



Тренинг

МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ

Руководство для тренера

Душанбе 2011

«СПИД Фонд Восток-Запад» (AIDS Foundation East-West, *AFEW*) – голландская неправительственная гуманитарная организация, работающая в сфере общественного здравоохранения в странах Восточной Европы и Центральной Азии. Цель деятельности «СПИД Фонда Восток-Запад» – снижение уровня распространенности и воздействия эпидемии ВИЧ-инфекции среди представителей уязвимых групп населения.

Проект *AFEW* «Расширение усилий по поддержке национальной стратегии в области ВИЧ» финансируемый Глобальным Фондом по борьбе со СПИД, туберкулезом и малярией

Авторы:

Владимир Магкоев, руководитель общественной организации «РОСТ»

Ягдар Туреханов, программный специалист *AFEW* в Республике Таджикистан.

Общая информация

Целевая аудитория:

- Консультанты.

Цель тренинга:

Обучить участников технологии мотивационного интервьюирования.

Ожидаемые результаты

- Участники тренинга знают цель, задачи и принципы мотивационного интервьюирования.
- Участники тренинга могут провести мотивационное интервьюирование.

Требования к ведущим:

- Опыт проведения мотивационного интервьюирования
- Опыт работы с ПИН, РС, ЛЖВ

Материал предназначен для опытных специалистов и не включает описание типовых процедур (знакомство, сбор ожиданий, принятие правил, обзор предыдущего дня, завершение тренинга и др.). Так же отсутствует четкая программа и временные рамки – предлагается последовательно идущие темы и упражнения к ним. Однако ни последовательность, ни описанные методы работы не являются догмой. Мы предлагаем вам создать свой тренинг, для ваших конкретных участников и основанный на вашей конкретной ситуации. Все, что идет ниже – лишь вспомогательный материал.

В приложении №1 вариант анкеты для оценки эффективности тренинга. Можно провести анкетирование до и после тренинга и сравнить результаты.

Приложения №2-4 – это раздаточные материалы. Можно выдавать их участникам в конце дня для самостоятельного изучения, как домашнее задание, а утром следующего дня обсуждать возникшие вопросы.

Ведение тренинга

Теория

Все теоретические вопросы необходимо детально обсудить в ходе общих дискуссий, групповых работ и т.д. Каждый участник должен четко понимать о чем идет речь и зачем это нужно.

Мотивация

Мотив – внутренний или внешний стимул, побуждающий человека сделать что-то, или не делать чего-то

Мотивация – система мотивов (стимулов) в отношении какого-то действия/ поведения. Мотивация определяет степень вероятности того, что человек будет меняться

Мотивационное интервьюирование¹

Мотивационное интервьюирование (МИ) – это техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменения поведения. МИ объединяет самые эффективные и в то же время простые приемы ведения беседы (вопросы, слушание, подведение итогов и поддержка). МИ – это процесс, совместного с консультантом рассмотрения стимулов, побуждающих человека к принятию решения и действию или бездействию по отношению к какой-либо ситуации.

В профилактике ВИЧ МИ может применяться во всех случаях, связанных с необходимостью изменения рискованного поведения. Например, МИ в профилактической работе с ПИН может способствовать решению следующих задач:

1. Переход клиента к менее рискованному употреблению наркотиков (неинъекционное употребление, использование стерильного инструментария);
2. Решение клиента отказаться от употребления наркотика;
3. Снижение риска криминального поведения клиента;
4. Переход клиента к менее рискованному сексуальному поведению (всегда использовать презерватив, периодически проходить обследование, не практиковать проникающий секс и т. д.);
5. Обращение клиента в медицинские учреждения для обследования (в том числе для тестирования на ВИЧ) и лечения.

Консультант работает над тем, чтобы клиент:

1. Начал размышлять о своем поведении;
2. Определился в том, насколько он готов изменить что-либо в своем поведении;
3. Определился, каким образом лучше действовать, осуществляя запланированные изменения.

¹ <http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/motivationinterview/pdf/mg6.pdf>

В целом это создает условия для развития в клиенте осознанности, самостоятельности и ответственности за свою жизнь. В процессе МИ большое внимание уделяется совместному с клиентом исследованию «Амбивалентности» – противоречивых мотивов поведения. Речь идет о несовместимости текущего рискованного поведения клиента (например, связанного с употреблением наркотиков), с одной стороны, и его планов на будущее – с другой. Важно чтобы клиент самостоятельно осознал эту несовместимость и осознанно выбрал бы тот или иной вариант поведения, подробно рассмотрев все его преимущества и недостатки.

В МИ клиент является центральным звеном, ответственным за изменение. Все преимущества и последствия происходящих перемен, определяются клиентом. МИ стремится к тому, чтобы помочь клиенту выразить, проанализировать и разрешить все сомнения относительно изменения поведения. В МИ консультант инструктирует клиента о том, КАК и с помощью КАКИХ ПРИЁМОВ преодолеть сомнения, но НЕ инструктирует о том, каким должно быть решение.

Преимущества МИ

- Низкая стоимость. С самого начала метод МИ разрабатывался как краткосрочная консультативная помощь, что предполагает сравнительно небольшие затраты. МИ не предполагает обязательно длительных отношений клиент-консультант. Даже одной встречи иногда бывает достаточно для запуска процесса изменений.
- Эффективность. МИ показало, что служит хорошим инструментом изменения поведения, связанного с высоким риском (например, употребление инъекционных наркотиков).
- Устойчивость результатов. МИ направлено на стимулирование собственных ресурсов клиента для изменения.
- Совместимость с другими подходами к терапии. МИ может проводиться как в терапевтических программах, так и в профилактических программах, предполагающих непродолжительное общение с клиентом (например, на консультационном пункте ВИЧ-сервисной организации).

Философия МИ

Импульс к изменению поведения возникает из собственных мотивов самого клиента. Сам клиент начинает говорить о необходимости перемен. Обстоятельства не могут вынудить его измениться, если он сам этого не захочет. Основная проблема клиента – амбивалентность по отношению к перемене, сомнения. О работе с амбивалентностью см. приложения №3-4.

Часто под изменением поведения понимается радикальное изменение образа жизни клиента, например наркопотребитель полностью отказывается от наркотиков, или секс-работница выходит из секс-бизнеса. Однако опыт и здравый смысл подсказывает, что достичь таких изменений довольно сложно, а порой и невозможно, тем более за короткий срок. Но с другой стороны любое изменение к лучшему это уже победа. Например, если наркопотребитель стал чаще использовать стерильные шприцы или секс-работница чаще использует презерватив – это уже значительный шаг, как для их здоровья, так и для здоровья населения в целом. Клиент двигается в сторону изменений с той скоростью, на которую он сейчас способен и любые попытки «тянуть» его могут привести либо к усилению сопротивления, либо к разочарованиям. МИ предполагает помощь клиенту в самостоятельной работе над собой, достижении его целей, выбранными им методами с его скоростью.

Принципы МИ

1. Сопереживать клиенту: принять без критики или порицания; не обязательно соглашаться или одобрять, но показать, что клиент заслуживает понимания.
2. Выделять противоречия: проникнуть в систему ценностей клиента и его глубинные стремления и показать контраст между возможностью их достижения и текущим поведением
3. Избегать споров: споры с клиентами, попытки убедить и доказать провоцируют их сопротивление, демонстративную реакцию, обратную желаемой.
4. Снижать сопротивление: перефразировать утверждения и высказывания клиента так, чтобы доводы, приводимые клиентом против изменения превратить в доводы «за» (например, «жена постоянно упрекает» - «жена беспокоится»).
5. Поддерживать уверенность клиента в себе: воспитывать в клиенте веру в свои силы, осознание ресурсов; поддерживать надежду и оптимизм

Приёмы (стратегии) МИ

- Открытые вопросы
- Поощрение и поддержка
- Отражение, отражающее выслушивание
- Суммирование (подытоживание)
- Побуждение к самомотивирующим высказываниям
- Как задавать открытые вопросы?
- Принципы формулирования открытых вопросов
- Не задавайте вопрос так, чтобы на него можно было ответить односложно, например, «да» или «нет» (закрытые вопросы).
- Начинайте вопросы со слов: «что», «зачем», «почему», «как» (открытые вопросы).

Модель изменения поведения

Модель изменения поведения (Прочаска, ДиКлименте) подробно описана в приложении №2. С точки зрения аддиктологии это пример позитивного взгляда на природу зависимости в отличие от традиционного «наркологического» подхода, который предполагает, что человек, зависимый от ПАВ неизбежно движется в сторону психической деградации. Модель помогает консультанту и клиенту видеть во всех проявлениях заболевания (зависимости) возможности для изменения к лучшему.

С другой стороны модель помогает понять, что каждая стадия требует своего подхода. например, если человек не связывает свои проблемы со своим поведением, обсуждение решения об изменении поведения приведет к непониманию и сопротивлению вмешательствам.

Практика

Практика – это то, что делает ваше мероприятие тренингом. Без практических занятий оно будет называться лекцией, в лучшем случае семинаром. А практика возможна, если ведущий сам в состоянии показать то, чему пытается научить других. Поэтому, если вы не умеете консультировать или боитесь это делать перед группой учащихся, готовых разорвать вас в клочья своей критикой – лучше не беритесь проводить тренинг по консультированию.

Вот как мы предлагаем проводить практические занятия:

I. Демонстрация

Ведущий предлагает добровольцу из числа учащихся сыграть роль клиента (любого, но желательно из тех, с кем этот человек работает в реальной жизни). Ведущий играет роль консультанта. После демонстрации спросите «клиента» – как он себя чувствует и, получил ли он то, что хотел. После этого обратитесь к группе – «Кто, на что обратил внимание? Что, в моем поведении показалось вам странным или неправильным?». При получении критических замечаний ни в коем случае нельзя оправдываться (оправданием считается все, кроме слов – «Спасибо, понятно, что еще?» и т.д.). Вместо этого спросите – «Как бы вы повели себя на месте консультанта?».

II. Аквариум

После двух-трех демонстраций проведите ролевую игру, в которой роли клиента и консультанта будут играть участники тренинга. Все остальные участники, включая вас, замолкают и не вмешиваются в процесс до тех пор, пока «консультант» не скажет, что закончил. По завершении проводится такая же обратная связь, как и во время демонстрации. Задача ведущего, удерживать дискуссию в конструктивном русле – «Все ли вопросы были обсуждены? Что можно было сделать по-другому? Зачем? и т.д.».

III. Работа в парах

После двух-трех «Аквариумов» предложите участникам выбрать себе партнера и провести консультирование (или продемонстрировать отдельную технику), где один играет роль клиента, другой консультанта, затем наоборот. После, обратная связь – «Кто, что чувствовал, к каким выводам пришел и т.д.».

Итогом всех практических занятий должно стать осознание участниками того факта, что консультантом становятся, только консультируя и консультируя постоянно, при любой возможности – на работе, дома, с друзьями и т.д. Без постоянной практики стать консультантом не возможно.

Модель изменения поведения

Для закрепления материала по модели изменения поведения, мы предлагаем (после презентации самой модели) предложить участникам вспомнить свое поведение, которое они хотят изменить и попробовать определить на какой стадии процесса они сейчас находятся.

После этого можно провести консультирование, не соответствующее стадии изменения поведения данного «клиента». Чувства и мысли «клиента» могут стать иллюстрацией того, что чувствуют люди, подвергаясь неадекватным вмешательствам.

Парафраз

Парафраз – это повторение слов клиента в утвердительной форме. После того как клиент высказал какую-либо законченную мысль, консультант в краткой форме подытоживает все услышанное.

Клиент: Я понимаю, что мне нужно к врачу. Но я не хочу, чтобы меня ставили на учет, как наркомана. И вообще, Вы знаете, как там относятся к таким как я...

Консультант: Боитесь, что у вас будут проблемы если вас поставят на учет, думаете, могут оскорбить...

Клиент: Оскорбить-то ладно... А учет мне не нужен, легче самому выпустить этот гной...

Применяя отражение, консультант получает возможность уточнить, правильно ли он понял клиента. Таким образом, и клиент, услышав свои мысли со стороны, начинает осознавать то, чего именно он хочет на самом деле.

В следующем примере показано как консультант помогает клиенту разглядеть противоречивость своих желаний (амбивалентность). Важно помнить, что отражение амбивалентности ни в коем случае не предполагает издевательского, насмешливого тона. Консультант не «ловит» клиента на слове, а корректно уточняет, правильно ли он его понял.

Клиент: Я хочу, чтобы он полностью доверял мне. Поэтому я и скрываю от него некоторые вещи. Мне кажется, если он узнает другую сторону моей жизни – он перестанет мне доверять...

Консультант: Вы что-то от него **скрываете** и хотите, чтобы он полностью Вам **доверял**...

Следует отметить, что отражаются, не только мысли, но и чувства клиента. Это помогает клиенту разобраться в мотивах своего поведения. Для этого мы, уточняем, правильно ли мы поняли чувства клиента.

Клиент: Он договаривается с милицией. Если я буду одна – они в любой момент могут забрать меня, а что потом будет с ребенком?

Консультант: То есть, больше всего Вас **пугает** встреча с милицией...

Клиент: Не встреча, а то, что мой ребенок останется один, никому не нужный!

Консультант: Вы **волнуетесь** за то, что что-то может произойти с Вашим ребенком, пока Вас нет...

Клиент: Да, вот именно, я хочу чтобы она никогда не чувствовала себя брошенной...

Практика парафразы проводится по общей схеме, предложенной выше: демонстрация – аквариум – работа в парах.

Баланс принятия решения

Важно понимать, что любое рискованное поведение, каким бы деструктивным оно нам ни казалось, несет в себе и определенные плюсы. Например, состояние наркотического опьянения может перевешивать для клиента все связанные с этим негативные последствия. А менее рискованное поведение, может таить в себе определенные минусы.

Консультант: Представьте, что Вы теперь используете презерватив при каждом половом контакте – что Вам это даст?

Клиент: Я буду чувствовать себя более уверенно в плане здоровья, буду менее напряженной во время работы...

Консультант: А чего Вы можете лишиться при этом, что можете потерять?

Клиент: Мне придется обсуждать все это с клиентами, как-то убеждать их. Это может сказаться на размере оплаты. Некоторые клиенты, услышав об этом, могут разозлиться, пустить в ход руки...

После того, как клиент четко осознал, что он хочет изменить свое поведение, важно, осознать и последствия изменений и быть к ним готовым. Отсутствие этой готовности часто приводит к рецидивам прежнего поведения.

Практика мотивационного интервьюирования

Необходимо отработать мотивационное интервьюирование с разными клиентами. Примеры: наркопотребитель (попытка «снизить дозу»), секс-работница (использование презерватива при каждом половом контакте), МСМ, трудовой мигрант, бывший осужденный, студент, домохозяйка и др. Клиентов, как и консультантов, естественно, играют участники тренинга.

Оценка эффективности тренинга

Анкета

Уважаемый участник тренинга!

Предлагаемое Вашему вниманию анкетирование является частью работы, проводимой «СПИД Фондом Восток-Запад». Целью настоящего опроса является оценка эффективности тренинга. Результаты исследования будут использованы для планирования и проведения дальнейших обучающих мероприятий. В случае, если Вы не хотите участвовать в настоящем анкетировании, Вы можете отказаться. Это решение никоим образом не повлияет на перспективы Вашего участия в других мероприятиях и программах, проводимых «СПИД Фондом Восток-Запад».

Понятна ли Вам эта информация? Да Нет

Мы гарантируем полную конфиденциальность Ваших ответов на вопросы, содержащихся во всех анкетах.

Дата анкетирования	число	месяц	год
Регион (область, город, поселок)			
Специальность	1. Медицинский специалист 2. Консультант 3. Аутрич-работник 4. Волонтер 5. Другое		
Уникальный код идентификации респондента Например, если имя Вашей матери - Мадина, Вашего отца – Рустам, вы мужчина, и Вы родились в 1970 году, то Ваш код: [МА] [РУ] [1] [70]	Введите первые две буквы имени матери Первые две буквы имени отца Пол 1 – мужской, 2 – женский Две последние цифры года рождения <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
1.	Мотивационное интервьюирование включает (несколько правильных ответов)	1. Советы; 2. Целенаправленную беседу; 3. Обещания невозможного; 4. Внимательное выслушивание клиента; 5. Допрос клиента; 6. Не знаю.	

2.	Мотивационное интервьюирование включает (несколько правильных ответов)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Осуждение клиента; 2. Помощь клиенту в его рассказе; 3. Предоставление достоверной информации; 4. Принятие решений за клиента; 5. Критику поступков клиента; 6. Не знаю.
3.	Мотивационное интервьюирование включает (несколько правильных ответов)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Навязывание клиенту собственных убеждений; 2. Споры с клиентом; 3. Помощь в принятии информированного решения; 4. Нотации и наставления; 5. Помощь в развитии позитивного отношения к жизни; 6. Не знаю.
4.	Амбивалентность это (один правильный ответ)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Одновременное существование двух патологических мотивов; 2. Одновременное существование двух аналогичных мотивов; 3. Одновременное существование двух противоречивых мотивов; 4. Не знаю.
5.	Перечислите принципы мотивационного интервьюирования	<ol style="list-style-type: none"> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. Не знаю

Модель изменения поведения: Практические выводы для социальной работы с клиентами, зависимыми от ПАВ

Патриция С. Данн

Клиенты с проблемами, связанными с алкоголем, табаком и другими психоактивными веществами (далее ПАВ), имеют различные стили жизни, культуру, окружающую среду, степени серьезности проблем с ПАВ и обуславливающие их причины. Эти различия требуют глубокого знания диапазона подходов, методов и техник проведения оценки и интервенций. Мы подчеркиваем важность наличия у специалиста по проблемам ПАВ целого набора практических теорий и подходов, отвечающих принципам модели разумной практики. Социальный работник по ПАВ, основывающийся на общепризнанной миссии данной профессии – повысить уровень социального функционирования и содействовать взаимодействию между людьми и окружающей их средой, где оба фактора являются в то же время переменными величинами изменения поведения – должен уделять внимание тому, насколько хорошо модели теоретические и практические, относящиеся к ПАВ, отвечают миссии и руководящим принципам данной профессии.

Особое акцентирование социальной работы на личности-в-окружающей среде требует существования многомодульной практической перспективы. Практик по социальной работе не только должен иметь глубокие познания в области интервентивных подходов, но также и по схеме их соответствующего подбора под различных клиентов. Мы выбрали модель стадий изменения поведения, разработанную Прохаской, ДиКлименте и Нокроссом для включения в настоящую книгу потому, что она является интегрируемой (транстеоретической) моделью, совместимой с миссией и концепциями социальной работы. В ходе имперических исследований появляются впечатляющие доказательства ее ценности и значимости. Модель основана на ряде теоретических подходов и интервентивных методов и техник. Далее будет рассказано о том, как возникла модель, ее характерные черты и выводы для социальной работы по ПАВ.

Модель стадий изменений поведения

Как меняются люди? Какие мероприятия и методики в результате вызывают изменения в поведении и мыслях. Прочаска, ДиКлименте, Нокросс и их коллеги изучили более 400 видов психотерапий в своем стремлении найти ответы на эти вопросы. Они дали следующее определение психотерапии:

«Неформальное и намеренное применение клинических методов и межличностных позиций, полученных из сложившихся психологических принципов, с целью оказания содействия людям в изменении своего поведения, эмоций, и\ или других персональных характеристик в сторону направлений, которые участники считают желательным» (Прочаска и Нокросс, 1994, стр.6).

Транстеоретический анализ психотерапии

Вместо того, чтобы анализировать более 400 с лишним методик, которые согласно утверждениям помогают людям измениться, Прочаска и Нокросс (1994) выбрали 12 главных систем

для сравнительного анализа. Системы были отобраны исходя из частоты их использования психологами, социальными работниками и психиатрами, и детально рассмотрены в ходе двух исследований (Норкросс и Прочаска, 1986; Норкросс, Страуссер и Миссар, 1988). В таблице 5-1 представлены результаты этого анализа. Другие системы терапии не были учтены, если они «умирали естественной смертью», были слабо развиты, или были вариацией методик, уже включенных в анализ. Тем не менее, ни одна система не была исключена из списка, если хотя бы 1 процент профессиональных работников США в области психического здоровья использовали ее как свою основную теоретическую ориентацию.

Прочаска и коллеги после этого изучили все ведущие системы терапии, чтобы определить их общие черты. Они узнали, что, несмотря на теоретические различия, такие как этиология проблем клиента, в них всех существует «ярко выраженное ядро психиатрии» (Прочаска и Норкросс, 1994). Их анализ выявил, что психотерапии имеют 2 общие черты: позитивные ожидания клиента и способствующие терапевтические отношения. При более тщательном исследовании этих психотерапий, которые определяют ожидания клиента как важные показатели исхода терапии, результаты стали общими. Прочаска и Норкросс утверждали, что, хотя ожидания клиента еще должны быть признаны как основной фактор, позволяющий прогнозировать изменение, они, тем не менее, рассматриваются основными психотерапиями как предпосылка для продолжения терапии.

Таблица 5-1. Основные теоретические ориентации американских психотерапевтов, выраженные в процентах

Ориентация	Психологи	Консультанты	Психиатры	Социальные работники	Всего (818)
Адлеровская	1	2	1	1	1
Поведенческая	8	6	1	4	5
Когнитивная	8	10	1	4	5
Эклектическая или интегративная	34	37	53	34	38
Экзистенциальный или гуманистический	4	13	1	3	5
Гештальт	2	2	1	1	1
Межличностная или Салливианская	2	1	3	1	2
Психоаналитическая	11	2	16	11	11
Психодинамика	18	9	19	22	19
Роджерсовская или личностно-центрированная	1	8	0	2	3
Системы	7	7	1	13	7
Другие	4	3	3	4	3

Источник: Прочаска и Норкросс (1994)

Другим основным открытием их исследования в поисках общих факторов была важность развития терапевтических отношений. Тип отношений и их важность варьируют согласно теоретической ориентации терапевта. Радикальные поведенческие методики рассматривают отношения с клиентами в основном как оказание им помощи в технических вопросах, таких как предоставление материала и программных средств. Для когнитивных терапевтов, отношение клиент-терапевт является необходимой предпосылкой для начала терапии. С другой

стороны, Роджерс и Янг рассматривают отношения клиент – терапевт как существенный фактор, который вызывает изменение поведения. Психоаналитики также делают большое ударение на важности терапевтических отношений. Они полагают, что отношения между клиентом и терапевтом являются основным источником содержания, которое должно быть проведено в ходе терапии, так как оно переносит межличностное поведение клиента прямо в кабинет консультирования. В дополнение к важности терапевтических отношений, Прочаска и Норкросс, основываясь на работах других исследователей, предложили наличие других общих черт среди главных групп терапий, которые влияют на изменение клиента. Этими факторами были «теплый, вдохновляющий, и социально приемлемый терапевт; возможность реагирования (катарсис); приобретение и практическое применения нового поведения; изучение внутреннего мира пациента; предположения (предложения); и межличностное познание» (1994, стр. 11).

