

VÄLJA VÄG

UTREDNING, STÖD OCH
BEHANDLING VID ALKOHOL-
OCH NARKOTIKAPROBLEM

SVEN-ERIC ALBORN
KRISTINA BERGLUND
KARIN BOSON
ARNE GERDNER

MOTIVATION OCH BEMÖTANDE

Arne Gerdner
PhD i psykiatri,
Professor i socialt arbete

DET KAN
KÄNNAS SVÅRT
ATT NÄRMA SIG
PROBLEMET
MISSBRUK OCH
BEROENDE

- Missbruk och beroende har kraft över individen
- Starka och ofta upprepade rus innebär kraftig stimulans av lustcentrum.
- Högre hjärnstrukturer dämpas - står för värderande blick och långsiktigt tänkande.

3

TRE NIVÅER AV KOGNITION

DVS TÄNKANDE OCH
INFORMATIONS-
BEHANDLING

1. Automatisk – omedveten – ”autopilot”
2. Medveten – viljemässig – när vi tar ratten och bestämmer.
3. Metakognition – att tänka om det man tänker

I missbruk och beroende tar autopiloten stor plats, på kognitionens och metakognitionens bekostnad.

Förmågan att välja och hålla fast vid val påverkas.

VANLIGA MYTER OM MOTIVATION

- Man **måste vara motiverad** för att det skall vara någon idé med behandling
- Brist på motivation **beror på karaktärsbrist eller förnekande**
- Båda hanteras med **tuff konfrontation** – att 'bryta ner' personens försvar
- Negativa händelser får folk att vakna upp – de **når botten**

Dessa synsätt bör ifrågasättas

5

MYTERNA FÖDER OPROFESSIONELLA BEMÖTANDEN

1. Vissa är ”behandlingsresistenta” – omöjliga att behandla.
Det mest uppgivna bemötandet.
2. Prioritera dem som vill något – övriga får upptäcka ”den hårda vägen”.
Det finns viss möjlighet, men tar inte professionellt ansvar.
3. Resignerat ta över hela ansvaret, se personen som oförmögen och omyndigt omsorgsfall.
Fortfarande uppgivet, men till synes mera mänskligt.
4. Alternativt: Om man skall behandla så måste man vara hård – ”tuff kärlek”.
En aktiv roll, men auktoritär och i värsta fall t o m brutalt förnedrande.

MODERN SYN PÅ MOTIVATION

Motivation är inte en egenskap utan ett tillstånd

Motivation förändras och påverkas i samspel med andra.

Kärnan i all psykosocial behandling – och en del farmakologisk behandling – är att påverka motivationen till förändring.

Man kan inte kräva att personen skall vara motiverad redan innan, som förutsättning för att få behandling.

Motivationsarbete är inte bara något som sker före behandling utan före, under och långt efter behandling – för att upprätthålla förändring.

TRE CENTRALA DELAR I MOTIVATION

1. Mål – idé om ett åtråvärt alternativ till dagens tillvaro
2. Drivkraft – kraft och uthållighet att vandra den vägen
3. Tillit – dvs tilltro till sin egen möjlighet att nå målet, och till hjälpen som erbjuds

Det som framträder som ”bristande motivation” kan därför handla om mycket olika problem och hinder för individen

1. SVÅRT ATT FORMULERA MÅL

För att formulera mål för förändring måste personen

dels se att det finns ett problem,

dels kunna föreställa sig en alternativ tillvaro.

Flera kognitiva processer kan rymma olika hinder, t.ex.

- a. Bristande kunskaper om hur olika saker hänger samband.
- b. Förnekande som psykologiskt försvar
- c. Cerebrala störningar och skador som hindrar kognitiv förmåga att föreställa sig alternativ

Brister i kunskap och förståelse skall ej underskattas

- ...att toleranshöjning är problematisk,
- ...att minnesluckorna är kognitiva störningar som beror av problembruket,
- ...att kontrollförlusterna inte är detsamma som bristande självdisciplin,
- ...att magproblemen, sömnproblemen och känslan av allmän vanmakt har kopplingar till missbruk och beroende.
- Vänder på logiken: problembruket beror på skilsmässan men ser ej att skilsmässan föregicks av problembruk
- Ser olika konkreta problem – men ser ej beroendet
- Man kan oroa sig över bristande kontroll över ena drogen – men tro att man behärskar den andra

