). New York: The Free Press.
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Freeman, A. og Jackson, J. (2002). Cognitive behavioural treatment of suicidal behaviour. I S. Gregoris (red.), *Cognitive behaviour therapy* (ss. 49–70). East Sussex, England: Brunner-Routledge.

Kuehlwein, K. T. (2002). Cognitive treatment of depression. I S. Gregoris (red.), *Cognitive behaviour therapy* (ss. 3–48). East Sussex, England: Brunner-Routledge.

Merriam-Webster Online Dictionary (1. november 2003). ”ambi”, ”valence” og ”ambivalence”.  
<http://www.merriam-webster.com/>

Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors*, 21, 835–842.

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 Rollnick, S. (1991). *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior*. New York: Guilford Press.

Miller, W. R. og Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Moyers, T. B. og Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 185–193.

Nye, E. C., Agostinelli, G. og Smith, J. E. (1999). Enhancing alcohol problem recognition: A self-regulation model for the effects of self-focusing and normative information. *Journal of Studies on Alcohol*, 60, 685–693.

Orford, J. (2001). *Excessive appetites: A psychological view of addictions* (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons Ltd.

Patterson, G. R. og Forgatch, M. S. (1985). Therapist behavior as a determinant for client non-compliance: A paradox for the behavior modifier. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 846–851.

Prochaska, J. O. og DiClemente, C. C. (1986). Towards a comprehensive model of change. I U. Miller og N. Heather (red.), *Treating addictive behaviors* (ss. 3–27). New York: Plenum Press.

Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. og Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47, 1102–1114.

Riis, J. M. (1993). *Ambivalens. Et nødvendig begrep i dag?* Hovedoppgave i psykologi, Universitetet i Oslo.

Sandler, J., Dare, C. og Holder, A. (1992). *The patient and the analyst* (2nd ed.). London: Karnac Books.

Shea, S. C. (1998). The chronological assessment of suicide events: A practical interviewing strategy for the elicitation of suicidal ideation. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59 [supplement 20], 58–72.

Treasure, J. og Schmidt, U. (1997). *The clinician's guide to getting better bit(e) by bit(e). A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders*. East Sussex, England: Taylor & Francis.

World Health Organization (1999). *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Oslo: Universitetsforlaget.