Как меняются люди – Какие процессы они используют?

Прочаска, Норкросс и ДиКлименте (1994) были особенно заинтересованы определением общих методик, используемых для достижения изменения поведения. Их транстеоретический анализ не только выявил основные схожие черты среди различных систем терапий, то также сократил количество терапевтических методов, используемых профессионалами, которые придерживаются различных теоретических ориентаций. Они обнаружили, что методы, используемые для направления изменения, могут быть сокращены до девяти основных процессов. Процессы изменения – это те «скрытые и явные действия, в которые вовлекаются люди для изменения аффекта, мышления, поведения или отношений, связанных с конкретной проблемой или более общего образа жизни». Эти процессы изменения используются профессиональными практиками, а также людьми, меняющимися без какой-либо формальной помощи. Прочаска, Норкросс и ДиКлименте (1994) предостерегали от ошибки спутывания между собой методов и процессов. Каждый процесс включает в себя широкую стратегию, которая может иметь в себе ряд методов и технических приемов, связанных с различными системами психотерапии. В таблице 5-2 показаны процессы изменения и некоторые технические приемы, приемлемые для каждого процесса. Давайте изучим каждый из девяти процессов изменения и то, как они могут быть применены в отношении проблем с ПАВ.

Повышение сознательности является стратегией, направленной на предоставление информации о проблеме, и как она повлияет на других. Информация об эффекте алкоголя на печень, эффекте, который оказывают сигареты с ментолом на прекращение курения, или семья, которая высказывает одному из членов свои беспокойства по поводу потребления им кокаина, являются примерами интервентивных методов, которые направлены на возведение проблемы на уровень сознания.

Социальное освобождение (либерация) включает в себя создание большего количества выборов (возможностей, альтернатив) и предложение оказания общественной поддержки людям, которые желают измениться. Примерами данного процесса могут быть отсутствие алкоголя на вечеринках; не разрешение курения в зданиях или на территории заведения; участие в, создание, и лоббирование политик, которые усложняют для детей и подростков покупку сигарет; и вступление в группы взаимопомощи. Социальное освобождение придает силы; оно повышает самоуважение и делает возможным дальнейшие действия.

Эмоциональное пробуждение идет параллельно повышению сознательности, но затрагивает более глубокий уровень чувств. Оно вовлекает больше эмоций в ходе процесса познания о проблеме и ее воздействии на самого пациента. Ролевые игры, фильмы, оплакивание траги-

ческих потерь, таких как гибель родителя от рака легких, вызванного курением сигарет, посещение мероприятий, посвященных незаконному потреблению наркотиков и общественные выступления являются примерами методов эмоционального пробуждения.

Переоценка самого себя состоит из оценки проблемы и вновь приходящих на ум мыслей о своей значимости. В процессе переоценки самого себя используется разъяснение ценностей, образность, и переосмысление проблемы. Этот процесс позволяет человеку определить, каким он может стать, когда сможет побороть свою проблему. Мать, желающая вновь завоевать уважение детей и мужа, представляет их положительную реакцию, когда она перестанет употреблять наркотики.

Решимость (принятие обязательства) влечет за собой ответственность изменить свое поведение, сначала сказав самому себе, а затем другим (семья, друзья, коллеги) о решении поменяться. Это оказывает дополнительное воздействие на человека, для того, чтобы он продолжал меняться. Это также имеет дополнительную пользу в виду того, что возможно получение поддержки от других в усилиях клиента поменяться. Подросток, который говорит членам своей семьи, лучшему другу и членам своего молодежного кружка о том, что он больше не будет курить, является иллюстрацией решимости (принятия обязательства).

Противопоставление заменяет проблематичные поведения здоровым поведением. Использование техники расслабления и чаев, таких как ромашковый, вместо алкоголя, и поход в кинотеатр вместе с другом вместо того, чтобы идти на вечеринку, где наверняка будут нюхать кокаин, являются примерами метода противопоставления. Деятельностью по противопоставлению может быть замена на любой здоровый вид деятельности; трудность состоит в том, чтобы найти то занятие, которое будет «работать».

Контроль над окружающей средой схож с противопоставлением. Он также является процессом избегания стимулов, которые провоцируют проблемное поведение. Но вместо того, чтобы контролировать внутреннюю реакцию, выстраивается соответствующая внешняя окружающая среда. Изменение маршрута на работу и обратно домой для того, чтобы избежать участка дороги, который ведет к точке, где продаются наркотики, которая раньше была обычной остановкой для клиента, избавление от всех алкогольных напитков дома, чтобы избежать риска выпить, - все это является путями контроля над окружающей средой.

Вознаграждение является процессом использования позитивного закрепления изменения поведения путем вознаграждения самого себя или получения вознаграждения от других. Самовосхваление, похвала со стороны других, трата денег, сэкономленных за счет отказа от покупки спиртного или других наркотиков, покупка самому себе специального «подарка», за то, что достиг определенной цели, - это является вознаграждением, которое помогает продолжать изменять свое поведение. Наказание редко используется успешными практиками по проблемам ПАВ или же людьми, кто меняются без какой-либо формальной помощи. Наказание не только сомнительно с этической точки зрения; оно имеет тенденцию только подавлять проблемное поведение на определенное время, вместо того, чтобы вести к устойчивому изменению поведения (Прочаска, Норкросс, ДиКлименте, 1994)

Отношения, оказывающие помощь, последний из процессов изменения поведения, является наиболее часто используемым процессом изменения в психиатрии. Поддержка, понимание и признание других имеет критическое значение для тех, кто получает терапевтическую помощь и тех, кто меняется без получения формальной терапии. Заботящийся консультант-

практик, члены семьи, друзья и коллеги оказывают поддержку в том, чтобы человек начал изменяться и поддерживал это поведение.

Когда происходит перемена?

Процессы изменения поведения лучше всего работают, когда они используются в соответствующее время или стадии жизни клиента. Эти «стадии изменения» являются временными величинами, когда происходят сдвиги в отношении, намерении и поведении. Прочаска и его коллеги определили 6 таких стадий:

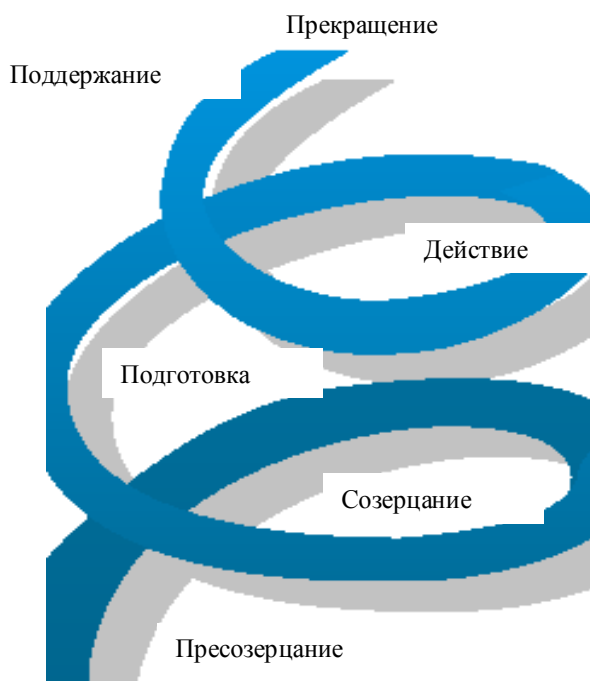
1. **Пресозерцание** – не знать или недостаточно знать о проблеме и не иметь никаких намерений, поменяться в ближайшем будущем;
2. **Созерцание** – признание проблемы и желание сделать что-нибудь по поводу нее, но еще не предпринимаются никакие шаги;
3. **Подготовка** – признание того, что проблема существует и начало выполнения действий, чтобы сделать какие-то изменения;
4. **Действие** – изменение проблемных поведений и достижение каких-то отметок или целей;
5. **Поддержание** – поддержание измененного поведения, по крайней мере, в течение 6 месяцев или более после первоначального действия, и работа по профилактике рецидива;
6. **Прекращение** – конечная цель, когда проблема более не представляет соблазна и проблемное поведение более не вернется.

Эти шесть состояний изменения по своей природе являются спиралевидными и циклическими. Не каждый человек завершает цикл. Некоторые множество раз проходят его вновь и вновь; другие остаются на одной или другой стадиях, никогда не покидая цикл. Рисунок 5-1 наглядно показывает этот спиралевидный процесс.

Некоторые процессы являются более подходящими для продвижения людей вперед навстречу изменению на определенной стадии готовности, чем другие. Многие люди, кто курит или зависим от алкоголя или других наркотиков сообщают о многочисленных попытках бросить, или же уменьшить свое проблемное поведение до того как им это, наконец, удастся сделать; некоторым так это и не удастся. Рисунок 5-1 отображает, как многие люди вовлекаются в процесс изменения; очень мало, кто продвигается в систематизированном порядке (нога в ногу) от пресозерцания до прекращения, и большинство на каком-то участке возвращаются на раннюю стадию. Рецидив является скорее правилом, чем исключением. Представление модели готовности к изменению как спиральной, а не линейной, позволяет понять рецидивную природу проблемных поведений, в особенности злоупотребления и зависимости от алкоголя, табака и других наркотиков.

Люди, которые изменяют своё поведение с или без формальной помощи используют определенные процессы изменения более часто, чем другие. Это привело Прохаску, ДиКлименте и Норкросса (1992) к заключению, что одним из самых важных результатов их исследования было интеграция между процессами и стадиями изменения. Существуют определенные процессы, которые более уместны на определенной стадии или в определенное время для оказания помощи человеку в продвижение вперед. Таблица 5-3 иллюстрирует эту интеграцию. Деятельность по повышению сознательности и эмоциональному пробуждению является более полезной и более часто используются для созерцателей. Люди на стадии подготовки, начинающие изменять свое проблемное поведение, получают больше пользы от переоценки самого себя, деятельности, которая началась на стадии созерцания. Самооценка, как и эмоциональное пробуждение, является критическим мостом при движении от созерцания к дейст-

вию, тогда как лица, которые достигают успеха в изменении своего поведения и работают на стадии поддержания тех изменений, больше полагаются на вознаграждение, противопоставлении, смене окружающей среды и поддерживающих отношениях. (Прочаска, ДиКлименте, Норкросс, 1992).



Транстеоретическая модель изменения – которая включает в себя циклическое движение через определенные стадии изменения поведения, общий набор процессов изменения и систематическую интеграцию этих стадий и процессов изменения – была протестирована в течение десятилетия на различных группах населения и большом разнообразии проблем (курение, злоупотребление алкоголем и зависимость, потребление незаконных наркотиков, нарушение питания, депрессия, беспокойства, азартные игры, незащищенный секс, физическое насилие, сидячий образ жизни). Доказательством, которое подтверждает состоятельность модели, состоит в том, что когда соответствующие личностные и относящиеся к окружающей среде процессы происходят в соответствии с состоянием готовности к изменению, результат таких интервенций является эффективным.

Рисунок 5-1. Стадии Изменения Поведения. Источник: Прочаска, Норкросс, ДиКлименте (1994)

Таблица 5-3. Стадии изменения, на которых особые процессы изменения являются наиболее полезными

Пресозерцание	Созерцание	Подготовка	Действие	Поддержание
Повышение сознания	→			
Социальное освобождение	→			
	Эмоциональное побуждение	→		
	Переоценка самого себя	→		
		Решимость (обязательство)	→	
			Вознаграждение	→
			Противопоставление	→
			Контроль над окружающей средой	→
			Поддерживающее отношения	→

Источник: Прочаска, Норкросс, ДиКлименте (1994)

Важность соответствия подбора методов стадиям развития

Многие люди, которых направляют к социальным работникам и практикам, близким к ним за получением помощи по проблемам ПАВ, еще не начали менять своё поведение. Они не приходят на свой первый прием, или же перестают приходить на ранних стадиях лечения. Также довольно часто практики предлагают ориентированные на действие мероприятия (услуги), которые не только не соответствуют стадии готовности клиента к изменению, но также не способствуют их привлечению и построению взаимоотношений. Привлечение не происходит из-за несоответствия стадии изменения поведения клиента с лечебными процессами, используемыми практиком. Прочаска, ДиКлименте и Норкросс (1992), в совокупности исследований программ по прекращению курения среди различных групп населения обнаружили, что 10-15 процентов курильщиков в терапевтических условиях были готовы к действиям, около 30-40 процентов были созерцателями, и 50-60 процентов были пресозерцателями. Они пришли к выводу, что если эти данные верны и в отношении других проблем поведения, то в этом случае профессионалы, которые используют ориентированные на действие программы, не предоставляют в достаточной мере, неправильно предоставляют, или же не предоставляют вообще услуг большинству из своей целевой группы. Эти данные увеличивают для социальных работников важность руководящего принципа: «Начинайте отсюда, где находится ваш клиент».

«Начинайте от туда, где находится ваш клиент» означает оценку готовности клиента к изменениям (стадия изменения), и на этой основе выбора соответствующих воздействий (процессов). Это не так просто, как кажется. Соответствующий подбор процессов к стадиям требует не только тщательного понимания этих процессов и стадий, но и связи концептуализации проблем клиента, связанных со злоупотреблением и зависимостью от наркотиков, и их воздействием, и испытывают воздействие со стороны его или ее социальной среды.

Определение стадии готовности клиента к изменению и соответствия лечебных процессов, наиболее подходящих для продвижения клиента вперед по стадиям – это не единственная пара, соответствие которой должен учитывать практик. Каждый процесс изменения содержит множество методов и техник, выбор которых основан на переменных данных о клиенте, таких как возраст, характеристики личности, культуральные факторы, образ жизни, предыдущий случай участия в терапии, серьезность проблем с ПАВ, и имеющиеся ресурсы, относящиеся к внешней среде клиента. Эти переменные становятся критериями для выбора тех методов и технических приемов, составляющих определенный процесс изменения, наиболее соответствующий стадии готовности клиента к изменению. Например, как только было установлено, что клиент еще серьезно не обдумывал прекращение курения, какой из методов по повышению сознательности является лучшим выбором для продвижения клиента вперед? Здесь должны быть рассмотрены факторы, такие как возраст, уровень рискованного поведения, пол, культура, и длительность употребления табака или марихуаны.

Практические выводы для социальной работы по алкоголю, табаку и другим ПАВ

Модель стадий изменения поведения хорошо сочетается с ориентацией социальной работы на решение проблем путем осуществления этой работы совместно с клиентом и видения ее глазами клиентов. Решение проблем включает в себя вовлечение и развитие отношений с клиентами; изучение и оценку их проблем; определение целей и разработку планов действия;

осуществление плана действий; и оценку степени осуществления этих планов и достижения целей. Модель стадий и процессов изменения, применительно к практической социальной работе с имеющими проблемы с ПАВ клиентами, дает руководства к размышлению о методах и техниках, которые могут быть применены в отношении клиентов на каждой стадии решения проблем. Признание готовности к изменениям и процессов, которые необходимы для достижения перемен, помогает практикам продвигаться рационально и эффективно по этапам решения проблем вместе с самим клиентом.

Вовлечение и оценка

Используя краеугольный камень терапии, терапевтические отношения, практик начинает с того этапа, на котором находится клиент путем способствования тому, чтобы клиент сам оценил свою стадию готовности к изменению. Прочаска, Норкросс, ДиКлименте (1994) в своей книге, написанной для тех, кто интересуется изменением в лучшую сторону без использования формальной помощи, предложили довольно простой подход к оценке: ответить да или нет на четыре вопроса. Эти вопросы должны быть заданы только когда полное понимание того, что «составляет (означает) выздоровление» известно человеку, с проблемой. Ударение ставится на решении проблемы, а не просто ее улучшении. Не достаточно, например, перейти на курение легких, с низким содержанием никотина сигарет, или уменьшить количество выкуриваемых сигарет; решение проблемы означает бросить курить вообще. Согласно Прочаске, Норкроссу, ДиКлименте, клиент должен четко понимать действия, которые предлагают профессионалы медицины, ставя клиента в позицию минимального риска страдания от проблем, вызванных конкретным поведением. Только после того, как решение проблемы понятно для клиента, он может аккуратно ответить на вопросы и оценить свою стадию изменения поведения. Таблица 5-4 отображает решения проблемного поведения, связанного с употреблением наркотиков, алкоголя и табака.

Таблица 5-4. Критерии решения проблемных поведений

Проблемное поведение	Критерий решения
Курение	Абстиненция
Злоупотребление наркотиков	Абстиненция
Алкоголизм	Абстиненция
Проблемное употребление спиртного	Абстиненция, иногда; или не более 14 рюмок в неделю, при том, что за раз выпивается не более 5 рюмок

Источник: Прочаска, Норкросс, ДиКлименте (1994)

Как только клиентам понятны действия, которые нужно предпринять для того, чтобы избавиться от проблемного поведения, нужно дать ответ на следующие 4 вопроса, отвечая да или нет:

1. Я решил свою проблему более 6 месяцев тому назад.
2. Я предпринял действия по своей проблеме в рамках последних 6 месяцев.
3. Я намереваюсь предпринять действия в следующем месяце.
4. Я намереваюсь предпринять действия в течение следующих 6 месяцев.

Если ответ на все 4 вопроса – это «нет», значит, стадия изменения респондента пресозерцание. Ответ «да» на четвертый вопрос означает, что клиент находится на стадии созерцания. Стадия подготовки становится очевидной, когда дается утвердительный ответ на вопросы 3 и 4. «Да» на второй вопрос и «нет» на первый означает, что клиент уже начал предпринимать действия для избавления от проблемного поведения. Клиент поддерживает свободное от проблемы поведение, если ответ на первый вопрос дан утвердительный (Прочаска и соавторы, 1988).

Практики, интересующиеся в более детальной информации о вариациях вышеописанного инструмента оценки стадий изменения поведения должны зайти на веб-сайт Центра по исследованиям по профилактике раковых заболеваний Университета Роуд Айленд, <http://www.uri.edu/research/cprc/>, где работает Джон Прочаска. Также другими учеными были разработаны более детальные способы измерения готовности, основанной на данной модели. Одностраничная, 12-пунктная анкета готовности к изменениям была разработана Роллником и его коллегами (1992) для оценки трех стадий: пресозерцание, созерцание и действие. Хезер (1995) обнаружил, что пациенты, которые не были готовы к изменениям согласно измерениям по данной анкете, повысили уровень мотивированности, а количество выпиваемого ими спиртного уменьшилось, когда были использованы воздействия, основанные на повышении мотивации, а не те, что ориентированы на действие и построение у клиента навыков. Шкала готовности по стадиям изменения и стремления к лечению, разработанная и впоследствии использованная Миллером и Тонигшаном (1996), является 19-ти пунктовым измерительным инструментом, созданным для оценки мотивации к изменению при проблемном потреблении алкоголя и наркотиков. Другой вариацией измерения мотивации к изменению является важный инструмент о людях и деятельности, который предоставляет данные обо всех за и против изменения и об имеющейся социальной поддержке для продолжения потребления или, наоборот, абстиненции.

В дополнение к определению мотивации к изменению, процесс оценки также включает в себя историю потребления наркотиков клиентом, уровень настоящего потребления, злоупотребления и зависимости, предыдущий опыт лечения и методики, ранее использованные клиентом, для достижения изменений. Другие факторы, такие как пол, возраст, сексуальная ориентация, культура, раса, этническая принадлежность, психическое состояние, физическая неполноценность, семья, друзья и другие факторы внешней окружающей среды также должны быть оценены и изучены. Определение целей и терапевтические воздействия будут определяться комбинацией таких факторов.

Вовлечение и оценка пресозерцателей

Люди, имеющие связанные с ПАВ проблемы и находящиеся на стадии пресозерцания, обладают меньшим количеством информации, посвящают меньше времени самооценке, являются менее открытыми по поводу своих проблем и уделяют меньше вниманию негативным аспектам своих проблем. Другими словами они, более резистентны и менее активны, чем клиенты на других стадиях изменения, и часто описываются как «отрицающие все», или как «немотивированные», «сопротивляющиеся», «без добровольного начала».

Подход к мотивационному интервьюированию, разработанный Миллером и Роллником особенно полезен для снижения сопротивления и создания продуктивного климата для продвижения вперед. Они предлагают, чтобы практики должны, во-первых, тщательно изучить свое собственное отношение к людям с проблемами злоупотребления алкоголя, табака и других наркотиков. Очень часто профессионалы, как и общее население, полагают, что потребители наркотиков являются «по своему характеру отрицающими, лгущими, рационализирующими, уклончивыми, обороняющимися и резистентными людьми, к которым нужно относиться как

таковым» (1991г). Практики, у кого сложено такое мнение, обычно с усердием конфронтируют с потребителями наркотиков, затем определяют готовность к лечению, исходя из желания потребителей признать свой статус как потребителя или зависимого человека и желания немедленно прекратить проблемное поведение. Модель стадий изменения поведения и мотивационное интервьюирование рассматривают присозерцателей не как немотивированных людей, у кого отрицание является чертой характера, а как людей, использующих свою оборонительную тактику и еще не готовых переменам. Мотивация должна рассматриваться как жидкость, динамичная и поддающаяся влиянию – это стадия готовности или стремление к переменам, которые могут колебаться в зависимости от ситуации. Например, человек может быть готов изменить свои привычки, связанные с плохой учебой, но не изменить дурное общение со своей супругой (ом), или же готов перейти на диету с низким содержанием жиров, но не поменять свой сидячий образ жизни. Практики не должны совершать ошибки и предполагать, что те оборонительные методы, которые используются присозерцателями, свойственны только присозерцателями с проблемами злоупотребления алкоголя, табака и наркотиков. Люди с широким диапазоном проблемного поведения, которые не готовы к изменению, используют в основном 7 из 25 оборонительных тактик, находящихся в распоряжении человека. Ключом к продвижению вперед является понимание этих семи оборонительных действий и той роли, которую они играют, не давая присозерцателям увидеть свою проблему.