Bristande kunskap och förståelse gör det svårare att definiera problemet

Förnekande som psykologiskt försvar

- Förnekande är inte tecken på omoral – inte ”en som ljuger om sitt beteende”
- Det är ett skydd för självkänslan mot outhärdliga känslor av skam, skuld och ångest.
- Hårdkonfrontation – att försöka överbevisa och avslöja – försvagar självkänslan och gör det svårare att se verkligheten.
- Leder ofta tvärtom till starkare försvar – för att skydda självkänslan...
- ...och ofta till mer problembruk – som akut dämpar hjärnans frontallober och därmed känslorna av skam, skuld och ångest.
- Argumentering föder trots och befäster ovilja till förändring.
Man lär sig det man hör sig själv säga.

Långvarigt problembruk
påverkar hjärnan
och medför kognitiva
störningar och skador

Flera kognitiva processer påverkas

- Minnesstörningar
- Försämrade inlärning
- Försämrade igenkänningsförmåga
- Begränsad tidshorisont
- Svårare för abstrakt tänkande
- Störd värderingsförmåga – svårt skilja viktigt från oviktigt, devalverade moraliska värden
- Minskad planeringsförmåga
- Rigiditet i såväl beteenden som tankar

Resultaten

*Metakognitionen - att tänka om det man tänker –
drabbas mest*

Autopiloten får bestämma mer och mer!

Svårare att föreställa sig alternativ

– svårare att formulera mål för förändring!

*Hårda konfrontationer i detta läge är inte bara
verkningslösa*

– de är övergrepp!

2. BRIST PÅ ENERGI OCH DRIVKRAFT

Dålig ork att vandra vägen till
förändring...

...tolkas ofta som bristande vilja

Får skylla sig själv!

Olika bidragande faktorer till bristande ork

- a. Vissa tidigt grundade personlighetsdrag med inslag av asteni, kraftlöshet
- b. Nedsatt kraft pga av allmän nedgångenhet eller odefinierade somatiska sjukdomar
- c. Depression eller annan psykisk sjukdom tar bort kraften – mycket vanligt vid långvarigt missbruk

Inte självvalt

Ingen av dessa faktorer är något man själv valt

Ju tyngre beroendeproblem

– desto vanligare med samsjuklighet

Att vilja är en sak – att orka fortsätta och hålla fast är en annan sak

3. BRIST PÅ TILLIT

Två delar:

Brist på självtillit – tro på egen förmåga att
förändras

Bristande tillit till hjälp som erbjuds

Olika rötter till tillitsbrist

- a. Försummelse och övergrepp i barndom minskar tillit och självtillit – vanligt vid tungt missbruk/beroende – dåligt uppmärksammat i behandling
- b. Svagt eller uttröttat nätverk eller brist på positiva exempel
- c. Lång erfarenhet av en vårdapparat utan ambitioner
- d. Upprepade sociala katastrofer skapar inlärd hjälplöshet, s.k. hopplöshetsdepression eller uppgivenhet (Att ”nå botten” **ger inte** motivation – det **demotiverar!**)
- e. Paranoida drag stärks ibland i missbruk, delvis p.g.a. drogeffekter, delvis av hårt liv med många svek.

PROFESSIONELLAS UPPGIFT

*Den professionelle varken överger eller anklagar
”den omotiverade”*

utan utforskar ”den bristande motivationen”

och tar ansvar för att utveckla den i dialog!

För att göra det möjligt måste ömsesidig tillit byggas

– terapeutisk allians!

GRUNDLÄGGANDE
ATTITYDER SOM
KRÄVS I ALLT ARBETE
MED
MISSBRUK/BEROENDE

- Aktning, respekt
- Ärlighet, äkthet
- Förståelse, empati

Dessa är grunden.

Behövs alltid och räcker ofta långt

Utgå från hur du själv skulle vilja bli bemött!

TYNGRE
PROBLEM KRÄVER
MER AV DEN
PROFESSIONELLE

- Tilltro – tro på någons inre förmåga
- Hopp – att det finns möjligheter
- Engagemang – bry sig om, människokärlek
- Och samtidigt realism:

Se det friska – i medvetande om det sjuka!

SAMMANFATTNING

De som inte verkar ”vilja ta itu med sina liv” kan ha olika hinder

En kanske främst saknar insikt, medan andra saknar ork eller hopp

Vi bör analysera bristande motivation för att kunna hjälpa bättre

Sedan kan vi guida, stärka och peppa dem