Отрицание и минимизация являются одной из наиболее часто употребляемых присозерцателями тактик. Отрицание является формой защиты от психической боли. Оно не дает человеку просто увидеть ситуации такими, какие они есть; оно позволяет человеку претворяться, что якобы определенная реальность не существует. Молодая мать, зависимая от кокаина, отказывается поверить, что ее новорожденный сын имеет серьезные осложнения в результате употребления ею кокаина и отсутствия гигиены беременности, несмотря на преждевременные роды и другие предродовые вызванные кокаином симптомы. Она верила в то, что ее сын был просто «недоношенным» и что доктора и больница хотят во всем обвинить наркотики. В этот момент работает ее оборона отрицанием. Другим свидетельством такой обороны является зависимый от алкоголя клиент, который пришел на свою сессию терапии в состоянии опьянения, но утверждает, что ни капли не пил; человек, который выкуривает две пачки в день, но отказывается бросить потому что говорит, что он пошел в своего дядю, который прожил 97 лет и очень много курил всю свою жизнь. Такие примеры иллюстрируют, как минимизация и отрицание могут построить заслон информации, которая могла бы помочь этим людям измениться.

Рационализация и интеллектуализация являются мощными и необходимыми защитными оборонами, которые являются вероятным объяснением поведения, в особенности на стадии присозерцания. Эта оборона использует объяснения и оправдания для того, чтобы оправдать незрелое и вредное поведение. Социальный работник, который выпивает 2 или 3 кружки пива за каждым обедом и по несколько до и после ужина, объяснил это своему коллеге, выразившему беспокойство, следующим образом: «Мне это нужно, чтобы переварить все эти посещения домов клиентов и отчеты, это меня расслабляет. Я могу бросить в любое время. Не беспокойся». Интеллектуализация очень близка к рационализации. Она означает использование абстрактных объяснений для оправдания своего поведения. Большинство из объяснений употреблению табака и алкоголя являются интеллектуализацией (Прочаска, Норкросс, ДиКлименте, 1994). «Пиво не такое вредное как водка и даже вино – несколько кружек пива мне не навредит. Кроме того, я могу бросить в любое время». «Знаешь, люди, которые бросают курить, сразу набирают в весе, и это также вредно, как и курение». Интеллектуализация по-

добного рода очень часто распространяется компаниями, занимающимися маркетингом алкоголя и табака.

Смещение и проекция означают обвинение не самого себя за свое проблемное поведение, а других или же окружающей среды в целом. Исторически, научная область, касающаяся злоупотребления наркотиков, в некоторой степени способствовала использованию этих двух видов защиты. Понятие со-зависимости, которое совсем до недавнего времени было широко использовано в практике работы по злоупотреблению наркотиков и литературе, оправдывало возложение гораздо большей вины за постоянное злоупотребление наркотиков на других людей в жизни потребителя, обычно его жену. Это были либо жены, либо родители, которым чаще всего присваивалась роль пособников – защищающих потребителей от последствий их злоупотребления наркотиков. Нападки на других, за то, что они якобы являются причиной употребления наркотиков, или же обвинение обстоятельств и ситуаций за способствование постоянного употребления наркотиков являются смещением. Однако, видение проблем, связанных с наркотиками, алкоголем, табаком в других, а не в себе является формой смещения, называемой проекция. Смещение и проекция являются формой отказа от вины и ответственности за свои собственные проблемы, злость, раздраженность.

Интернализация является противоположной смещению. Вместо того, чтобы винить других за свои проблемы, чувства и убеждения направлены внутрь самого себя – проблемы создаются самим собой. Результатом интернализации этих чувств является привычное обвинение самого себя, низкое самоуважение, или даже депрессия. Женщина средних лет, зависимая от кокаина, говорила о том, как у нее развилась зависимость, когда она повторно вышла замуж в 40 лет и ее новый муж, потребитель, вовлек ее саму в нюхание кокаина. Она обвиняла саму себя за то, что не сопротивлялась и даже за то, что вышла за него замуж. Она чувствовала себя неудачницей, потому что не могла сопротивляться перед ним или перед кокаином. Такие присозерцатели являются покорными, смирившимися и деморализованными, и их собственные чувства не дают им начать попытки измениться.

Базовой основой для эффективной работы с присозерцателями является наличие полного понимания само-разрушающих оборон, которые деморализуют их и являются причиной того, что они никуда не движутся. Первым шагом для начала ослабления этого является предоставление информации, позволяющей увидеть проблемы ясно и по-другому. Эта информация может быть двух видов: осознание проблемы и ее эффектов и последствий, и осознание об обороне, используемой для сопротивления этим знаниям. Уровень осознания проблемы повышается с помощью методов повышения сознательности, таких как прямой совет, прекратить поведения, связанные с употреблением алкоголя, табака и других наркотиков; обратная связь осуществляется оценкой поведения и использования клиентом алкоголя, табака и других наркотиков с объяснением негативных последствий для здоровья, а также психологического и социального характера. Чтение материалов, интерактивное видео и ресурса Интернет могут быть использованы для повышения сознательности.

Социальные работники должны одновременно оценивать методы обороны клиента и способствовать их трансформации в положительные механизмы и поведения для преодоления проблем. Согласно Прочаска, Норкроссу и ДиКлименте, оборонительные методики должны быть оценены на каждой стадии изменения поведения. Они также согласны, с тем, что хотя человек и не использует какую-либо конкретную оборону вечно, он может полагаться на нее более часто, чем на остальные виды оборон. Понятие об оборонах – это первый шаг на пути к контролю над ними. Какие само-разрушающие механизмы используются клиентами? Использует ли клиент в основном интернализацию, проекцию, рационализацию или отрицание? Таблица 5-5, взятая из исследований Прочаски, Норкросса и ДиКлименте (1994), предостав-

ляет некоторые примеры видов деятельности, которые трансформируют различные виды обороны в положительные механизмы преодоления проблем.

Таблица 5-5. Трансформирование механизмов сопротивления в механизмы преодоления проблем

Сопротивление	Преодоление
Отрицание: отказ посмотреть в лицо причиняющим боль чувствам или мыслям: игнорирование причиняющих боль опасных чувств	Концентрация: откладывание в сторону причиняющих боль мыслей или чувств для того, чтобы придерживаться конкретной задачи; возвращение к тем чувствам в более подходящий момент
Рационализация или интеллектуализация: «отговорка для защиты проблемного поведения», отход с помощью слов и абстракция от причиняющих боль эмоций	Логический анализ: тщательное и внимательное анализирование проблемного поведения, не давая эмоциям поглотить себя
Проекция: нереалистичная связь неприятных мыслей или чувств с другим лицом	Эмпатия: смотреть на ситуацию глазами другого человека; представлять себе как чувствуют себя другие
Смещение: «перемещение» негативных чувств на другое лицо	Сублимация: высвобождение негативных эмоций через альтернативные, социально приемлемые каналы. Упражнения, хор, спорт, искусство, музыка могут быть формами созидательной агрессии
Интернализация: обвинения самого себя во всех проблемах	Самоопределение: мотивирование позитивных действий. Соответствующая связь причиняющих боль мыслей и чувств, с окружающей средой, другими людьми, или самим собой – когда это оправдано.

Источник: Прочаска, Норкросс и ДиКлименте (1994)

Эмпатический, заботливый, неосуждающий, поддерживающий и усиливающий тип поддерживающих отношений представляет контекст, в котором присозерцатели могут изменить свою оборонительную позицию и начать меняться. Миллер и Роллник (1991) предлагают, что 4 стратегии являются характерными для построения отношений при центрированном на клиенте консультировании, и что пятая, которая является более специфичной для их подхода мотивационного интервьюирования, должны быть использованы для оказания помощи клиентам в изучении своих оборон и инициировании формирования причин для перемен. Первая из пяти стратегий – это задавать нерегламентированные, открытые вопросы – вопросы, которые позволяют клиентам рассказать свои собственные истории и относиться к своей собственной амбивалентности. Некоторым клиентам понадобится больше одобрения и руководства, чем другим. Рефлексивное выслушивание является второй из стратегий для построения отношений. Его цель обеспечить, чтобы все, что говорит и чувствует клиент, а также что он имеет в виду, было понято практиком. Это делается с помощью перефразирования того, что сказал клиент, чтобы проверить ясность содержания; с помощью осмысления того, что может чувствовать клиент, и интерпретирования того, что может означать поведение, мысли и чувства клиента. Размышление о содержании сказанного и чувствах, а также проверка правильного

понимания смысла сказанного являются ядром построения отношений, и являются намного более эффективными при оказании помощи людям в их продвижении вперед, чем просто задавание серии вопросов. Это нельзя переоценить, так как практики очень часто уделяют чрезмерное внимание вопросам из формы истории злоупотребления наркотиков, которые требуют только кратких ответов и не способствуют вовлечению клиента.

Третья стратегия – это предоставить клиенту прямое подтверждение и поддержку. Это делается с помощью похвальных высказываний и комплиментов, словами благодарности и понимания, и путем фокусирования внимания на сильных чертах клиента. Зависимая от героина мать, которая пришла на прием после двух пропущенных сессий, должна получить похвалу за то, что «смогла придти сегодня». Алкоголичка средних лет, которая является жертвой бытового насилия, должна получить признание не только за то, что она пришла на прием, но и за то, что просто выживает. Такое подтверждение поддержки является жизненно важным для построения отношений с клиентами, которые в виду своих ужасных жизненных опытов, рассматривают свою ситуацию как безнадежную.

Использование суммирующих высказываний для связи содержания с чувствами, которые проявлялись в ходе сессии, является полезным в отношении клиентов, колеблющихся из одной стороны в другую, между доводами измениться и доводами не измениться. Эта четвертая стратегия позволяет присозерцателям одновременно изучить позитивное и негативное посредством использования таких фраз, как «в то же время», или «с одной стороны, а с другой стороны...». Подитоживание также демонстрирует, что практик слушал клиента и понимает, о чем он говорит. Основные суммирующие высказывания должны быть использованы в конце сессии и как прелюдия к постановке целей для следующих шагов или последующих сессий. Эти четыре стратегии направлены на то, чтобы помочь клиентам разрешить свою амбивалентность и представить аргументы в пользу изменения самим себе и другим. Миилер и Роллник (1991) назвали такие аргументы клиента «самотивированными утверждениями». Способствование и выявление самотивированных утверждений является пятой стратегией практика. Самомотивация – это цель, которая должна быть достигнута перед тем, как произойдет продвижение вперед. Когда клиенты в состоянии признать свои проблемы, связанные с употреблением алкоголя, табака и других наркотиков, выразить обеспокоенность по поводу этих проблем, показать намерение поменяться, и сделать заявления о вере в свои силы изменить себя, они таким образом делают самотивированные утверждения. Некоторые клиенты делают такие утверждения в ходе самой первой сессии, другим нужно гораздо больше времени, в зависимости от их готовности поменяться. Когда делаются такие утверждения, они должны быть распознаны и поддержаны практиком вербально и невербально в такой манере, которая передает одобрение и поощряет дальнейшее познание самого себя. (Миллер, Роллник, 1991). Умение использовать пробуждающие вопросы было предложено Миллером и Роллником как важный технический прием, которые способствуют высказыванию самотивированных утверждений, цель которых помочь клиенту взять на себя ответственность за изменение своего поведения и мыслей. Таблица 5-6 состоит из образцов вопросов, взятых из книги Миллера и Роллника, которые вызывают самотивированные утверждения. Эти утверждения указывают на признание проблемы, беспокойство по поводу проблемы, намерение поменяться и оптимизм со стороны клиента.

Таблица 5-6. Образцы вопросов, используемых для вызывания мотивационных утверждений.

Признание проблемы

- Какие проблемы создало для вас ваше потребление кокаина?
- С какими трудностями со стороны агентств по защите детей вы столкнулись в связи с тем, что вы употребляете кокаин?

- Какие еще возникли трудности?

Беспокойство

- Что думают ваши дети и другие члены семьи по поводу того, что вы так часто находитеесь под кайфом?
- Что вы чувствуете относительно употребления вами кокаина?
- Как вы думаете, что случится, если вы бросите употреблять кокаин?

Намерение измениться

- Если вы прекратите употреблять кокаин, какие изменения это вызовет в вашей жизни?
- Что это будет означать для ваших детей?
- Вы пришли в назначенное время на прием, что бы вам хотелось изменить в своем поведении?

Оптимизм

- Что поощряет Вас продолжать работать над собой, чтобы прекратить употреблять кокаин?
- Что, по вашему мнению, будет эффективно для вас, если вы решите бросить кокаин?
- Если вы решите бросить кокаин, как бы вам хотелось это сделать?

Поддерживающие отношения, хотя и важные на всех стадиях процесса изменения, являются критическими в разрешении амбивалентности присозерцателей и в мотивировании их продвигаться вперед. Также на этой стадии практики должны использовать технические приемы повышения сознательности и социального освобождения для того, чтобы далее усилить мотивацию. Как указывалось, методы повышения сознательности дают клиентам знания о существовании проблемы и ее эффекте на них. Одним из самых мощных инструментов, находящихся в распоряжении практика является оценка перед началом лечения; сам процесс, как он ожидается клиентом, и как данные оценки будут представлены клиенту. Практики, использующие модель стадий и процессов изменения поведения, руководствуются ценностью социальной работы, которая заключается в том, что клиенты являются партнерами в своем лечении. Они будут рассматривать собранную информацию не только как то, что помогает им понять природу и степень проблем клиента, связанных с алкоголем, табаком и другими наркотиками, но и как то, что помогает клиенту понять свои проблемы. Какое количество спиртного выпивает клиент, как часто, и при каких обстоятельствах? Какие проблемы возникают в жизни клиента? Каковы были негативные последствия потребления алкоголя и других наркотиков? Кто в семье клиента страдал или страдает от алкоголизма или наркомании? В каком состоянии находится психическое здоровье клиента? Что было сделано клиентом для того, чтобы решить проблемы? Заполнение вопросников, анкет, а также ответы на вопросы консультанта часто предоставляют клиенту информацию и понимание самого себя, о чем ранее клиент никогда не думал на сознательном уровне. Миллер и Роллник пришли к выводу, что обратная связь, предоставленная практиком исходя из собранных данных, «является убедительным вкладом в процесс убеждения клиентов в том, что они заблудились и находятся не там, где они должны быть по жизни». Такая обратная связь должна быть в виде отчета, с включением полученных бонусов и другими мерками результатов. Отчет должен быть изучен практиком вместе с клиентом, по порядку, с разъяснениями и информацией, необходимыми клиенту, чтобы ясно понять, что это означает.

Социальное освобождение – это другой процесс, который помогает присозерцателям начать разрешать амбивалентность. Социальное освобождение включает в себя создание выборов и

альтернатив для предоставления информации людям с проблемным поведением. Социальное освобождение также предлагает позитивное признание тем, кто изменил свое проблемное поведение. Роль практика здесь – это способствовать осознанием клиентом альтернатив, которые имеются в окружающей его среде, таких как свободные от курения зоны, свободные от алкоголя и наркотиков развлекательные мероприятия, группы взаимопомощи и т.д. Практик может также обучить клиентов как анализировать коммерческую рекламу и другие стратегии маркетинга для того, чтобы уметь противостоять посланиям, содержащимся в них. Для клиентов, являющихся присозерцателями, основная роль практика – это создать позитивные отношения, в которых клиент может изучить свои оборонительные методы, стать более открытым по поводу своих проблем, связанных с алкоголем, табаком и другими наркотиками, и стать более дружелюбным в отношении сил социального освобождения.

Вовлечение и оценка созерцателей

Созерцатели – это клиенты, которые хотят поменяться, но все еще амбивалентны – резистентны сами того не осознавая. Они обеспокоены и испуганны. Страх перемен не является типичным для людей с проблемным поведением. Изменение означает новое определение самого себя, на самом деле пугающая перспектива. Практики должны понимать, что положительные элементы созерцания необходимы для того, чтобы перемены все-таки произошли. Успешное намерение создает сознательность и понимание, которые предшествуют изменению поведения, и без которых неизбежен провал (Прочаска, Норкросс, ДиКлименте, 1994). Соответствующая подготовка зависит от правильного самоопределения клиента, с использованием технических приемов повышения сознательности, обсужденных выше, и процессов изменения - эмоционального пробуждения и самооценки.

Практики, работающие с созерцателями, должны быть полностью осведомлены о негативной динамике, которую представляют люди на этой стадии изменения. Созерцатели могут заменить работу над собой беспокойством, могут понапрасну слишком много анализировать причины своего проблемного поведения, могут не хотеть продвигаться дальше если только не найдут правильного подхода, чтобы его использовать, и часто начинают действовать до того, как их амбивалентность будет адекватно решена. Эта негативная реакция на намерение становится причиной того, что они застревают на одном месте. Прочаска и ДиКлименте предупреждают, что терапевты могут быть также виновны в препятствовании продвижению из-за нежелания продвигаться дальше пока у них не сложится чрезмерное понимание проблемы клиента. Жанет Джемисон 20 летняя мать, чью дочь передали на воспитание бабушке из-за того, что ее муж сообщил ведомству по защите детей о том, что она оставляла их три раза за последний год, чтобы пойти и найти наркотики. Жанет стала лечиться в трех различных центрах, для того чтобы понять «Почему я себя так веду?». Она видела что у нее был заботящийся о ней муж, родители, которые её поддерживали, дочь, которую она любила. Она также чувствовала, что сможет бросить свою привычку употреблять кокаин, если только она узнает больше о себе. Для созерцателей, таких как Жанет, ждущих момента «эврики», когда все станет ясно, целью является развить сознательность при помощи процессов эмоционального пробуждения и самооценки.

Процесс **эмоционального пробуждения** состоит из техник, передающих энергию которые способствуют преодолению медлительности и инертности, разрешая проблему амбивалентности и создавая продвижение вперед на стадию подготовки к действию. События из жизни, фильмы, создание своей собственной пропаганды, такой как видеозаписи состояния интоксикации, или как использование измерений количества угарного газа в легких курильщика, выраженные беспокойства со стороны членов семьи и друзей по поводу проблем, связанных с

употреблением наркотиков, - все это является примером техник эмоционального пробуждения. Цель данных технических приемов - придать человеку энергию, а не поглотить его. Поэтому практики, должны быть чуткими, для того, чтобы обнаружить чувства уныния, обвинения самого себя, и отвращения у клиента. Хотя эмоции должны быть вовлечены на различных стадиях изменения поведения, техники эмоционального пробуждения, фокусирующиеся на негативных аспектах проблемы клиента, должны использоваться только на стадии созерцания. Использование данных техник на стадиях полготовки и действия имеет тенденцию ограничивать движение, так как оно концентрирует внимание на проблемах, а не на решениях. (Прочаска, Норкросс, ДиКлименте, 1994).

Пятый процесс, используемый теми, кто меняются сам и теми, кто меняются с помощью профессионала, - это *переоценка самого себя*, - эффективен в оказании помощи клиентам при прогрессировании на стадию подготовки. Целью переоценки самого себя является обрисовать конфликт между основными ценностями клиента и их проблемным поведением. Технические приемы переоценки самого себя помогают клиентам оценить себя и свою проблему, и позволяют им задать себе вопрос о том, могут ли они продолжать чувствовать себя хорошо, в то время как сохраняют свое проблемное поведение. Работа по данному процессу также дает клиенту четкое понимание того, что не существует легких путей измениться – потребуются жертвы и упорная работа. Может быть придется оставить пьющих товарищей и курящих коллег, и нужно будет создать новое представление о себе.

Согласно Прочаски, Норкроссу и ДиКлименте, существует две взаимодополняющие формы переоценки самого себя. Первая – это негативный настоящий образ проблемы и ее эффектов на себя, и вторая – это положительная оценка «здорового, более счастливого, более свободного, изменившегося» себя. Идея здесь – использовать негативное видение себя для того чтобы толкать, и позитивное – чтобы тянуть клиента вперед, в сторону изменения. В данном процессе наиболее часто используются следующие три технических приема: подумать, прежде чем что-то делать, создать свой новый имидж, а также принимать решения.

Привычное поведение, будь оно проблемное или нет, является рефлексивным. В проблемы, связанные с употреблением алкоголя, табака и других наркотиков, люди также вовлекаются подумав. Техника «*подумать, прежде чем делать*» не является новой для практиков, но ее временные рамки и особое ударение может быть. Часто, клиентов просто предлагают остановиться и подумать, прежде чем выпить, поехать домой к продавцу наркотиков, покурить после ужина. Как только клиенты начали решать свою амбивалентность по поводу проблемы, следует объяснить динамику привычного проблемного поведения, и клиенты могут задавать себе вопросы для того, чтобы прервать рефлексивное поведение. Почему я хочу сейчас покурить? Что случится если я пойду домой к другу и понюхаю там кокаин? Хочу ли я на самом деле этих последствий? Рассмотрение прогресса клиента, которого он достиг, сделав паузы или переоценив значение своего поведения, прежде чем зажечь сигарету, понюхав полоску кокаина, или заказав себе мартини, также является критическим для успеха данной техники.

Второй наиболее часто используемой техникой в процессе переоценки самого себя является *создание своего нового имиджа*: имиджа того, как все будет выглядеть, если избавиться от проблемы. Как я себя буду чувствовать? Буду ли я лучшим другом, супругом, любовником, родителем, начальником или служащим? Такое образное представление не только поможет клиентам пройти через стадию созерцания, но и может быть использовано на последующих стадиях.

Третьей техникой переоценки самого себя является *принятие решений*, которая, согласно Прочаски, Норкросса и ДиКлименте является сердцем продвижения от стадии созерцания к стадии подготовки. Оценивание за и против того, чтобы поменять проблемное поведение, является базисом принятия решения предпринимать действия или нет. Это делается с помощью использования шкалы баланса принятия решения, которая позволяют клиенту перечислить

все за и против перемены своего личного поведения. Шкала требует, чтобы клиент после тщательного изучения, честно перечислил, пользу и издержки, или же за и против, в четырех основных категориях:

1. последствия изменения для себя
2. последствия изменения для других
3. своя реакция в результате изменения, и
4. реакция других в результате изменения.

Если бы не было позитивных моментов в проблемном поведении, люди бы, прежде всего не вовлекались в него (Прочаска, Норкросс, ДиКлименте, 1994). Таблица 5-7 иллюстрирует шкалу баланса принятия решения, использованную женщиной, зависимой от табака.

Работа с клиентами, готовящимися поменяться

Стадия подготовки отличается от стадии созерцания; клиенты все больше чувствуют себя уверенными и готовыми продвигаться от решения действовать к шагам, которые нужно предпринять для решения проблемы. Клиенты готовы отойти в сторону от старого поведения, но они должны узнать об энергии, усилиях и внимании, которых требует изменение. Работа, связанная с изменением проблемного поведения должна получить приоритет, а не просто быть второстепенным мероприятием. Также на этой стадии больше не нужно подчеркивать негативные аспекты проблемного поведения. Когда клиенты переходят к стадиям подготовки и действия, «военные рассказы» отвлекают их от задач планирования и действия, и даже представляют соблазн снова начать употреблять наркотики (Прочаска, Норкросс, ДиКлименте, 1994). Хотя подготовка по-прежнему полагается на технику переоценки самого себя, процесс решимости (взятия на себя обязательств) является более важным.

Таблица 5-7. Пример баланса принятия решения у 48-летней женщины, курившей в течение 20 лет

	За	Против
Последствия для себя	<ul style="list-style-type: none"> • Я буду чувствовать себя лучше • У меня будет больше денег • На лице у меня будет меньше морщин • Моя одежда перестанет пахнуть сигаретами 	<ul style="list-style-type: none"> • Я прибавлю в весе • Мне придется покупать новую одежду • Я стану более нервной, раздражительной • Мне захочется курить во время разрывов с моими друзьями
Последствия для других	<ul style="list-style-type: none"> • Мои сын и дочь будут счастливы • Мои кузены и сестра будут счастливы • Мой бойфренд перестанет придираваться ко мне, чтобы я бросила курить 	<ul style="list-style-type: none"> • Некоторым из моих друзей это не понравится • Моему бойфренду не понравится то, что я прибавлю в весе • Моему сыну не нравится, когда я раздражительна • Мои перепады настроения не доступны пониманию босса или коллег по работе

Своя реакция	<ul style="list-style-type: none"> • Гордость за умение бросить • Не буду нуждаться в табаке • Не буду больше бояться рака легких 	<ul style="list-style-type: none"> • Буду человеком настроения не смогу быть беспечной • Буду страстно желать поесть • Не буду знать, как избавиться от напряжения • Не буду чувствовать себя своей в компании
Реакции других	<ul style="list-style-type: none"> • Дети и семья будут счастливы за меня • Мой парень будет счастлив • Некоторым из моих друзей будет приятно • Люди не будут иметь ничего против того, чтобы сидеть рядом со мной в ресторанах 	<ul style="list-style-type: none"> • Некоторые из моих друзей позавидуют мне и будут делать подлые замечания • Коллеги, с которыми я обычно сижу во время перерывов, не смогут больше сидеть со мной • Мне будут предлагать сигареты

Клиенты должны поверить в то, что они способны измениться. Для того, чтобы поддержать эту веру, практикующие клиницисты должны знать о тормозящих препятствиях, связанных с *решимостью* – затягивание действия, преждевременное действие, надежда главным образом только на силу воли, и употребление алкоголя или другого наркотика для того, чтобы справиться с волнением (Прочаска, Норкросс и ДиКлименте, 1994). Все эти вещи могут ослабить веру в то, что перемена возможна. Возвращение клиентов к их собственному определению о том, как улучшатся их жизни путем перемены их поведения, повысят их уверенность.

Подготовка к действию имеет в своей основе решимость, которая продолжается на стадиях действия и поддержания. Решимость всегда несет за собой некоторое беспокойство, которое клиницисты (практики) и их клиенты должны понимать. Волнение несет с собой страх неудачи, уклонение и промедление. Клиенты должны быть подготовлены к тому, что будут испытывать волнение, принимать его как неизбежное, и должны получить помощь в противостоянии ему. Прочаска, Норкросс и ДиКлименте (1994) предложили 5 методов по процессу решимости (принятия обязательства), которые могут быть использованы в противостоянии волнению. Эти предложения в действительности являются планом, который, если следовать ему, гарантирует положительный исход действия, ведущие к стадии поддержания. Первая техника – *идти небольшими шагами*. Примером этого является случай, когда молодой человек начал работать над своей проблемой принятия алкоголя при помощи планирования того, как отказаться от алкоголя на предстоящем свадебном торжестве. Он практиковал заказ безалкогольного напитка, который он держал в руках, пока тренировался. Практика также включала в себя отказ от алкоголя, предлагавшегося подходящими официантами или друзьями. Он планировал заручиться поддержкой своей девушки, так как она должна была посетить торжество с ним и поощряла его обратиться за помощью по его проблеме злоупотребления алкоголя.

Важно помочь клиенту *определить реальную дату* в ближайшем будущем для того, чтобы начать совершать перемены, и таким образом предотвратить как необдуманное действие, так и промедление. Решимость также подразумевает действовать публично, не держать планируемую переменную в секрете. Это даст возможность другим оказать поддержку и понимание. Четвертой техникой совладать с волнением и укрепить решимость является помощь клиентам и тем, кто их поддерживает, *подготовиться к количеству времени и энергии*, которые потребуются для решения проблем, связанных с ПАВ. Они должны быть подготовлены к сме-

нам настроения, и к переменам в отношениях, работе, и к тому, что будет происходить дальше, по мере того как будут преодолеваются проблемы.

Наконец, клиенты должны создать вместе с практиками *индивидуальный план действия*. Этот план должен основываться на информации, собранной во время предыдущих стадий, а также и на знаниях практика, на доступных источниках, и на предпочтениях клиента. План может быть длинным или коротким, но он должен быть специфичным.

Одним из самых важных открытий Прочаски в создании этой модели было обнаружение того, что он назвал «принципы прогресса» – определяющие, что должны совершить люди для того, чтобы перейти от подготовки к действию (Прочаска, Норкросс и ДиКлименте, 1994). Используя данные по шкале баланса принятия решения, полученные по многочисленным клиентам с рядом проблем, Прочаска и его коллеги (1994) открыли, что люди с меняющимся поведением усилили восприятие «за» (положительные причины к перемене) и ослабили восприятие «против» (причины не меняться). «За» увеличились в два раза, в то время, как «против» уменьшились во столько же раз, в момент перехода от подготовки к действию. Процессы, используемые на ранних этапах, имеют наибольшее влияние на «за», в то время как те процессы, применяемые на стадиях подготовки и действия имели больше влияния на «против». Поэтому, если эти ранние стадии не прорабатываются, подготовка и действие провалятся. Клиенты готовы к действию, когда пункты на листке «за» удвоились, а «против» пропорционально уменьшились со времен стадии созерцания.

Работа с людьми на стадии действия

Изменение поведения - центр внимания на стадии действия, которая длится месяцы и начинается с укрепления решимости. Работая с клиентами на стадии действия, практики-клиницисты должны знать о заблуждениях, которые помешают продвижению вперед, несмотря на достаточную подготовку. Прочаска, Норкросс и ДиКлименте (1994) предупреждали, что несерьезное отношение к подготовке, нежелание идти на жертвы, вера в особенную технику или метод перемены, и за счет этого исключение остального, и использование методов, которые были лишь отчасти успешны в прошлом, - самые распространенные подходы, результатом которых становится провал на этой стадии. Избегание подобных подходов, усиление решимости, и использование процесса противопоставления, контроль над окружающей средой, и поощрение, а также продолжающееся использование поддерживающих отношений, – все это является работой на стадии действия.

Довольно часто и практики, и клиенты непреднамеренно приравнивают действие к перемене. Клиент, который неделю не нюхал кокаин и не принимал алкоголь, может быть не соответствующим образом подготовлен продолжать это действие, когда его пьющий или нюхающий кокаин приятель возвратится в город после того, как его не было неделю. Ценою перемены может стать пожертвование дружбы приятеля. Быть чистым (трезвым, не в состоянии интоксикации) означает не только растягивание времени и усилий, это может закончиться и неодобрением и злостью других, беспокойством и злобой на самого себя. Действительная перемена требует работы, и клиенты должны быть к этому подготовлены.

Клиенты и практики могут также стать жертвой того, что Прочаска, Норкросс и ДиКлименте (1994) назвали «магической пулей», вера в то, что одна или две техники могут успешно содействовать перемене. Наставление клиенту, употребляющего алкоголь, избегать людей, мест и вещей, или моделирование программы для детей и подростков по профилактике употребления наркотиков, которая использует «просто скажи нет» (наркотикам), как основную технику, – это подходы, которые не могут распознать сложность поведенческих проблем. Такие магические пули или простые решения при помощи одной техники всегда недостаточны и в конечном счете ведут к выводу, что технический метод должно быть осуществляется оши-

бочно, и соответственно его нужно продолжать осуществлять с большим усилием. Придерживание старой техники и не использование ряда методов и технических приемов в подходящее время может задержать и препятствовать изменению поведения.

Процессами изменения, которые наиболее эффективны на стадии действия, являются противопоставление, контроль над окружающей средой, поощрение, и поддерживающие отношения. Процесс *противопоставления* предоставляет здоровые замещения проблемного поведения; замещения, которые несовместимы с проблемным поведением. Активные отвлечения являются техникой противопоставления – занятость, перенаправление энергии, нахождение чего-либо, что предотвращает проблемное поведение. Безработная мать-одиночка, употребляющая кокаин, определила, что отсутствие занятия (тоска) в прошлом было пусковым механизмом для употребления кокаина. Одной из техник, которую она использовала для противопоставления тоске, была работа в качестве добровольного служащего-секретаря в проекте предоставления жилья для женщин на переходном периоде, где она провела год. Это не только заполнило время в течение дня, но и открыло другие возможности – она подружилась с другими женщинами, приобрела необходимый опыт работы, обеспечила своему ребенку дошкольного возраста возможность попасть в детский сад, находящийся в ведомстве проекта. Здоровые альтернативы проблемному поведению неограниченны – увлечениями может быть все, что приносит удовольствие, здоровье, и несовместимо с проблемным поведением.

Упражнение и расслабление – другие техники противопоставления. Согласно Прохаске, Норкроссу и ДиКлименте, «нет более полезного заменителя проблемы, чем упражнение... пренебрежение упражнением... подобно борьбе с противником с помощью только одной руки» (1994, стр.177). Упражнения по аэробике, по крайней мере, 20 минут в день, приносит большую пользу для общего и психического здоровья. Клиенты, не имеющие времени на упражнения, не достаточно подготовлены к перемене. Они также предупреждали, что упражнение нельзя путать с развлечением (боулинг, гольф и секс определенно не рассматриваются как упражнение по аэробике). Бывает время, когда упражнение не могут противостоять сигналам проблемы – должна использоваться техника релаксации. Техника глубокого расслабления, регулярно практикуемая, может понизить кровяное давление, уменьшить напряжение мышц, улучшить сон и усилить концентрацию. Такие технические приемы могут помочь человеку преодолеть стрессовые ситуации на работе и противостоять потребности выпить, употребить наркотики, или покурить сигареты для того, чтобы расслабиться.

Тренировка расслабления мускул – это простая процедура, которую можно легко выучить, практиковать дома, и усвоить за несколько недель. Согласно Бернштейну и Броковцу (1973), релаксация мускул вовлекает пять дискретных действий, которые происходят в следующей последовательности:

1. Обратить внимание клиента на соответствующую группу мышц.
2. Проинструктировать клиента, как напрягать группу мышц, например, пальцы и руку, запястье и нижнюю часть руки, плечи, спину и мышцы ног.
3. Заставить клиента сохранять напряжение (5-10 секунд) и почувствовать ощущения в затронутых мускулах.
4. Проинструктировать клиента, как расслабляться.
5. Дать клиенту познать приятное чувство расслабления, как контраст дискомфорту при напряжении (интервалы расслабления длятся около 10 секунд)

Другие формы расслабления включают молитву, трансцендентальную медитацию и йогу. Перемена подразумевает не только замещение здоровыми поведением проблематичных поведений; это, как правило, требует *перемены системы мыслей*. *Противоположное мышление* заменяет негативные мысли позитивными. Прочаска, Норкросс и ДиКлименте (1994) открыли, что те, кто успешно меняется самостоятельно, больше полагались на противоположное

мышление, чем на расслабление – это было быстрым, и требовало меньше энергии, и было полезным при всех условиях, которые были пусковым механизмом проблемам. Технические приемы Эллиса по рациональной эмоциональной терапии (РЭТ) полезны при обучении клиентов противостоять иррациональному и негативному мышлению (Эллис и др., 1998). Мысли вроде «мне нужна сигарета, чтобы справиться со стрессом, созданным моим боссом», «Я не душа вечеринки, пока не выпью» способствуют эмоциональным и поведенческим нарушениям и должны быть устранены реалистичными и рациональными альтернативами. Клиентов нужно учить, как поменьше, к примеру, «ужасаться» или преувеличивать негативность ситуации, как уменьшить недостаток толерантности при разочаровании и дискомфорте, чрезмерное обобщение будущего и нереалистичную оценку самого себя и других. Так как мысли передают значение поведению, перемена в одном создаст перемену в другом.

Многие клиенты должны будут ладить с теми в окружающей их среде, кто вносит вклад и способствуют их проблемному поведению. Эти внешние воздействия не поддаются таким техникам процесса противостояния как упражнения, релаксации, заменителей поведения и мыслей, но зато с ними можно бороться с помощью того, что называется «быть уверенным» – используя свое право измениться, быть услышанным, и сопротивляться суждениям других людей. *Уверенность в себе* – стиль реагирования, который передает послание «Со мной нужно считаться, мои мнения, идеи и ощущения важны.» Уверенность в себе отличается от стилей реагирования таких, как агрессивность и неуверенность. Агрессия включает в себя отстаивание личных прав, идей, ощущений и чувств путем, который нарушает права других. В противоположность этому, неуверенность – неспособность выразить чувства, мысли, мнения или убеждения, или же выражение своих мыслей и чувств в такой самоунижающей манере, что другие могут игнорировать их, таким образом, нарушая свои собственные права. Очень часто клиенты нуждаются в профессиональной помощи из-за проблем, которые связаны с привычным стилем неуверенности или агрессивности, нежели чем с более желательным стилем уверенности в себе.

Другой процесс, используемый на стадии действия – *контроль над окружающей средой* – перемена ситуации (люди, места и вещи во внешнем окружении). Социальная работа придерживается мнения «человек-в-ситуации» – на людей оказывается влияние, и они влияют на свое окружение. Психологи установили, что многое в поведении человека зависит от его окружения. Поэтому недостаточно заменять поведение и мысли, делать упражнения, использовать технику релаксации, и быть уверенным в себе; окружающая среда должна также быть изменена. Ситуации, в которых функционируют люди, имеющие проблемы, связанные с ПАВ, должны быть перестроены. Нужно избегать соблазнов, сигналы должны противопоставляться, и напоминания должны быть приостановлены.

Избегание – одна из самых сильнодействующих форм сопротивления искушению. Атрибуты для употребления наркотиков, пачки сигарет, банки или бутылки из-под алкоголя являются примерами тех объектов, которые не должны быть дома или в других ситуациях, когда клиенты бросают наркотики. Клиентов нужно осведомить о том, что избегание – лучший способ противиться соблазну. Объекты могут быть не единственными вещами, которых нужно избегать; пьющих, курящих или потребляющих наркотики приятелей, бары, клубы, не поддерживающих друзей, и членов семьи, возможно, тоже следует избегать какое-то время.

Во время стадии действия, места, ситуации и люди, которые вызывают желание вернуться к проблемному поведению, относятся к *сигналам*, и должны быть определены и избегаться. Не все сигналы, имеющие отношение к проблеме поведения с ПАВ, можно избежать. Такие сигналы нужно ясно определить, и противостоять им. Живые образы, ролевые игры и практикование ответов могут использоваться для подготовки к подобным неизбежным ситуациям и объектам. Давать эффективные ответы другу, который говорит «брось, небольшой стакан тебе не повредит» или отклонение предложений об апельсиновом соке с добавлением метадона

при посещении сестры – техника противостояния сигналам. Одна из получательниц социального пособия, находящаяся на стадии действия лечения от зависимости от героина, сказала: «на улице легче достать бесплатно героин или метамфетамин, чем еду». Так как она жила в обществе, где наркотики были легко доступны, практикование отклонения предложений получало столько же внимания, сколько и план их избежания. Другие вспомогательные техники противостояния сигналам – это простые напоминания, такие как надписи и знаки, запрещающие курение, введение времени для упражнений в распорядок дня, помещение мотивирующих призывов и стихов на видные места, и продолжение ведения списка дел, которые надо сделать. Для американки африканского происхождения, с которой работал автор, вывешивание стихов, ежедневных посланий, плакатов духовного характера служило как эффективное напоминание избегать или противостоять окружающим и внутренним стимулам, которые могли привести к проблемному поведению.

Противостояние негативным мыслям и нездоровым поведением и контроль над окружающей средой модифицируют сигналы, которые предшествуют и вызывают проблемное поведение.

Поощрение (вознаграждение), девятый процесс изменения, укрепляет результативные положительные последствия. Похвала самого себя и похвала со стороны практика являются примерами поощрения жены или матери, отказывающейся идти с мужем вечером в субботу к брату на квартиру, где, как ей известно, будет употребляться алкоголь и кокаин, а вместо этого она идет навестить подругу и ее детей, в доме у которой запрещено употребление алкоголя или наркотиков. Исторически, поощрения используются для изменения поведения. Прочаска, Норкросс и ДиКлименте хвалят использование поощрений как эффективный процесс перемены, особенно на стадии действия. Наказание за нежелательное поведение не поддерживается, потому что это «только временно подавит беспокоящее поведение» (1994, стр.191). Процесс поощрения состоит из трех техник: скрытое управление, «составление контракта», формирование новых поведений.

Некоторых клиентов может быть придется научить использовать *скрытое управление*, особенно тех, с пуританскими наклонностями, кто верит, что никто не должен быть награжден за то, что он делает верные вещи. Высказывания самопохвалы и похвалы со стороны практика и других из окружения клиента являются формами завуалированного поощрения. Высказывания вроде «Я так горжусь тобой за то, что ты отказался пойти на эту вечеринку» от поддерживающего друга, или самопохвала вроде «Вот как надо делать, девочка» являются завуалированными поощрениями. Такие поощрения важны для повышения представления о самом себе и самоуважения. Особенно важно, чтобы высказывания о наказании не были сделаны, когда поведение нежелательно. Мысли вроде «Я слабый безнадёжный дурак» из-за курения сигарет или употребления большого количества алкоголя на вечеринке или нюхание кокаина с другом снижают самоуважение, создают волнение, и замедляют процесс изменения.

Подписание контракта – другая техника усиления избежания вовлечения в проблемное поведение. Принятие устного или письменного обязательства поощрять здоровое поведение и позитивные мысли – мощная техника изменения. Заядлые курильщики подсчитали, сколько они тратят на табак каждый день, и стали класть эту сумму в копилку и в конце недели-без табака угощали себя чем-либо, что они любят в качестве награды. Целью является поощрение невовлечения в проблемное поведения и поощрение замещающего здорового поведения.

Поведения не изменяются за раз полностью. Постоянная перемена – это последовательный постепенный процесс. Следовательно, поощрение должно даваться как подкрепление на каждом шагу на протяжении пути. Планирование, включающее поощрения, является частью *формирования нового поведения*. Планирование действия должно быть построено на прочном, хорошо укрепленном основании. Хорошо практикуемые, хорошо поощряемые продвижения гарантируют, что, когда будут допущены промахи, они будут краткими и не закончатся полным рецидивом. (Прочаска, Нокросс и ДиКлименте, 1994)

Стадия действия – наиболее занятый период перемен и поддерживающие отношения, хотя и нужны на всех стадиях, больше всего важны в этой стадии. Члены семьи и другие важные в жизни клиента люди должны быть «взяты на борт», если они еще позитивно не вовлечены во вспомогательный процесс. Возможно, клиентов нужно научить, как вовлекать их и не предполагать заранее, что те, с кем имеются отношения, были осведомлены об их потребностях. Клиницисты-практики, как часть лечебного процесса, должны включать семьи и значимых для клиента людей. Клиенты, как часть своего плана действия, должны включить осведомление людей о том, что они могут стать раздражительными, сбитыми с толку, и трудными и будут нуждаться в поддержке и понимании. Семьи могут упражняться вместе, участвовать в преодолении соблазнов, таких как алкоголь, пепельницы, атрибуты для употребления наркотиков, и отказываться от приглашения на события, которые могут иметь соблазны, до тех пор, пока клиент не сможет спокойно справляться с соблазнами. Написание плана, и распределение между членами семьи и друзьями тех обязанностей, которые подходят им и требуют их поддержки, очень важно.

Работа с клиентами на стадии поддержания

Поддержание здорового поведения, достижений, сделанных на стадии действия, строится на проведенной работе, на стадии действия. Поддержание, как и действие, меняющаяся стадия. Как правило, достичь ее уже половина боя. Эта стадия требует изучения новых методов преодоления, длительных усилий, и обновленного стиля жизни. Стратегия успешного поддержания состоит из серий заданий, которые длятся на протяжении времени и требуют определенного количества энергии и преданности делу. Эти задания проводятся в обстановке понимания представляемых для поддержания опасностей. Беспокойное поведения по отношению к ПАВ играют важную и часто доминирующую роль в жизнях людей. Часто они уподобляются друзьям и любовникам, которые помогают справиться со стрессом и волнением. Чтобы поддержать позитивные достижения, полученные на стадии действия, должно иметь место *признание уязвимости*, несмотря на цели о создании новой жизни, где старые образы поведения не имеют больше ценности. Уязвимость может прийти в форме общественного давления от окружения и внутренних трудностей из-за слишком большой уверенности на основе достигнутого на стадии действия и неправильных мыслей. Могут произойти редкие, трудно предугадываемые ситуации, вызвав соблазн вернуться к старому проблемному поведению. Однажды, в середине недельной тренинговой программы для практиков с ПАВ, участник, который работал в данной области в течение 10 лет и не употреблявший кокаин 15 лет, неожиданно страстно захотел употреблять кокаин снова в результате того, что он увидел видео, где была сцена изображающая человека, который вводил инъекцию кокаина себе. Она сказала, что была шокирована своей реакцией после стольких лет. Чтобы предотвратить возврат к употреблению кокаина, она вернулась к техникам, использованным ею в прошлом: посетив той ночью встречу группы поддержки, совершив приятную прогулку днем, обсудив, что случилось, с ее соседкой по комнате, похвалил себя за то, что смогла все преодолеть, и перестала беспокоиться.

Перед тем, как приступить к обсуждению процессов для поддержания перемены, и клиенту и клиницисту следует понять, что беспокоящие поведение могут время от времени иметь место. Некоторые из этих поведений будут непродолжительны, их причины будут проанализированы, и возврат к непроблематичному поведению будет быстро осуществлен. Такие примеры являются просто осечкой или промахом. Когда проблематичное поведение продолжается или возврат к нему случается часто, можно сказать, что имеет место рецидив. На стадии поддержания предотвращение и быстрое исправление ошибок или промахов – основа работы. Слишком большая уверенность, постоянная проверка силы воли при наличии окружающих

соблазнов, обвинение самого себя за промахи и неспособность соответственно использовать поощрения ведут к рецидиву.

Процессы поддержания перемены не используются так часто, как те, что на более ранних стадиях подготовки и действия. Эти процессы опять выносятся на повестку, когда требуется. Акцент помещается на решимость и принятие похвалы за выполнение. Особая бдительность важна при предотвращении самодовольства и самоуспокоения – четкого предсказателя срыва. Стадия поддержания также требует *принятие похвалы за перемены*, которые происходят – новый стиль жизни. Хотя двойная решимость и принятие ответственности за достижения являются основой этой стадии, этого недостаточно.

Примеры того, как поддерживать изменение включают:

1. Записи трудностей, встреченных на ранних попытках перемены, и подготовка сократить или предотвратить их.
2. Сохранение контроля над окружением путем сохранения здоровых дистанций от соблазнов (сигналов, которые могут вызвать нежелательное поведение)
3. Создание нового образа жизни путем продолжения использования техник противопоставления, таких как упражнения, расслабление, и нахождение времени для здоровых видов деятельности (напр. хобби, волонтерство).
4. Продолжение проверки негативности мыслей – отрицания, искажения и рационализации являются врагами поддержания, и им надо противостоять путем честности и неминимизацией опасностей и риска.
5. Уверенность в себе – вера в способность выполнять задания необходимые для постоянной перемены, будет как способствовать, так и поддерживает перемену.

Прочаска, Нокросс и ДиКлименте (1994) в своем описании процессов, используемых на стадии поддержания, отметили, что терпение и настойчивость являются признаками поддержания.

Работа с клиентами, у которых был рецидив

Зависимость от ПАВ рассматривается как рецидивное состояние. Мало людей, зависящих от алкоголя, табака, или другого наркотика изменили свое поведение без промахов и рецидивов; большинство имело рецидив. Понимание процессов и стадий перемен и их циклической природы разъясняет рецидив путем более ясного определения его причин и последовательности, и как это может использоваться, чтобы продолжить перемены, ранее начатые. Рецидивы – это возвраты к прежнему использованию ПАВ или замена другим наркотиком наркотика, который больше не употреблялся (например, замена алкоголя героином). Перемена, как она концептуализируется в этой модели, циклична по своей натуре. Рецидивисты чаще всего возвращаются (заключиваются) на стадии созерцания и подготовки, и до того, как перейти дальше, должны определить, чему они научились.

В настоящее время новой системы управления здравоохранением и краткосрочного лечения клиницисты не в состоянии обычно работать со многими своими клиентами на протяжении долгого времени. Исследование обнаружило, что первые 90 дней, следующие за окончанием лечения (обычно во время фазы действия) – период особой уязвимости в отношении рецидивов употребления наркотиков (Димефф и Марлатт, 1995).

Причины рецидивов документировались авторами этой модели и другими упомянутыми исследователями. Согласно Чиауззи (1990) рецидивисты имеют свои характерные черты, которые могут сделать их склонными к рецидиву – тенденция к навязчивому поведению, что

затрудняет приспособляемость к небольшим переменам в повседневности, тенденция к зависимости, что затрудняет утверждение желаний поддерживать изменения поведения, тенденция к обвинению других за чье-либо поведение (характеристика пассивно-агрессивных личностей), сильно выраженные нарцисстические черты, которые мешают признаться в потребности в помощи в трудные моменты, и тенденция к импульсивности с желанием не следовать по тропе, пройденной другими. Рецидивисты имеют тенденцию к замене другим наркотиком наркотика, который они больше не используют, или к замене проблемного поведения другим проблемным поведением, а не здоровым поведением. (Чируззи, 1990; Прочаска, Нокросс и ДиКлимент, 1994).

ДеДжонг (1994) определил стресс, негативное эмоциональное состояние, межличностный конфликт, общественное давление, позитивное эмоциональное состояние, использование других психоактивных веществ, и наличие сигналов, связанных с наркотиками, как предпосылку рецидивов. Димефф и Марлатт (1995) подтвердили эти открытия. Однако, они также включили сюда постоянные мысли о ПАВ, несмотря на перемены в поведении, и постановку себя в рискованные ситуации. Прочаска, Нокросс и ДиКлименте (1994) обнаружили, что использование неправильного процесса перемены на неверной стадии готовности к перемене также ускоряет рецидив.

План действия и поддержания должны содержать стратегии предотвращения рецидива, основанные на уже используемых или использовавшихся техниках по контролю над злобой, одиночеством, депрессией, беспокойством и другими эмоциональными проблемами. Клиенты должны обучаться способности рассматривать рецидивы как возможности анализировать факторы, способствовавшие настоящим или прежним рецидивам (если они имели место), создавать планы противостояния ситуациям и эмоциям, вызывающим рецидив, подтверждать решимость, быть терпимыми к промахам и не допускать, чтобы они превращались в рецидив.

Мотивационное интервьюирование: Увеличивая готовность к изменению

Стивен Роллник, Мишель Морган

Введение

Амбивалентность по поводу изменения поведения, очевидно, является таким простым понятием, что может показаться странным посвящение этому вопросу целой главы. Тем не менее, как из литературы по зависимости (например, Орфорд, 1985), так и случаев из клинической практики, становится ясным, что амбивалентность по поводу изменения близка, в сущности, к любой проблеме, связанной с зависимостью. Как может консультант помочь клиенту преодолеть амбивалентность? Этот вопрос, который является целью мотивационного интервьюирования, и будет предметом настоящей главы.

Обзор и общие сведения

Новый взгляд на мотивацию

Неустойчивая мотивация и изменение поведения терзала многих, кто сталкивался с клиентами, имеющими проблему зависимости. До недавнего времени вся ответственность за решение этой проблемы возлагалась на клиента. Мотивационное интервьюирование появилось, когда один из клиницистов, Уильям Р. Миллер, начал задумываться, почему консультанты по зависимостям так часто спорят со своими клиентами (Миллер, 1993). Традиционным ответом на такой вопрос было прямое заявление: отсутствие мотивации является частью проблемы. Отсутствие желания идти на контакт возникает в сердцах пациентов. Поэтому, люди, имеющие зависимость, имеют тенденцию отрицать остроту проблемы. Вербальная агрессия в ходе интервью были ожидаемы от такой группы клиентов.

Отправной точкой в теории Миллера было то, что он считал себя также ответственным за возникновение этих проблем. Проще говоря, консультирование в стиле конфронтации, включающее использование прямого убеждения, могло вызывать сопротивление и отрицание у клиента. Разработка мотивационного интервьюирования было попыткой сконструировать альтернативную стратегию для повышения мотивации клиента к изменению своего поведения. В ходе этого процесса, понимание самой мотивации также было усовершенствовано. Она была определена не как тенденция или черта характера, а как состояние сомнения готовности задуматься об изменении поведения.

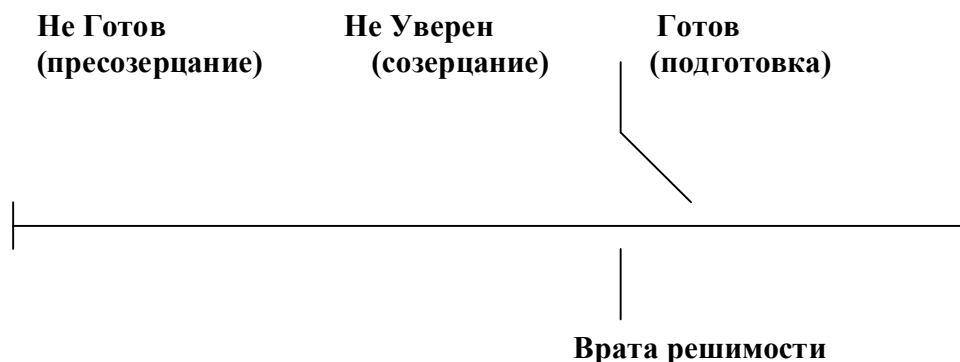
Две полезные концепции

Готовность изменить свое поведение

Модель стадий изменения возникла параллельно мотивационному интервьюированию и предоставила непосредственно полезную структуру для описания мотивационных состояний и соответствующих терапевтических задач (Прочаска и ДиКлименте, 1986; Девидсон, Роллник и МакЕван, 1991). Она также была использована как базис для различия между двумя фазами

мотивационного интервьюирования: построения мотивации и увеличения решимости изменить своё поведение.

Один из простых вариантов отображения различной степени готовности клиентов изменить поведение, изображен на рисунке 9.1, где стадии пресозерцания, созерцания и готовности были помещены на непрерывной линии. Клиент, успешно продвигающийся вдоль этой линии, в конечном итоге примет решение двигаться дальше сквозь «врата решимости» в стадию готовности (стадия подготовки), за которой, некоторое время спустя, происходит реальное изменение поведения (вертикальная линия на рисунке 9.1). Кроме того, что на ней отображена трудная для клинициста задача, чутко реагировать на состояние клиента на всем протяжении этого процесса, можно также сделать ряд других наблюдений по поводу процесса. Индивидуумы передвигаются взад и вперед вдоль этой линии; конфронтация со стороны интервьюера могут привести к движению в обратную сторону. Во-вторых, большинство из тех, кто злоупотребляют психоактивными веществами, находятся на стадии «неуверенности»; на этом этапе наиболее вероятно присутствие амбивалентности среди большинства клиентов, которая будет увеличиваться по мере того, как кто-либо из них будет приближаться к «вратам решимости». В-третьих, степень сопротивления со стороны клиента можно рассматривать как степень, на которую клиницист забежал вперед относительно истинного положения клиента на этой линии. Проще говоря, если вы будете говорить с клиентами как будто бы они *должны* быть готовы изменить свое поведение, в то время как на самом деле они не уверены в этом, результатом станет сопротивление со стороны клиентов. В этом свете, сопротивление (резистентность) дает консультанту сигнал вернуться назад по схеме и откорректировать воздействие в соответствии с состоянием клиента на данном этапе.



Оценка готовности клиента измениться может быть произведена формально, с использованием любого из ряда анкет. Менее формально, это можно сделать просто, начертив линию и попросив клиента сказать вам, где бы он\она расположил себя на этой линии. Такая точная оценка не всегда необходима при проведении интервью. Тем не менее, важным является, постоянное желание консультанта понять готовность клиента изменить своё поведение.

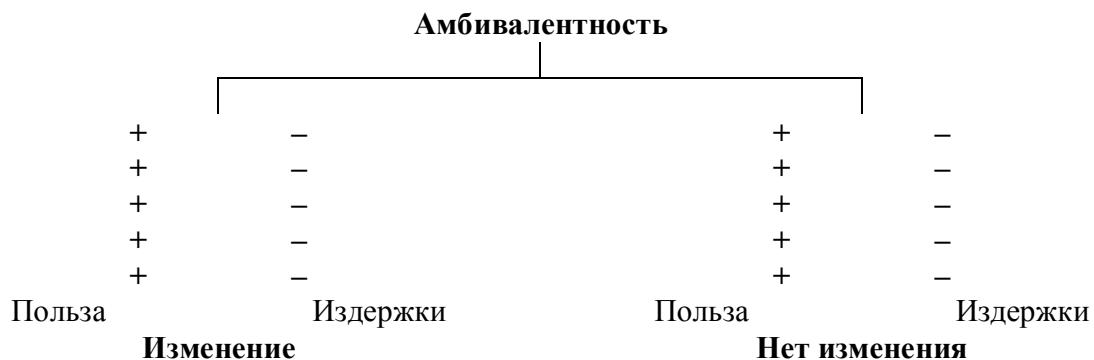
Существует ли какое либо доказательство того, что, приняв во внимание готовность клиента, изменить свое поведение, мы сможем как-то повлиять на ход проведения и результат консультирования? Этот вопрос детально рассматривается в разделе о взаимном сочетании пациента и лечения.

Амбивалентность

Клиенты, поступающие на лечение, могут ощущать выраженную амбивалентность. С одной стороны они могут чувствовать себя мотивированными по отношению к началу лечения, и в

то же время ощущать желание избежать его. Довольно часто можно встретить людей, дрейфующих между состояниями принятия оборонительной позиции и решимостью начать лечение. Именно чувствительность делает потребителей наркотиков такими уязвимыми по отношению к подходу, применяемому консультантом. Конфликт амбивалентности, который более подробно был описан Миллером и Роллником (1991) и Орфордом (1985), включает в себя выбор между продолжением употребления наркотиков и изменением своего поведения, между потворством своим желаниям и сдержанностью. Как показано на рисунке 9,2, каждая стадия имеет свои преимущества и недостатки.

Здравый смысл подсказывает, что самым очевидным способом помочь кому-либо задуматься об изменении своего поведения является использование некой формы прямого убеждения. Так, клиницист может приводить доводы либо против продолжения употребления наркотиков, либо в пользу изменений поведения. Этот подход, как это было предложено, подразумевает наличие множества советов по поводу перемены поведения (Роллник, Киннерсли, Скотт, 1993). Проблема здесь заключается в том, что типичным ответом клиента будет, «Да, но...», и он\она станет указывать либо на положительные стороны употребления наркотиков, либо отрицательные стороны перемены поведения (прекращения потребления). Это является в точности противоположным тому, что мы хотим услышать от такого человека.



Осознание этого момента было одним из отправных пунктов мотивационного интервьюирования, найти альтернативу попаданию в ловушку «конфронтация – отрицание». В сущности, сам клиент, а не консультант, должен работать над конфликтом амбивалентности и, если это является возможным, говорить о причинах, вызывающих беспокойство относительно употребления наркотиков и аргументах в пользу изменения поведения.

Определение и принципы мотивационного интервьюирования

В основе мотивационного интервью, или любой консультации по вопросам изменения поведения лежит определенное несоответствие между желанием консультанта способствовать переменам поведения и ожиданиями и стремлениями самого клиента. Таким образом, мотивационное интервью имеет четкий директивный компонент, который в то же время центрирован на клиенте. Самое важное при этом – это сопереживать вместе с клиентом по поводу его внутренних конфликтов. Иногда консультант «ведёт» клиента, а порой он\она следует за клиентом. Направление, которого придерживается клиент, - придти к пониманию амбивалентности. Рабочее определение мотивационного интервьюирования следующее: центрированный на клиенте стиль консультирования с целью оказания помощи клиенту при изучении и разрешении амбивалентности относительно изменения поведения.

Миллером и Роллником были определены пять основополагающих принципов мотивационного интервьюирования (1991).

1. *Выражайте сочувствие.* Это является активным процессом, при котором рефлексивное выслушивание клиента используется для того, чтобы понять его. Основополагающим отношением должно быть признание, принятие, когда чувства клиента понимаются без критики или порицания. Это не подразумевает обязательного согласия или одобрения, а скорее отражает то, что чувства и состояние клиента заслуживают понимания.
2. *Развивайте различие.* Клиент активно поощряется на выявление разницы между будущими достижениями (такими как личное здоровье или успех) и текущим поведением. Одной из целей мотивационного интервьюирования является развитие этого чувства разницы до тех пор, пока не будет преодолено желание клиента сохранить настоящее поведение. Дискомфорт, который иногда возникает в результате этого процесса, должен быть решен уважением и чуткостью. Задача мотивационного интервьюирования – это стимулировать внутреннюю мотивацию клиента, вместо того, чтобы использовать внешнее давление; оно включает в себя проникновение в систему ценностей клиента и его глубинные стремления. Очень важно, тем не менее, делать попытки контрастировать эти стремления с существующим проблемным поведением.
3. *Избегайте споров.* Споры с клиентами только спровоцируют дальнейшее сопротивление (т.е., клиенты покажут свою свободу тем, что станут вести себя противоположным образом). Очень часто, предметом, вокруг которого развиваются споры, является навешивание ярлыков диагноза; мало, что можно получить оттого, что вы будете стараться убедить кого-либо принять «ярлык», если они этому противятся.
4. *Изменяйте направление резистентности (сопротивление).* Вместо того, чтобы спорить, консультант должен изменить направление или перефразировать утверждения и высказывания клиента, так чтобы уменьшить сопротивление с его стороны. Таким путем, чтобы доводы, представляемое клиентом как барьер тому, чтобы измениться (например, сообщения о том, что супруг(а) постоянно слишком много жалуется на поведение клиента) может быть перефразировано как потенциальный источник для перемен (например, супруг(а) выражает беспокойство). Одним из самых искусных навыков мотивационного интервьюирования является умение уважительно предложить клиенту рассмотреть новые возможности.
5. *Поддерживайте уверенность в себе.* Уверенность в себе означает веру в свои способности измениться в определенной ситуации. Сильная вера в свои силы является предсказателем хорошего результата. Консультанту нужно обсуждать и воспитывать в клиенте веру в свои силы, особенно когда клиент переходит на стадию подготовки.

Практика мотивационного интервьюирования

Практика мотивационного интервьюирования подробно описана Миллером и Роллником (1991). Далее следует краткое изложение ключевых компонентов мотивационного интервьюирования. Практики, которые пробуют использовать эти руководства впервые, должны иметь в виду необходимость придерживаться духа стиля консультирования и не погружаться с головой в детали техники. У клиентов, существует внутренняя мотивация изменить свое поведение. Задачей консультанта просто является выявить эти мотивы в доверительно-уважительной атмосфере.

Навыки консультирования, центрированного на клиенте

Основа мотивационного интервьюирования состоит из навыков недирективного консультирования, в котором предполагается, что практика сочувствия является крайне важной. Очевидно, что умение рефлексивно выслушивать клиента является ключевым навыком. Открытые вопросы, подведение итогов и подтверждение являются существенными.

Выявление (извлечение) самомотивирующих утверждений

Директивный компонент мотивационного интервьюирования исходит из желания консультанта изучить амбивалентность, и воодушевить клиента, если это, возможно, выразить своё беспокойство по поводу поведения и какие-либо аргументы в пользу перемен. Когда это происходит, клиент делает «самотивирующие утверждения». Это утверждения, которые отражают признание проблемы, беспокойство по поводу нее, намерение измениться или оптимизм по поводу перемен. Вот некоторые примеры: «Я заметил что, наркотики не просто успокаивают меня, как это было раньше, они просто сбивают меня с ног». «Я обеспокоен потому что, если я буду продолжать употреблять наркотики, мой семейный брак не будет долговечен». «Если я что-нибудь не предприму по этому поводу, я не знаю, чем все это кончится».

Когда клиенты делают такого рода утверждения, задача консультанта является удивительно простой: следовать за клиентом, медленно и осторожно, с единственной целью понять его как можно глубже. Здесь особенно важно умение рефлексивно слушать. Частой ошибкой, которую делают консультанты, когда сталкиваются с самомотивирующими утверждениями, это вторжение в процесс познания себя клиентом либо путем слишком быстрого продвижения вперед, часто переходя к цели изменения, или же путем представления какой-либо своей новой идеи или гипотезы.

Выявление самомотивирующих утверждений подразумевает внимательное выслушивание клиента, оценка степени его готовности изменить поведение, и выбор подходящего момента, чтобы изучить мотивацию. Простые, открытые вопросы или же побуждающие вопросы могут быть использованы для этого, также как и целый ряд других стратегий, описанных Миллером и Роллником. Вот некоторые из примеров, побуждающих вопросов: «Что как Вы заметили, беспокоит Вас относительно потребления алкоголя?», «Что Вас беспокоит в связи с потреблением кокаина?», «Какие вы видите аргументы в пользу изменения своего поведения?». Одним из самых очевидных, простых и полезных подходов является стратегия уравновешенного принятия решения, когда клиента просят высказаться о том, что ему нравится и не нравится относительно употребления наркотиков. Как альтернатива, может быть полезным изучение с клиентом преимуществ и недостатков того, что клиент поменяется, особенно когда он приближается к вратам принятия решения, изображенным на рисунке 9.1. Стоит заметить, что изучение амбивалентности может быть проведено клиентом на эмоциональном или сознательном уровне. Недостаточно много известно об этих процессах, чтобы понять преимущества и ограничения соответствующим образом. Оказывается, что клиенты, если им предоставлена свобода, сами для себя определяют, на каком уровне они бы хотели это делать.

Мотивированность на изменение поведения может увеличиться, когда клиенту предоставлена возможность, выразить свои самомотивирующие утверждения. Принцип построения различий продвигает этот процесс еще на один шаг вперед. Консультант старается контрастировать эти утверждения с тем, что клиент сказал о своих личных целях или стремлениях. Проще говоря, существует неприемлемый контраст между, например, «я хочу изменить наши отношения с супругом(ой) в лучшую сторону» (личное стремление) и «когда я пью меня другие вообще не волнуют» (самотивирующее утверждение). Выявление этих контрастов у клиента и их подитоживание четко и в то же время уважительно обеспечивает стимулы к изменению.

Две стадии мотивационного интервьюирования

Мотивационное интервьюирование было разделено на две стадии по любой стадий принятия решения, определенных на рисунке 9.1; на стадии 1 (пресозерцание и созерцание), задачей консультанта является создать или «построить» мотивацию; это делается с помощью изучения амбивалентности и выявления самомотивирующих утверждений. Как только клиент решает поменяться, на фазе подготовки (стадия 2), задача консультанта укрепить решимость, убежденность клиента измениться с помощью выявления у клиента практически осуществимых целей и стратегий по их достижению. На этой стадии у консультанта появляется соблазн самому предложить решения проблем, так как кажется, что клиент готов к перемене. Однако, такой подход часто заканчивается тем, что клиент начинает отстаивать свою свободу и, говорит консультанту почему предлагаемое им решение не приемлемо (не сработает). Как избежать этого соблазна (попадания в эту ловушку) и в то же время остаться полезным является одной из главных целей на стадии 2.

Работа с резистентностью

Мотивационное интервьюирование включает в себя набор стратегий по работе с резистентностью (сопротивляемостью). Она рассматривается не как проблема клиента, а как помеха в налаживании доверительных отношений, и требует изменений в стратегии, применяемой консультантом. Часто, но не всегда, резистентность возникает в результате того, что консультант переоценил степень готовности клиента изменить свое поведение. Действия в ответ на резистентность со стороны клиента варьируют от утверждений в ходе рефлексивного выслушивания до использования более широких стратегий, таких как перемещение фокуса или же постановка ударения на личном выборе и контроле со стороны клиента.

Обмен информацией

Простой обмен информацией или оценка результатов с клиентом может повысить мотивацию к изменению. Доказательство этому возникло в результате работ Миллера и его коллег. Этот процесс, который может иметь место на любой стадии консультирования, не просто предоставление информации. Придерживаясь нескольких простых руководств можно помочь в создании мотивации к изменению: прежде всего, обсудите, что клиент знает о данной теме, и сколько он \ она хотел бы знать. Во-вторых, предоставьте информацию и результаты оценки в нейтральной и непредвзятой манере. Покажите различия между фактами и их личной интерпретацией; задача консультанта – предоставить факты. Наконец, и это важнее всего, необходимо поощрять клиента к тому, чтобы он пришел к своему пониманию информации. Эти принципы были заложены как в формальные процедуры оценки, так и в краткое мотивационное интервьюирование в медицинской среде (Роллник, Хезер, Белл, 1992).

Дух мотивационного интервьюирования

Практика мотивационного интервьюирования подразумевает «деликатный танец, когда приходится и вести и самому быть ведомым, когда приходится использовать разные стратегии или же просто тихо слушать. Таким образом, подбор методики становится вопросом соответствия «духу» консультирования, а не просто вопросом применения методик на клиентах. Во главе всего стоит правильное реагирование на степень готовности клиента к переменам.

Сеанс, который проходит хорошо, включает в себя периоды, когда иногда по ходу беседы ведет консультант, вслед за этим идет период размеренного, активного выслушивания клиента. Когда клиент выражает беспокойство по поводу поведения, связанного с зависимостью от наркотиков, или же доводы в пользу изменения (самотививирующие утверждения), задачей консультанта становится просто выслушать и понять; консультант не должен торопить события или же представлять клиенту слишком много нового материала; мотивация к изменению исходит от клиента, а не от технических знаний консультанта.

Особые преимущества и ограничения

Самым очевидным общим преимуществом мотивационного интервьюирования является его гибкость. Оно может быть использовано не только при любых беседах по поводу злоупотребления наркотиками, но и является уместным в любых ситуациях, в которых консультант беседует с клиентом по поводу изменения его поведения (например, в ежедневных медицинских консультациях). Так, например, в настоящее время ведется работа по использованию мотивационного интервьюирования с сексуальными домогателями (цами), диабетиками и больными шизофренией, которые амбивалентны по поводу принятия медикаментов. Некоторые клиницисты разработали набор определенных техник и преуменьшили роль мотивационного интервьюирования как стиля консультирования (Сондерс, Вилкинсон, Аллсоп, 1991).

В области зависимостей, мотивационное интервьюирование не должно рассматриваться не как дискретная форма терапия, а как стиль консультирования. Оно может быть интегрировано во многие другие терапевтические области. Например, вполне возможно, что в ближайшие годы будут предприняты усилия интегрировать мотивационное интервьюирование с когнитивно-поведенческими подходами, такими как профилактика рецидива. Этот процесс будет включать в себя не просто использование централизованного на клиенте консультирования наряду со стратегиями по профилактике рецидива, но и увеличение решимости клиента в манере, характерной для мотивационного интервьюирования на стадии 2.

Одним из очевидных ограничений для мотивационного интервьюирования является его несовместимость с более авторитарным подходом к лечению. Некоторым консультантам не будет нравиться относительно спокойный и размеренный темп мотивационного интервьюирования. Может показаться утомительным, ходить вокруг да около конфликта амбивалентности клиента, где чаще приходится сталкиваться с противоречием, нежели с последовательностью. Тем не менее, можно сказать, что и альтернативный конфронтационный подход не только менее эффективен, но и может затянуть консультанта в утомительную серию споров с клиентом.

Похоже, что мотивационное интервьюирование может быть использовано в течение сравнительно короткого периода. Появляется доказательство того, что одна или две сессии могут иметь мощный эффект на клиентов. В более широкой области медицины и первичных учреждениях, оказывающих услуги по здравоохранению, оказалось возможным разработать форму краткого мотивационного интервьюирования, состоящего из одной сессии (Роллник и др., 1992), основываясь на использовании дискретных стратегий, которым можно обучить не подготовленных специально медицинских работников. На уровне отдельных интересных случаев, мы недавно наблюдали, как врач скорой помощи провел 5 минутное воздействие, в ходе которой пациент, пьющий человек с язвой желудка и циррозом печени, был поощрен взвесить за и против употребления алкоголя. Это привело к спонтанному решению пациента обратиться за направлением на дальнейшее лечение. Короткая интервенция стала дискретной областью исследования. Одним из аргументов в пользу того, что такая тактика работает, является то, что получателям дается «мотивационный толчок», достаточно мощный, чтобы способствовать изменению поведения.

Иногда выражается беспокойство по поводу того, что практика мотивационного интервьюирования может быть неэтичной: клиенты, сами, не зная того, испытывают на себе манипуляцию, для изучения своей амбивалентности и всерьез задуматься об изменении поведения. Мы полагаем, если мотивационное интервьюирование проводится плохо, то этические проблемы на самом деле возникают. Одна из них свойственна не только мотивационному интервьюированию; консультанты в этой области обычно имеют перед собой четкую задачу убедить клиента изменить свое поведение. При таких обстоятельствах, может произойти нарушение автономии клиента. Существует много путей, которые могут минимизировать вероятность того, что мотивационное интервьюирование опустится до скрытого манипулирования. Консультанты, на различных этапах беседы с клиентом, могут, открыто сказать о том, чего они хотят добиться от клиента. Развитие чувства различия между целями клиента в будущем и нынешним его состоянием может оставить у клиента чувство уязвимости. Этические трудности могут быть минимизированы, если консультант сконцентрирует свое внимание на главных ценностях клиента при следовании этому принципу (Миллер, 1994г). Внимательное наблюдение за клиентом укажет на то, когда и хочет ли вообще клиент задуматься о разнице между своими главными ценностями и его аддиктивным поведением. Поэтому, использование рефлексивного выслушивания также как и практика видения проблемы, глазами клиента являются важными мерами предосторожности для консультанта. Это является одним из главных аргументов в пользу того, чтобы рассматривать мотивационное интервьюирование как стиль консультирования, а не набор методик для испытания над людьми.

Вопросы обеспечения согласования между лечением и пациентом

Модель стадий изменения поведения предоставляет клинически полезный критерий по согласованию различных форм воздействия на потребителей наркотиков. Мотивационное интервьюирование, похоже, лучше всего подходит для тех, кто находится на стадиях присозерцания и созерцания. В действительности, одной из целей проекта МАТСН является изучить эту возможность (Исследовательская группа по проекту МАТСН, 1993г). Таким путем, одной из опасностей в использовании модели стадий изменения поведения – является то, что пациенты, находящиеся на стадиях подготовки, действия и поддержания рассматриваются как неподходящие для мотивационного интервьюирования. В действительности, люди на этих стадиях также испытывают кризис уверенности в своих силах, при котором их решимость измениться убывает, а старый спектр приятных ассоциаций с употреблением наркотиков снова отчетливо проявляется в сознании. Амбивалентность по поводу изменения поведения может возникнуть на любой стадии изменения. Поэтому, использование конфронтационного интервьюирования или прямого убеждения может быть непродуктивным на любой стадии. Существуют аргументы в пользу того, чтобы рассматривать согласованность в более узком смысле этого слова, не использовать все возможные методы лечения, а делать акцент в зависимости от того, на какой стадии изменения поведения находится клиент. Мотивационное интервьюирование могло бы стать одной из частей фундамента для более широкого спектра, которая включала бы когнитивно-поведенческие методики для профилактики рецидива.

Проблемы издержек

Невольно возникает соблазн рассматривать мотивационное интервьюирование как недорогую опцию, в особенности из-за того, что оно может быть сжато в относительно краткую форму. Появились доказательства его эффективности. Этот довод подкреплён наблюдением того, что многие люди с проблемами зависимости меняются в любом случае без какой-

нибудь формальной помощи. Короткий «мотивационный толчок» может быть всем, тем, что нужно для большинства потребителей наркотиков (см. Биен, Миллер, Тониган, 1993) Формальная оценка рентабельности должна быть осуществлена путем сравнения мотивационного интервьюирования с другими подходами, известными как эффективные. Экономисты и плановики должны, тем не менее, избежать попадания в ловушку рассмотрения потребителей наркотиков как гомогенной единой группы. Существует некоторые клиенты с серьезными личностными и социальными проблемами, которым понадобится помощь другого рода. Не нужно оглядываться далеко назад в историю лечения злоупотребления наркотиков, чтобы найти доказательство в пользу целенаправленного поддержания одной формы лечения. Остается надеяться, что сенситивный клинический и экономический анализ позволит избежать того, чтобы это произошло в случае с мотивационным интервьюированием.

Доказательства эффективности

Мало толку оттого, чтобы тратить время и ресурсы, способствуя готовности клиента к лечению, если это все не приводит к положительным результатам лечения. Первые исследования, посвященные мотивационному интервьюированию, появились совсем недавно. Три эксперимента описываются ниже.

Сначала Биен, Миллер и Бороус (1993) изучили воздействие мотивационного интервьюирования как предварительного шага в амбулаторном лечении людей, имеющих серьезные проблемы с алкоголем. 32 клиента были распределены методом случайной выборки на две группы, тех, кто получил мотивационное интервьюирование и тех, кто его не получил. Процесс состоял из 2-х часовой оценочной сессии, вслед за которой проводилось интервью, результаты которого были проанализированы в соответствии с принципами мотивационного интервьюирования (Миллер, Роллник, 1991г). Субъекты в группе контроля заполнили такую же форму, но получили плацебо интервью вместо мотивационного интервьюирования. Через три месяца после опыта в экспериментальной группе результат был очевиден. Через 6 месяцев, эти различия не были более значимыми.

Во втором случае Браун и Миллер (1993г) использовали схожий схему, чтобы изучить воздействие мотивационного интервьюирования для стационарного лечения среди 28 алкоголиков. Однако, в этом исследовании субъекты в группе контроля продолжали получать обычное рутинное лечение после прохождения оценки и не получили плацебо интервью. Клиенты, которые получили первоначальное мотивационное интервьюирование участвовали в процессе лечения в более полной мере (как это было оценено терапевтами) и показали лучший результат лечения через три месяца после того, как были выписаны, несмотря на то, что получили такую же 13-дневную стационарную лечебную программу, что и субъекты группы контроля. Наконец, Роллник и соавторы (1992г.) предложили короткое мотивационное интервьюирование одной группе основанное на построение навыков консультирование другое группе из общего числа 174 –х не ищущих никакой помощи чрезмерно пьющих в общих условиях больницы. Предварительный анализ показывает, что среди 70% классифицированных как меньше готовых к изменению (пресозерцание, созерцание и стадия подготовки), те, кто получил мотивационное интервьюирование, имели лучший результата спустя 6 месяцев по сравнению с теми, кто получил основу построения навыков консультирования. Эти данные позволяют предположить, что конструкция готовности к изменению могла бы сформировать полезную основу для подбора соответствующего лечения индивидуально для клиента.

Не одно из описанных выше исследований не было полностью методологически безупречным. Они представляют собой первичные данные в том, что является развивающейся областью исследований. Они также иллюстрируют, как можно адаптировать мотивационное интервьюирование к различным условиям. В-первых двух исследованиях это было интервью,

вслед за детальной оценкой. В третьем случае, вся процедура была сжата до размера короткой беседы у постели больного. Проще говоря, эти исследования подтверждают, что результат улучшается, если клиенты, а не консультанты, воодушевлены выразить свою оценки и свою амбивалентность по поводу изменения поведения.

Заключение

Мотивационное интервьюирование выполняет важную функцию в области зависимостей как альтернатива конфронтационным подходам, так широко используемым на практике в отношении многих заболеваний. Какое место оно займет в будущем кроме этого? Мы попытались показать, что оно представляет собой больше, чем просто использование стиля не конфронтационного интервьюирования в работе с клиентами. Его главная цель направлена на изучение и разрешение амбивалентности. Этот метод включает в себя комбинированное использование директивного и центрированного на клиенте стилей консультирования. Доказательство его эффективности уже появляется. Является ли этот вид деятельности мотивационным интервьюированием менее важно чем-то, что клиентам предоставляется возможность добраться до сути конфликта амбивалентности в конструктивной атмосфере. Что, в свою очередь, будет способствовать улучшению нашего понимания мотивации.

Примечания

1. Миллер и Роллник (1991) представили более подробное описание мотивационного интервьюирования и вытекающих из него результатов. Для читателей, заинтересованных в более широком применении мотивационного интервьюирования в медицинских условиях, статья, написанная Роллником и соавторами (1993г) предоставляет концептуальную рамку; специфические пример того, как метод может быть сжат в короткую процедуру, может быть найден в статье Роллника и соавторов (1992г).
2. Орфорд (1975 г) дает замечательное описание конфликта амбивалентности, подчеркивая то, что он назвал *чрезмерными аппетитами*. Это очень полезная литература по рассмотренному вопросу.

Признание

Мы бы хотели выразить благодарность Бобу Хантерау, AADAC, г. Алберта, Канада, который воодушевил нас рассмотреть проблему резистенции в ракурсе нарушенного взаимодоверие, которое должно быть восстановлено консультантом.

Список литературы

1. Биен, Миллер, Бороус (1993). Мотивационное интервьюирование с пациентами, страдающими алкоголизмом, *Поведенческая психиатрия*, 21, 347-356
2. Биен, Миллер, Тониган (1993). Короткие интервенции по проблемам алкоголя: Обзор. *Зависимость*, 88, 315-336
3. Броун, Миллер (1993). Воздействие мотивационного интервьюирования на участие и результат амбулаторного лечения алкоголизма, *Психология аддиктивных поведений*, 7, 211-218
4. Дэвидсон, Роллник, МасЕван (1991). *Консультирование проблемного потребителя алкоголя*. Лондон: Рутледж.

5. Миллер (19983) Мотивационное интервьюирование проблемных потребителей алкоголя, *Поведенческая психология*, 11, 147-172
6. Миллер (1994) мотивационное интервьюирование: III. Об этике мотивационного интервьюирования. *Поведенческая и когнитивная психология*, 22, 111-123
7. Миллер, Роллник (1991). *Мотивационное интервьюирование: подготавливая людей изменить аддиктивное поведение*. Нью-Йорк, Гилфорд пресс.
8. Миллер, Соверейн (1989). Проверка: модель ранней интервенции в аддиктивное поведение. В Лобер, Миллер, Натан, Марлатт, *Аддиктивное поведение: профилактика и ранние интервенции*. (219-231), Амстердам: Светс и Зейтлингер.
9. Орфорд (1985) *Чрезмерные аппетиты: Психологический взгляд на зависимость*. Нью-Йорк: Уили
10. Прочаска, ДиКлименте (1986): Навстречу всеохватывающей модели изменения. В Миллер и Хезер: *Лечение зависимости: процесс изменения поведения* (3-27) Нью-Йорк:: Пленум Пресс.
11. Исследовательская группа проекта МАТЧН (1993). Проект МАТЧН: Логическое объяснение много-центрового клинического испытания по соответствующему подбору лечения для пациентов, страдающих алкоголизмом. *Алкоголизм: клинические и экспериментальные исследования*, 17, 1130-1145.
12. Роллник, Хезер, Белл (1992). Обговаривая изменение поведения в медицинских условиях: Развитие краткого мотивационного интервьюирования. *Журнал психического здоровья*, 1, 25-37
13. Роллник, Киннерсли, Стотт (1993). Методы оказания помощи пациентам при изменении поведения. *Британский медицинский журнал*, 307, 188-190
14. Саундерс, Аллсоп (1989). Рецидив: Критика. В Госсоп: *Рецидив и аддиктивное поведение* (249-277). Лондон: Роутледж.
15. Саундерс, Вилкинсон, Аллсоп (1991). Мотивационное интервьюирование с потребителями героина, посещающими метадоновую клинику. В Миллер, Роллник, *Мотивационное интервьюирование: подготавливая людей изменить свое аддиктивное поведение* (279-292) Нью-Йорк: Гилфорд Пресс.

Создание мотивации для изменения

Если вам что-то и надо для того, чтобы помочь людям, так это качества хорошего бармена – сочувствие, желание выслушать и интуиция.
Френк Бухмен, цитируется в Гарт Лин, *Френк Бухмен: Жизнь*

Начало процесса консультации в некотором роде напоминает игру в шахматы. Все фигуры аккуратно расставлены и готовы к тому, чтобы игра началась, но через несколько минут оба игрока могут очутиться в очень сложной ситуации. Можно заранее точно не знать, какие движения надо совершать, но большим преимуществом является наличие общего плана игры. Количество специфических ситуаций, в которых можно очутиться, практически неограниченно; однако можно заранее знать набор общих стратегий, которые могут оказать неоценимую помощь в том, чтобы справиться со сложностями в игре. Часть такого знания включает в себя понимание того, что *не следует* делать, особенно в начале. Это также включает в себя понимание общих проблем и ловушек, с которыми можно столкнуться, и то, каким образом их можно предотвратить или, по крайней мере, как от них оправиться. Имеются разные подходы к началу игры, середине и завершению игры, хотя стратегии частично и совпадают. Общая цель этого первого этапа консультирования заключается в том, чтобы *создать мотивацию для осуществления изменения*. На данном этапе предполагается, что клиент находится в состоянии амбивалентности на стадии созерцания или даже пред-созерцания. Мы объясняем, в какие ловушки можно попасть вначале мотивационного интервьюирования, и приводим конкретные примеры диалога во время консультации с тем, чтобы проиллюстрировать то, как консультанты могут попасть или преодолеть эту западню. Однако, прежде всего, мы хотим сказать несколько слов об открытии сессии, и о некоторых обычных ловушках, в которые консультанты могут попасть в самом начале.

О первой сессии

Самая первая сессия может сыграть необыкновенно важную роль, потому что здесь задается тон и закладываются ожидания от консультирования. Действия терапевта, даже во время единственной сессии, могут оказать сильное влияние на сопротивление клиента и на долгосрочный результат (Миллер и Соверен, 1989). Следовательно, важно применить адекватный подход с самого начала, и всячески избегать возможных ловушек, которые могут быстро подорвать прогресс.

Ловушка "вопрос - ответ"

В начале процесса консультирования легко увязнуть в схеме, согласно которой консультант задает вопрос, а клиент дает короткие ответы. Это похоже на то, что происходит в то время, как врач проводит общий осмотр пациента: пациент отвечает "Да" или "Нет" во время длительного процесса обследования для выявления потенциальных проблемных направлений. Это может произойти частично потому, что консультант испытывает потребность в получении специальной информации. Это также может быть и реакцией на тревогу - или консультанта, который хочет все держать под контролем, или клиента, который себя лучше чувствует

в спокойной предсказуемости этой пассивной роли. Согласно этому, "эксперт" консультант направляет сессию при помощи задаваемых вопросов, тогда как клиент просто отвечает адекватными короткими ответами. Например:

Терапевт: Вы здесь для того, чтобы поговорить о вашем увлечении азартными играми, правильно?

Клиент: Да.

Т: Как вы думаете, вы слишком много играете?

К: Вероятно.

Т: Какая ваша любимая игра?

К: Черный Джек.

Т: Вы обычно пьете во время игры?

К: Да.

Т: Вы когда-нибудь влезали в серьезные долги из-за игры?

К: Да, один или два раза.

Т: Насколько большим был долг?

К: Однажды мне пришлось занять 8.000 долларов, чтобы заплатить долг.

Т: Вы женаты/замужем?

К: Нет, я разведен/а.

Т: Как давно вы развелись?

К: Два года назад.

Итак, это может произойти следующим образом. В данной ловушке имеется несколько негативных аспектов. Первое, она приучает клиента давать краткие, простые ответы, на основе которых трудно выработать то, что необходимо вам для проведения мотивационного интервью. Второе, она предполагает взаимодействие между активным экспертом и пассивным пациентом: После того, как вы просто зададите достаточное количество вопросов, вы получите ответ. Она также не дает клиенту достаточно пространства для анализа и формулировки самомотивационных заявок, которые мы вскоре опишем как наиболее значительный процесс при мотивационном интервьюировании.

Эту ловушку довольно легко избежать. Мы рекомендуем, чтобы перед консультированием ваши клиенты заполнили анкету, которая может снабдить вас конкретной информацией, которая может вам понадобиться в самом начале, за исключением других подробностей, которые вы можете оставить на потом. Это спасает вас от необходимости проводить описание вопросов, на которые были получены краткие ответы. Вопросы открытого типа и стратегии рефлексивного слушания, которые получают свое объяснение немного позднее в данной книге, также являются очень важными для того, чтобы обойти ловушку вопрос-ответ.

Однако имеется более тонкая форма этой же самой ловушки, которая вовлекает вопросы открытого типа. Обычно оптимальным подходом является задавать вопросы открытого типа, затем откликаться на ответ клиента *не* задавая еще один вопрос, но слушая рефлексивно. Использование целого ряда вопросов открытого типа без достаточного рефлексивного слушания может иметь тот же самый эффект, как и серия закрытых вопросов. Клиенту навязывается пассивная роль, заключающаяся только в том, чтобы отвечать на вопросы. В качестве общего правила, не задавайте три вопроса подряд.

Ловушка "конфронтация - отрицание"

Для целей мотивационного интервьюирования ловушка конфронтации и отрицания является настолько важной, что ее необходимо всячески избегать. Терапевты попадают в нее благода-

ря своим хорошим намерениям и, благодаря ошибочному пониманию мотивационных процессов. Если терапевт неверно проводит открытие, большинство клиентов с готовностью будут играть в согласии со схемой.

Как попадают в эту ловушку? Знакомый сценарий состоит в том, что консультант нащупывает некоторую информацию, указывающую на наличие "проблемы" (например, "алкоголизм"), и начинает говорить клиенту, что он или она имеют серьезную проблему и предписывает определенный порядок действий. После этого клиент выражает нежелание это признать и говорит обычно одно из двух: (1) "Моя проблема на самом деле не *настолько* серьезна", и (2) "Не испытываю никакой потребности менять что-либо".

а самом деле, это легко предсказать. Если, как мы предполагаем, люди обычно приходят на консультацию в состоянии амбивалентности, то они неоднозначно относятся к своей ситуации: Они этого хотят, и Они этого не хотят. Они считают, что в чем-то они должны измениться. И, все же они не испытывают никакого желания отказаться от привычной схемы поведения. Они находятся в состоянии конфликта. Если консультант выступает на одной стороне конфликта, весьма вероятно, что клиент примет другую сторону. Вот пример:

Терапевт: Ну, мне кажется, что у вас серьезная проблема с выпивкой. У вас много признаков алкоголизма.

Клиент: Что вы имеете в виду?

Т: Ну, у вас имеется алкогольное нарушение, вы чувствуете себя некомфортно, когда вы не можете пить, вы теряете контроль над выпивкой.

К: Но многие люди, которых я знаю, пьют точно также.

Т: Может быть, да, может быть нет. Но мы не говорим о других людях, мы говорим о вас.

К: Но я не думаю, что это настолько серьезно.

Т: Не серьезно! Это просто удача, что вас до сих пор не арестовали или что вы никого не убили, когда вы находитесь за рулем в пьяном виде.

К: Я вам сказал, я езжу просто прекрасно. У меня никогда не было никаких проблем.

Т: А ваша семья? Они считают, что вы слишком много пьете, они считают, что вы обязаны бросить пить.

К: О, Френ из семьи трезвенников. Со мной все в порядке. Они считают, что любой, кто выпьет три рюмки подряд уже алкоголик.

С точки зрения мотивационного конфликта, эта схема вполне предсказуема и понятна. Беря на себя ответственность за конфликт со стороны "изменения проблемы", терапевт вызывает у клиента противоположные доводы в пользу того, что "проблемы нет".

Что происходит затем? Терапевт может рассматривать реакции клиента как доказательство наличия "характерной алкогольной черты отрицания", которая подтверждает диагноз. С этой точки зрения, адекватной реакцией было бы подогреть это - противостоять отрицанию клиента более агрессивно (смотри 1 Главу). Результат тоже является достаточно предсказуемым: В то время как терапевт более категорично отстаивает одну сторону, клиент будет более энергично защищать другую. Это знакомый сценарий и, вероятнее всего, клиент его уже проходил с другими.

Если клиент почувствует себя в западне, может проявиться феномен физиологического реактивного сопротивления (смотри 1 Главу): Человек отстаивает свою свободу поступать так, как ей/ему хочется. Конечный результат - это эскалация сопротивления силы силе. Чем сильнее противостоит терапевт, тем более клиент сопротивляется и не желает никаких перемен (Миллер и Соверен, 1989). В подобной ситуации клиенты могут буквально уговорить себя, что они не нуждаются в изменении. Они слушают самих себя, яростно доказывающих консультанту, что у них нет никаких проблем и им не нужны никакие перемены, и убеждают в

этом самих себя. Только очень немногие люди не находят убедительных аргументов или им можно доказать их неправоту.

Это ловушка конфронтации - отрицания. С ней можно столкнуться на любой стадии консультирования, но она почти неизбежна на ранней стадии, где она может настроить на очень беспомощный тон. В центре ее могут находиться самые разнообразные темы, а не только та, имеет ли клиент "проблему" или нет. Фактически, эта ловушка может проявиться в любое время, когда консультант спорит с клиентом. Две из основных стратегий мотивационного интервьюирования - рефлексивное слушание и выявление само мотивационных утверждений - являются хорошими подходами, способствующими предотвращению данной проблемы.

Ловушка эксперта

Увлеченный и компетентный консультант может, сам того не желая, попасть в ловушку эксперта, если он производит впечатление человека, имеющего ответы на все вопросы. Так же как и в случае ловушки вопрос - ответ, ее главное воздействие заключается в подталкивании клиента к исполнению пассивной роли, которая несовместима с основным подходом мотивационного интервьюирования - дать людям возможность самим исследовать и разрешить все свои сомнения. Искреннее желание помочь может привести консультанта к попытке "уладить" ситуацию, в которой оказался клиент, прописать все ответы и решения. Имеется время и для мнения эксперта (смотри 9 Главу), но фокус данного подхода заключается в том, чтобы помочь клиенту выработать свою собственную мотивацию. Вряд ли это произойдет, если клиент поставлен на место пассивного получателя совета эксперта.

Ловушка "приклеивание ярлыка"

Легко заманить консультантов и клиентов в эту ловушку при помощи вопроса о диагностическом ярлыке. Иногда консультанты считают, что ужасно важно для человека согласиться и принять ярлык консультанта ("Вы алкоголик", "Вы находитесь в отрицании", и т.д.). Поскольку такие ярлыки имеют определенное клеймо с точки зрения общественного мнения, неудивительно, что люди, обладающие разумным самолюбием, им сопротивляются. Как мы уже обсудили выше, нет никакой необходимости в том, чтобы оказывать давление на людей с тем, чтобы они согласились принять на себя эти ярлыки, а философия Анонимных Алкоголиков (АА) специально рекомендует воздерживаться от приклеивания ярлыков на других людей.

При обсуждении ярлыков часто наблюдается подспудный процесс. Это может быть борьба за власть, в которой консультант хочет отстаивать свое право на контроль и профессионализм или порицание как средство общения. У некоторых клиентов, даже такая безобидная фраза, как "ваша проблема с ..." может вызвать ощущение, что его загнали в угол, и ему будет очень неприятно. Опасность, конечно, заключается в том, что борьба с ярлыком, вызывает у клиента сопротивление, которое, в свою очередь, мешает прогрессу. Поскольку нет никаких важных клинических преимуществ в навязывании ярлыков, риск попасть в западню конфронтация - отрицание просто не стоит того, чтобы его испытывать.

Мы рекомендуем, следовательно, чтобы вы *особенно подчеркнули отсутствие каких-либо ярлыков* в курсе мотивационного интервьюирования. Проблемы можно полностью исследовать без приклеивания ярлыков, которые вызывают ненужное сопротивление. Если вопрос о ярлыке никогда не всплывает, нет необходимости его специально поднимать. Однако, часто бывает так, что клиент сам поднимает этот вопрос, и то, как вы реагируете на него, имеет очень важное значение. Мы рекомендуем сочетание активного слушания и перефразирования - два приема, которые будут обсуждены далее. Вот небольшой пример.

Клиент: То есть вы подразумеваете, что я наркоман?

Терапевт: Нет, на самом деле ярлыки меня не очень интересуют. Но похоже, что вас это беспокоит.

К: Ну, мне не хочется, чтобы меня называли наркоманом.

Т: Когда это происходит, вы чувствуете себя как, как - будто вы хотите сказать, что ваша ситуация на самом деле не настолько серьезна.

К: Точно! Я не говорю, что у меня нет никаких проблем ...

Т: Но вам не нравится, когда на вас ярлык, что "у вас есть проблема". Для вас это звучит слишком грубо.

К: Да.

Т: Это достаточно обычно, как вы можете себе представить. Большинство людей, с которыми я разговаривал, не хотят, чтобы к ним приклеивали ярлык. Ничего странного в этом нет. Мне тоже не нравится, когда люди приклеивают ко мне ярлык.

К: У меня такое впечатление, как - будто меня кладут в коробку.

Т: Верно. Итак, позвольте мне сказать так, как я это понимаю, а затем мы пойдем дальше. Для меня не важно, что мы *называем* проблемой. Я не возражаю, если мы для нашего дела назовем это "зависимостью" или "проблемой" или "Фредом". Нам вообще не обязательно как-то ее называть. Если вы хотите ярлык, я могу дать вам его, но для меня это не важно. Что действительно имеет значение, так это определить, как потребление кокаина, приносит вам вред, и что вы хотите, если вы действительно хотите, с этим делать. Вот, о чем я беспокоюсь. И напоследок, мы бы добавили, что мы тоже не видим веской причины для того, чтобы *отговаривать* людей от принятия диагноза, если они к этому склонны. Члены АА, например, часто говорят о том, что для них важно осознать и принять свой алкоголизм. Нет смысла противостоять такому восприятию себя самого. Мы только подчеркиваем, что не надо вступать в споры и борьбу по этому поводу.

Ловушка "преждевременного фокуса"

Даже, если консультант избегает вступать в спор и приклеивать ярлыки, сопротивление может возникнуть, если клиент и терапевт хотят сконцентрироваться на разных темах для обсуждения. При консультировании по зависимости, например, не так уж необычно, что терапевт хочет быстро перейти к вопросу об алкоголизме клиента и потреблении других наркотиков и связанных с этим проблемам, тогда как клиент хочет обсудить более широкий спектр своих интересов. Может возникнуть борьба относительно того, сколько внимания надо уделить тому, что консультант осознает как "проблему". На самом деле, с точки зрения клиента, потребление алкоголя/наркотиков может быть сравнительно небольшой частью картины в целом, и сразу может быть непонятно, связано ли это с основными проблемами клиента и каким образом. Если консультант слишком быстро оказывает давление с тем, чтобы перенести фокус на обсуждение проблемы зависимости, клиенту это может помешать, и он займет оборонительную позицию. Однако есть такие клиенты, которые считают, что самая большая их озабоченность обусловлена их зависимостью от алкоголя или наркотиков. В этом случае, ранний фокус на проблеме является совершенно уместным. Вопрос заключается в том, чтобы не дать себя втянуть в борьбу по поводу подходящей темы для первого обсуждения. Начинать надо с интересов клиентов, а не консультантов и это является гарантией того, что подобное никогда не произойдет.

Ловушка "вины"

Имеется еще одно препятствие, которое надо преодолеть во время первой сессии - это озабоченность клиента относительно вины. По чьей *вине* возникла проблема? Кого надо в этом винить? Если этот вопрос возникает и на него нет должной реакции, время и энергия затрачиваются впустую на оборону. Очевидным ключом здесь является то, что вина к этому не имеет никакого отношения. Обычно с этим можно справиться при помощи активного слушания и перефразирования озабоченности клиента. При возникновении данной проблем, клиенту, например, можно сказать:

Все это выглядит так, как - будто вы беспокоитесь о том, кого можно в этом обвинить. Я должен вам объяснить, что консультирование не занимается выяснением того, кто виноват. Оставим это судьям. Консультирование придерживается политики "виноватых нет". Меня не интересуют поиски того, кто за это отвечает, но меня интересует то, что вас беспокоит, и что вы можете попытаться сделать в отношении этого.

Озабоченность по поводу вины также может быть предотвращено, если вы предлагаете краткую структурирующую формулировку целей в самом начале консультации. Если клиент ясно понимает цель консультирования, можно предотвратить переживания по поводу вины.

Структура открытия

Клиенты приходят на консультацию, имея очень разные ожидания. Они могут придти, рассчитывая на то, что их будут критиковать, исцелять, давать советы, задавать вопросы, выслушивать, обвинять, поучать, пичкать лекарствами или утешать. Предполагаемые клиенты могут приступить к лечению, имея самые разнообразные ожидания, страхи, надежды и интересы. По этой и по другим причинам, может оказаться полезным в самом начале кратко и просто проинформировать клиента о структуре первой сессии и о консультации в целом. Хорошая структурная заявка может привести мозг клиента в состояние покоя и способствовать хорошему старту процесса консультирования. Некоторые из следующих элементов могут быть включены в хорошую структурную заявку:

- Количество доступного времени
- Объяснение вашей роли и целей
- Описание роли клиента
- Упоминание деталей, на которых необходимо остановиться
- Вопросы открытого типа

Вот пример:

У нас с вами есть около часа, и за это время я хочу начать понимать, что привело вас сюда. Вероятно, я проведу большую часть времени, просто слушая вас, чтобы я смог понять, как вы понимаете то, что происходит, и по какому поводу вы беспокоитесь. Вы должны также питать какие-то надежды относительно того, что здесь произойдет и что не произойдет, и я хотел бы, чтобы вы мне об этом рассказали. Ближе к концу, мне необходимо будет познакомиться с некоторыми конкретными деталями, которые мне необходимо знать, но давайте сейчас просто начнем. О чем вы думаете? Я понимаю, что вы испытываете озабоченность по поводу того, что употребляете транквилизаторы.

Пять стратегий для начала

Первые четыре стратегии, которые будут описаны ниже, возникли в основном на основе консультирования, в центре которого находится клиент, хотя в процессе мотивационного интервьюирования они используются с конкретной целью - помочь клиенту осознать свою амбивалентность и сформулировать причины для изменения. Пятая стратегия является более директивной, она характерна именно для мотивационного интервьюирования. Она интегрирует и определяет использование других четырех стратегий.

1. Задавайте вопросы открытого типа

В начальной фазе мотивационного интервьюирования для терапевта важно создать благоприятную и доверительную атмосферу, в которой клиент будет исследовать свою проблему. Это означает, что *клиент* должен очень много говорить именно на этой стадии, а консультант должен внимательно слушать и всячески поощрять клиента, чтобы он/а говорили как можно больше о том, что их волнует. Первые четыре из этих пяти стратегий нацелены на оказание прямой поддержки этому процессу.

Один из приемов инициирования процесса может заключаться в том, чтобы задавать первые вопросы таким образом, чтобы всячески поощрять клиента к тому, чтобы он/а говорил большую часть времени. Вопросы, требующие краткие ответы, надо задавать на большинстве сессий, но на них не надо делать акцент в начальном периоде мотивационного интервьюирования. Лучше начинать с вопросов *открытого типа* - таких, на которые трудно дать короткие ответы. Такие вопросы открывают перед клиентом дверь, за которой начинается процесс исследования. Некоторые клиенты приходят с абсолютной готовностью много говорить, и для них достаточно простого приглашения, чтобы они рассказали о себе. Другие более насторожены, и их необходимо подбодрить. То, каким образом вы отреагируете на первые ответы клиентов, окажет сильное воздействие на то, что произойдет потом, но это будет обсуждаться позже. В данный момент нас больше интересует, как задавать хорошие вопросы открытого типа.

Если вы заранее знаете или каким-то образом чувствуете, что клиенту есть о чем поговорить, достаточно просто открыть дверь. Вот несколько примеров:

- Я предполагаю, на основе того факта, что вы находитесь здесь, что у вас есть несколько вопросов, которые вы хотите обсудить с консультантом. Что бы вам хотелось обсудить?
- Я хотел бы понять, как вы понимаете эти вещи. Что привело вас сюда? В чем проблема?
- Я понимаю, что вы несколько озабочены относительно своей выпивки. Расскажите мне, что вас беспокоит.
- По телефону вы сказали, что вы употребляли наркотики в течение длительного времени, и что вы хотели бы поговорить об этом. Дайте мне информацию. Почему бы вам не начать с самого начала, когда вы в первый раз приняли наркотики, и рассказать мне о том, что происходит сейчас?

При обсуждении центральной проблемы с более амбивалентными клиентами (например, с теми, кто находится на стадии раннего созерцания), может оказаться полезным задавать вопросы, относящиеся к разным сторонам медали или задавать вопросы, которые звучат более нейтрально. Некоторые терапевты предпочитают сначала спрашивать клиента о том, что им нравится в их настоящем ("проблемном") поведении, а затем они задают вопросы об отрицательных сторонах. Вот возможные варианты открытия:

- Расскажите мне о вашем потреблении кокаина. Что вам нравится в кокаине? А обратная сторона? О чем вы беспокоитесь, употребляя его?
- Расскажите мне о том, что вы заметили в то длительное время, когда вы употребляли алкоголь. Заметили ли вы какие-нибудь изменения в вашем потреблении алкоголя и каким образом они на вас воздействуют? Что вы заметили такого, что вызывает у вас беспокойство или вызывает беспокойство других людей?
- Я понимаю, что вы здесь для того, чтобы поговорить о вашем увлечении азартными играми. Поэтому, помогите мне понять целостную картину. От чего вы получаете удовольствие в игре, а что является более мрачной стороной?

Совершенно очевидно, что люди будут по-разному реагировать на вопросы открытого типа наподобие этих. Некоторые с готовностью откликнутся на возможность поговорить о своих трудностях. В таких случаях ваша работа заключается лишь в том, что бы руководить человеком в процессе исследования, используя стратегии, описанные в этой статье. Другие будут откликаться менее охотно, они могут сменить тему или поймут вас в одну из тех ловушек, которые были описаны выше. Это вопросы только открывают двери, но это дает возможность использования других стратегий.

2. Слушайте рефлексивно

Вероятно, самый трудный навык, применяемый в мотивационном интервьюировании - это навык рефлексивного слушания. Согласно распространенным концепциям, слушание просто предполагает молчание и выслушивание то, что человек хочет высказать. Однако критически важным элементом *активного* слушания является то, как консультант реагирует на то, что говорит клиент.

Томас Гордон (1970) изложил 12 видов откликов, которые *не* являются слушанием:

1. Приказание, указание или требование
2. Предостережение или угроза
3. Предоставление советов, предложений или решений
4. Убеждение с помощью логики, споров или нотаций
5. Поучение, назидание или наставление в отношении того, что клиенты «должны» делать
6. Неодобрение, порицание, критика или осуждение
7. Согласие, одобрение или похвала
8. Обвинение, высмеивание, приклеивание ярлыков
9. Интерпретирование или анализирование
10. Успокаивание, сочувствие или утешение
11. Расспрашивание или расследование
12. Отвлечение, потакание или изменение предмета разговора

Эти отклики называются также «дорожными заставами», так как они создают препоны на пути клиента. Для того чтобы следовать в том же направлении, клиенту приходится иметь дело с этой преградой и обходить ее. Дорожные заставы имеют следствием преграждение, остановку, отклонение или изменение направления. Все они подразумевают неравные отношения или превосходство одной стороны. Консультант, который при ответе употребляет одно из них, не слушает – по крайней мере, в смысле рефлексивного слушания. Скорее, консультант хранит молчание лишь в течение времени, необходимого для обдумывания ответа из вышеприведенного списка и затем предлагает его. Подспудный смысл при этом «Слушай

меня; я знаю лучше». Вместо того чтобы продолжать исследовать путь, клиенту приходится справляться с дорожной преградой. Представьте этого не оказывающего помощи «терапевта», беседующего с клиентом, у которого двойственное чувство в отношении принятия важного решения. (Номер каждой соответствующей дорожной преграды приводится в скобках.)

КЛИЕНТ: Я просто не знаю, уйти от него или нет.

ТЕРАПЕВТ: Вы должны поступить так, как вы считаете самым лучшим. (№ 5)

КЛИЕНТ: Да в том-то и дело! Я не знаю, как лучше!

ТЕРАПЕВТ: Конечно, знаете, в глубине души. (№6)

КЛИЕНТ: Ну, я просто чувствую себя в ловушке, в силках наших отношений.

ТЕРАПЕВТ: Тогда вам надо расстаться на некоторое время и посмотреть, что вы будете чувствовать. (№3)

КЛИЕНТ: Но я люблю его, и это так его ранит, если я уйду от него!

ТЕРАПЕВТ: Но если вы этого не сделаете, вы можете попусту растратить свою жизнь. (№2)

КЛИЕНТ: Но разве это не эгоистично?

ТЕРАПЕВТ: Вы просто должны так поступить, чтобы позаботиться о себе. (№4)

КЛИЕНТ: Я просто не знаю, как я смогу на это решиться.

ТЕРАПЕВТ: Я уверен, что вы справитесь. (№10)

Клиенту не была оказана помощь в анализировании амбивалентности, вместо этого его преждевременно подтолкнули к единственному решению. «Консультант» в этой ситуации в действительности не слушал и не давал клиенту возможности продолжать говорить и исследовать. Все время клиента ушло на уклонение от «дорожных застав».

Но что же еще имеется? Если избегать всех 12 дорожных застав, что остается сказать? Мы не подразумеваем, что применять эти 12 ответов *неправильно*. Есть время и место для каждого из них. Мы имеем в виду, что рефлексивное слушание отличается от этих способов отклика. Этот способ был подробно описан Роджерсом (1957), Труа и Каркхафом (1967), Гордоном (1970), Айви (1980) и Иганом (1982) и др.

Суть ответа при рефлексивном слушании состоит в угадывании того, что человек *подразумевает*. До того, как человек начнет говорить, у него или нее есть определенный смысл, который следует передать. Это кодируется в слова, зачастую не совершенным образом. Слушатель должен точно воспринять слова и затем декодировать их значение. Это означает, что имеется три этапа, на которых может произойти коммуникативный сбой: кодирование, восприятие и декодирование (Гордон, 1970; Миллер и Джексон, 1985). Активный слушатель формирует приемлемое предположение в отношении исходного значения и озвучивает это предположение в форме *утверждения*.

Утверждение? А почему не вопрос? В конце концов, слушатель ведь не уверен, что его предположение верно. Причина весьма практична: у правильно построенного утверждения меньше вероятность вызвать сопротивление. *Расспрашивание* о значении, путем вопросов, отдаляет клиентов. Они отступают и начинают задаваться вопросом, действительно ли они чувствуют или должны ли они чувствовать то, что они выразили в словах. Различие очень тонкое и не все это замечают:

Вы чувствуете себя неловко?

Вы чувствуете себя неловко.

Вы сердитесь на свою мать?

Вы сердитесь на свою мать.

Разница в интонации. Тон голоса повышается в конце вопросительного предложения, и мягко понижается в конце утверждения. Тон утвердительного предложения при рефлексивном слушании должен *понижаться* в конце.

Для применения рефлексивного слушания вы должны сначала научиться *думать* рефлексивно. При этом вы должны осознать то, что вы *считаете* или *полагаете* люди подразумевают, не всегда соответствует тому, что на самом деле люди подразумевают. Большинство утверждений могут иметь множество значений. Слова, выражающие эмоции, такие как «подавленный» или «встревоженный» могут иметь разные значения для разных людей. Что может человек подразумевать, говоря «Я хотел бы быть более общительным»? Вот некоторые возможные значения:

Я чувствую себя одиноким, и хотел бы иметь больше друзей.

Я очень нервничаю, когда мне надо разговаривать с незнакомыми людьми.

Мне нужно уделять больше времени знакомству с людьми.

Я бы хотел быть популярным.

Я не знаю, что сказать, когда я встречаюсь с людьми.

Люди не приглашают меня на свои вечеринки.

Думать рефлексивно значит сделать этот процесс более сознательным. На самом деле, когда вы слышите высказывание, вы обдумываете, что оно может значить, и вы выбираете то, что по вашему суждению является наиболее вероятным значением. Многие люди затем реагируют так, как будто это является *действительным* значением высказывания. Рефлексивное слушание скорее является способом проверки, а не предположения, что вы *знаете*, что имеется в виду.

Рефлексивное слушание, таким образом, подразумевает высказывание, которое не является «дорожной заставой», а скорее *догадкой* в отношении смысла высказывания. Обычно, но не всегда, подлежащим в предложении является местоимение «вы». Ниже представлен пример консультационной сессии, проведенной с амбивалентным алкоголиком. С иллюстративной целью, все предложения терапевта в данном отрывке представляют собой высказывания рефлексивного слушания.

КЛИЕНТ: Я иногда беспокоюсь, что, может быть, я пью слишком много и наношу этим себе вред.

ТЕРАПЕВТ: Вы довольно много пьете.

КЛИЕНТ: Я на самом деле не *ощущаю*, что я пью много. Я могу много выпить и не почувствовать этого.

ТЕРАПЕВТ: Больше, чем большинство других.

КЛИЕНТ: Да, я могу перепить большинство людей, да так, что они свалятся под стол.

ТЕРАПЕВТ: И именно это вас беспокоит.

КЛИЕНТ: Ну, это, а также как я себя чувствую. На следующее утро я обычно в плохом состоянии. Я нервничаю и не могу четко думать большую часть утра.

ТЕРАПЕВТ: И вам кажется, что это ненормальное состояние.

КЛИЕНТ: Наверно, так. Я об этом не так уж много думал, но я не думаю, что это хорошо - быть постоянно в похмелье. И иногда мне трудно вспомнить, что было.

ТЕРАПЕВТ: Вещи, которые происходили в то время, когда вы пили.

КЛИЕНТ: И это тоже. Иногда я нахожусь в отключке несколько часов.

ТЕРАПЕВТ: Но это не то, что вы имели в виду, когда вы сказали, что у вас проблемы с памятью.

КЛИЕНТ: Нет. Даже когда я не пью, мне кажется, что я чаще забываю многие вещи, и я не четко соображаю.

ТЕРАПЕВТ: И вы задумываетесь, не связано ли это с вашими выпивками.

КЛИЕНТ: Не знаю, с чем еще это может быть связано.

ТЕРАПЕВТ: Вы не всегда были таким.

КЛИЕНТ: Нет! Только в последние несколько лет. Может, я просто старею.

ТЕРАПЕВТ: Может быть, это то, что случается со всеми по достижении 45 лет.

КЛИЕНТ: Нет, это вероятно из-за того, что я выпиваю. Я и сплю плохо.

ТЕРАПЕВТ: Так что, может быть, вы наносите урон своему здоровью, сну и мозгу тем, что вы так много пьете.

КЛИЕНТ: Учтите, я не пьяница. И никогда им не был.

ТЕРАПЕВТ: Вы не так уж плохи. Но все-таки вы обеспокоены.

КЛИЕНТ: Не знаю насчет «обеспокоенности», но полагаю, что стал больше об этом думать.

ТЕРАПЕВТ: И задумываетесь, не пора ли что-то предпринять, поэтому вы и пришли сюда.

КЛИЕНТ: Думаю, что так.

ТЕРАПЕВТ: Вы не уверены.

КЛИЕНТ: Я не уверен, что бы я хотел предпринять в этом отношении.

ТЕРАПЕВТ: Насколько я понял, вы думаете, что вы слишком много пьете и вредите этим вашему здоровью, но вы не уверены, что хотите изменить это.

КЛИЕНТ: Не очень-то вразумительно, не так ли?

ТЕРАПЕВТ: Я понимаю, что, возможно, вы сейчас чувствуете себя запутавшимся.

Обратите внимание, что терапевт не блокирует путь во время этого процесса. Было бы легко заменить некоторые из этих рефлексивных высказываний «дорожными заставами». Однако, это избегается, потому что целью является выявление самомотивационных утверждений, исходящих от самого клиента.

Высказывания при рефлексивном слушании могут быть совершенно простыми. В некоторых случаях повторением одного или двух слов можно добиться, чтобы клиент продолжал (в вышеприведенном примере первой рефлексией могли быть слова «Слишком много...»). В более сложных рефлексивных высказываниях слова клиента могут заменяться другими словами, или приводится догадка в отношении невысказанного смысла. Иногда также полезно отражать, что клиент *чувствует*, когда он или она говорит.

Рефлексия не является пассивным процессом. Консультант решает, что отражать и что игнорировать, что акцентировать и что приглушить, какие слова использовать для передачи смысла. Рефлексия может быть использована для усиления некоторых аспектов того, что было сказано клиентом, или небольшого изменения значения высказанного. Мы рекомендуем, чтобы высказывания рефлексивного слушания составляли значительную долю ответов консультанта в течение ранних этапов мотивационного интервьюирования. В особенности должны отражаться самомотивационные утверждения. Таким образом, клиент слышит свои собственные утверждения дважды.

Рефлексию особенно важно применять вслед за вопросами открытого типа. После того, как вы зададите открытый вопрос, отвечайте на ответы клиента рефлексивным слушанием. Поскольку вопросы представляют собой менее трудный навык (для консультанта), чем эмфатическое слушание, легко попасть в ловушку вопрос-ответ, задавая ряд вопросов вместо отражения высказываний клиента. Это может вызвать больше сопротивления, чем самомотивационные утверждения. Поэтому помните, что за вопросом должно следовать рефлексивное слушание.

3. Поддерживайте

Определенную помощь оказывает также одобрение и поддержка клиента во время процесса консультирования. Это может осуществляться в форме комплиментов и высказываний понимания и признательности. Процесс рефлексивного слушания сам по себе может быть поддерживающим, но прямая поддержка тоже имеет свое применение при консультировании. Вот некоторые примеры:

Я понимаю, как вам должно быть было трудно решиться придти сюда. Вы сделали большой шаг вперед!

Я думаю, что это замечательно, что вы хотите что-то предпринять в отношении этой проблемы.

Должно быть, это было трудно для вас.

Вы, несомненно, незаурядный человек, вы смогли так долго жить с этими проблемами и не сломаться.

Это хорошее предложение.

Вам, должно быть, трудно принимать эту повседневную жизнь, полную стрессов. Должен сказать, что если бы я был на вашем месте, мне тоже было бы трудно. Я думаю, поэтому вы здесь – потому что вы больше не хотите мириться с этим стрессом.

По-видимому, вы действительно по-своему активный и волевой человек. Вам нравится быть счастливым с другими людьми и заставлять их смеяться. В этом отношении трудно отказаться от выпивок.

Несомненно, вам сейчас приходится справляться с большим количеством проблем, их больше, чем у большинства людей. Я могу понять, что иногда вам крайне необходимо средство для поднятия настроения, вам нужна разрядка.

4. Резюмируйте

Четвертая стратегия, которую следует использовать в начале и в течение всего мотивационного консультирования, это резюмирование. Подведение итогов может использоваться для связывания воедино материала, который обсуждался. Например, когда вы выявляете самомотивационные высказывания клиента, полезно периодически их суммировать:

До сих пор, вы сказали, что обеспокоены *количеством* выпиваемого вами по сравнению с другими людьми, и тем, сколько вы тратите на это. Вы не совсем уверены, что означает тот факт, что вы можете выпить гораздо больше других и без видимого воздействия. Вы озабочены тем, что алкоголь ухудшает вашу память и не дает нормально спать. Что еще?

Такое периодическое суммирование усиливает сказанное, показывает, что вы внимательно слушали, и подготавливает клиента к продолжению. Это также позволяет клиенту услышать свои собственные самомотивационные высказывания в третий раз!

Связующее подытоживание особенно полезно в выражении амбивалентности клиента. Типичным выражением амбивалентности является колебание между причинами для изменения и причинами оставить все как есть. Подводящее итог высказывание является одним из способов, позволяющих человеку положительные и отрицательные стороны *одновременно*, признать существование обоих. Связующие фразы, такие как «с одной стороны... с другой стороны...» или «в то же время...» могут быть полезны:

Похоже, что вы разрываетесь надвое. С одной стороны, вы очень обеспокоены тем, что выпивки вредят вашей семье, и что это также отрицательно воздействует на вашу работу. Вас особенно удивило, что двое из ваших друзей на одной и той же неделе сказали вам, что оза-

бочены тем, что вы пьете. В то же время, вы, конечно, не думаете о себе как об алкоголике и считаете, что можете неделю кряду обходиться без выпивки, без каких-либо плохих последствий. Должно быть, это сбивает вас с толку.

В резюме могут также вводиться и другие источники информации. Результаты объективной оценки (см. Главу 7) и информация из суда или от членов семьи может комбинироваться с собственными утверждениями клиента.

В конце первой сессии и в другие моменты мотивационного консультирования, полезно подводить общий итог, сводя вместе все к этому моменту выясненное. Следует также отметить, что при предоставлении таких резюме, вы должны решить, что включать и что акцентировать. При подведении общих итогов, полезно использовать вступительное предложение, объясняющее, что последует далее. Ниже следует пример достаточно полного резюме в конце первой сессии:

Наш час истекает, и я хотел бы попытаться подвести итог тому, что вы до настоящего времени сказали, чтобы мы смогли увидеть, где мы находимся сейчас и куда мы идем. Дайте мне знать, если я пропущу что-либо важное из того, о чем мы беседовали. Вы пришли, потому что ваш муж озабочен тем, что вы пьете и курите марихуану. Если бы он вас не подтолкнул к этому, вы, может быть, и не пришли бы сейчас, но вы были очень открыты в анализировании этого и я восхищаюсь вами за это. Я спрашивал вас о проблемах в вашей жизни, которые, как вы считаете, могут быть связаны с алкоголем и марихуаной, и вы назвали несколько. Вы чувствовали себя совершенно подавленной и усталой, и как мы обсудили, алкоголь является успокаивающим средством. Вы сказали, что вам очень трудно сосредоточиться, и что вы чувствуете, что у вас нет никакой мотивации что-либо предпринимать в вашей жизни. И вы опять-таки совершенно верно считаете, что это может быть связано с алкоголем и курением марихуаны, хотя вы думаете, что это не полная картина. Вам не нравится, что ваш муж послал вас сюда, потому что вы думаете, что определенным образом, он также является частью этих проблем. Сданные вами анализы показывают, что у вас развилась достаточно значительная алкогольная зависимость, и, в меньшей степени, наркотическая зависимость, и это проблема, которая будет расти, если вы ничего не предпримите в этом отношении. Когда вас однажды арестовали два года назад, тест на дыхание показал превышение

0, 20, это достаточно высокая степень опьянения, хотя вы и не чувствовали, что пьяны. Мы говорили о том, что такого рода переносимость сама по себе является фактором риска. Вы беспокоитесь, что вы не такая мать, какой бы вы хотели быть, частично из-за того, что вы пьете и курите марихуану, и вы не хотите, чтобы у ваших детей возникли проблемы с наркотиками. Ваш доктор сказал вам, что проблемы с желудком у вас, вероятно, вызваны или, по крайней мере, ухудшены употреблением вами алкоголя. В то же время, вам нравятся алкоголь и марихуана, потому что вы употребляете их, чтобы расслабиться и уйти от некоторых тяжелых семейных стрессов. Вы не уверены, сможете ли вы справиться в жизни без алкоголя и марихуаны, и не знаете, что делать. Я правильно все резюмировал? Что я пропустил?

Резюме такого рода является хорошим способом завершения первой сессии. Обратите внимание на соучастный тон, позволяющий клиенту добавлять или исправлять ваше резюме. Несколько более краткая форма того же высказывания может быть использована, чтобы начать следующую сессию, основываясь на достигнутом ранее прогрессе. Общее резюме такого рода применяется также в момент перехода от первого ко второму этапу мотивационного интервью.

5. Добивайтесь самомотивационных утверждений

Предыдущие четыре стратегии являются основными принципами мотивационного интервьюирования. Однако, если бы они были единственными стратегиями, было бы легко погряз-

нуть в амбивалентности. Поэтому необходимо иметь направляющую стратегию для того, чтобы помочь клиентам справиться со своими противоречиями. Это и является основной целью пятой стратегии. Все остальные четыре стратегии могут применяться в этом целенаправленном подходе.

В определенном смысле мотивационное интервьюирование является противоположностью подхода «конфронтация - отрицание», в которой терапевт стимулирует позицию «проблема-изменение», а клиент защищается от этого. Мы считаем, что такой конфронтационный подход часто приносит вред именно потому, что он заставляет клиента защищать позицию «проблемы нет». Наша цель – чтобы клиент высказал прямо противоположные виды утверждений. *В мотивационном интервьюировании именно клиент высказывает аргументы в пользу изменения.* Задача консультанта способствовать выражению клиентом этих самомотивационных утверждений (Миллер, 1983).

Самомотивационные утверждения делятся на четыре основные категории. Первая из них – это *признание проблемы*. (Именно желание признания проблемы приводит консультантов к приклеиванию ярлыков, но такое навязывание ярлыков обычно является неэффективной стратегией.) Ниже следуют примеры желательных выражений признания проблемы клиентами:

Полагаю, здесь большая проблема, чем я думал.

Я никогда не осознавал, как много я пью.

Это действительно серьезно!

Может быть, я действительно глупо рисковал.

Я вижу, что, в конечном счете, азартные игры меня погубят.

Вторым, связанным с предыдущим, видом самомотивационного утверждения является *выражение беспокойства* в отношении постигаемых проблем. Это часто передается невербально, через выражение лица, вздохи, слезы или жесты. Некоторые вербализованные выражения такого рода приводятся ниже:

Я действительно обеспокоен этим.

Как это могло случиться со мной? Не могу в это поверить!

Я в совершенном отчаянии.

Третьим видом самомотивационного утверждения является прямое или имплицитное *намерение измениться*. Это может быть выражено в предпринятии человеком действия в качестве начального шага к изменению (например, прием препарата дисульфирам) либо высказанном намерении сделать это. Ниже следуют некоторые примеры таких утверждений:

Я думаю, мне пора подумать о том, чтобы бросить эту привычку.

Я должен что-то делать с этим.

Я не хочу быть таким. Что я могу сделать?

Я не знаю, как я это сделаю, но я должен это изменить.

Как люди избавляются от такой привычки?

И наконец, самомотивационные утверждения могут выражать тему *оптимизма* в отношении изменения. Такие утверждения отражают способность произвести изменения (самодейственность) в области проблем. Вот несколько утверждений такого рода:

Я думаю, что я смогу это сделать.

Теперь, когда я это решил, я уверен, что я смогу измениться.

Я смогу преодолеть эту проблему.

Эти четыре вида утверждений отражают когнитивное (признание, оптимизм), аффективное или эмоциональное (беспокойство) и поведенческое (намерение действовать) измерения приверженности изменению. С нашей точки зрения, каждое утверждение такого рода склоняет чашу весов в сторону изменения.

Некоторые люди выходят из двери консультанта, уже произнося подобные слова, и нуждаются лишь в небольшой помощи для поддержки их приверженности и планирования образа действий. Но как может консультант вызвать такие утверждения у более амбивалентных клиентов? Это одно из ключевых навыков мотивационного интервьюирования.

Вызывающие ответную реакцию вопросы

Самым прямым и простым подходом является вызвать такие утверждения у клиента. Вопросы открытого типа можно использовать для выявления собственных восприятий и беспокойности клиента. Не спрашивайте у клиента, *имеются ли* у него такие проблемы (например, «Вы думаете, что у вас проблема с употреблением наркотиков?»). Допустите, что у клиента двойственные чувства и у него или нее *есть* такая беспокойность. Открытые вопросы для вызывания каждого из этих четырех категорий самомотивационных утверждений предлагаются в Таблице 6.1.

Таблица 6.1. Типовые вопросы для вызова самомотивационных утверждений

1. Признание проблемы

- Что заставляет вас думать, что это представляет собой проблему?
- С какими трудностями вы сталкивались при употреблении наркотиков?
- Каким образом, по вашему мнению, употребление вами алкоголя вредило вам и другим людям?
- В чем для вас состоит проблема?
- Каким образом употребление транквилизаторов помешало вам заниматься тем, чем вы хотели бы заниматься?

2. Обеспокоенность

- Что именно в отношении употребления вами алкоголя служит причиной обеспокоенности для вас и других людей?
- Что вас беспокоит в отношении употребления вами наркотиков? Что, как вам кажется, произойдет с вами?
- Что вы ощущаете в отношении вашего пристрастия к азартным играм?
- Насколько вас это беспокоит?
- Каким образом вас это затрагивает?
- Что, по-вашему, случится, если вы не предпримите изменения?

3. Намерение измениться

- Тот факт, что вы находитесь здесь, указывает на то, что, по крайней мере, часть вас считает, что пора что-то предпринять. Какие вы видите причины для того, чтобы предпринять изменения?
- Что заставляет вас думать, что вам нужно что-то изменить?
- Если бы вы были на 100 процентов успешны, и все сложилось бы именно так, как вам бы хотелось, что было бы иначе?
- Что заставляет вас думать, что вам следует продолжать пить, как и раньше? А что с другой стороны? Что заставляет вас думать, что пора предпринять изменения?
- Что вы в данный момент думаете в отношении вашего пристрастия к азартным играм?

- Каковы преимущества изменений?
- Я вижу, что вы чувствуете себя завязшим. Что должно измениться?

4. Оптимизм

- Почему вы думаете, что если вы примите решение измениться, то вы сможете это сделать?
- Что служит вам поддержкой в том, чтобы измениться, если захотите?
- Что, по вашему мнению, помогло бы вам, если вы решите измениться?

Когда клиент высказывает самомотивационное утверждение, даже с неуверенностью, укрепите его как невербально (например, кивками головы), так и вербально с помощью активного слушания или поддерживающими высказываниями (например, «Я понимаю, как вас это беспокоит» или «Это, должно быть, было трудно для вас»). Будет ли клиент далее продолжать высказывать самомотивационные утверждения и анализировать свою амбивалентность и противоречия в большой степени зависит от того, как вы будете отвечать. Поэтому важно отвечать в такой манере, которая передает одобрение, укрепляет самовыражение и поощряет продолжение исследования. Ваши ответы должны быть ободряющими и не должны производить впечатление, что вы собираете свидетельства для того, чтобы использовать их против клиента. Целью является укрепить самомотивационные утверждения клиента и поощрить его или ее продолжать.

После начала процесса, выраженное словами поощрение продолжать часто является эффективным методом. Общая форма здесь «Что еще?»

Что еще вы заметили или над чем еще вы задумывались?

Что еще вас беспокоило?

Какие еще есть причины, по которым вам, возможно, следует измениться?

Какие еще вещи люди вам говорили?

По каким еще причинам вы считаете, что сможете добиться успеха?

С какими еще проблемами вы сталкивались?

Что еще вас беспокоит в отношении вашего пристрастия к алкоголю?

Помните, что общая цель здесь в том, чтобы клиент принял на себя ответственность за аспект «проблема-изменение» конфликта. Периодическое суммирование самомотивационных утверждений клиента может оказаться полезным в продвижении этого процесса.

Баланс принятия решений

Как указывалось выше, иногда полезно, чтобы клиенты обсудили как положительные, так и отрицательные аспекты своего нынешнего поведения. Их можно попросить, например, сказать или составить список того, что им нравится в отношении употребления алкоголя или наркотиков, в качестве вступительной части к вопросам о том, что составляет отрицательную сторону. Преимущество здесь в том, что это позволяет клиенту говорить и чувствовать себя комфортно, а также выявляет амбивалентность для обеих сторон. Бывает полезным заполнить лист баланса выбора решений, чтобы позволить клиенту увидеть всю картину. Затем можно применять дополнительные стратегии для усиления мотивации к изменению. Однако часто простое обсуждение отрицательной стороны конфликта приводит к выражению обеспокоенности этим.

Уточнение

После того как была затронута мотивационная тема, полезно попросить клиента уточнить. Это помогает закрепить тему и извлечь дальнейшие самомотивационные утверждения. Одним из хороших способов этого являются просьбы дать конкретные примеры и объяснения почему (насколько, каким образом) это беспокоит. Ниже следует иллюстрация этого:

КЛИЕНТ: Одна из проблем, которую я вижу, это деньги.

ТЕРАПЕВТ: Что вас в этом отношении беспокоит?

КЛИЕНТ: Ну, я тратил очень много денег и не оплачивал мои счета.

ТЕРАПЕВТ: Приведите мне пример.

КЛИЕНТ: Вот на прошлой неделе я растратил 400 долларов. Я начинаю и не могу остановиться.

ТЕРАПЕВТ: И все это, конечно, складывается в крупную сумму. Как еще это влияет на ваши деньги?

КЛИЕНТ: Я совершаю глупости, когда я под кайфом.

ТЕРАПЕВТ: Например...

КЛИЕНТ: Я одолжил 300 долларов этому парню, которого я встретил. Я никогда больше его не увижу. И я покупаю вещи, которые мне не нужны.

ТЕРАПЕВТ: Такие как...

КЛИЕНТ: Часы. Однажды я купил себе очень хорошие часы. По крайней мере, я *думал*, что это хорошие часы. Я на них очень много потратил.

ТЕРАПЕВТ: Насколько вы озабочены этим вопросом денег?

КЛИЕНТ: Это становится большой проблемой. Люди стоят у двери, звонят мне по телефону, посылают неприятные письма. Мне нужно что-то предпринять.

ТЕРАПЕВТ: Похоже, что вы думаете, что ваше пристрастие к наркотикам является одной из причин ваших проблем с деньгами.

КЛИЕНТ: Большой частью этих проблем. Да.

На ранних этапах мотивационного интервьюирования полезной целью для уточнения является типичный день или сеанс приема. Выяснение подробностей относительно поведения или изменения настроения, например, может высветить положительные моменты употребления алкоголя или других веществ; области обеспокоенности тоже могут совершенно естественно возникнуть в таких дискуссиях.

Применение крайностей

Клиентов также можно попросить описать крайнюю степень их обеспокоенности, представить наихудшие последствия. Ниже следуют некоторые из вопросов такого типа:

- Что вас беспокоит *больше* всего?
- Чего вы больше всего боитесь в отношении того, что может случиться с вами, если вы не изменитесь?
- Как вы полагаете, каковы самые плохие вещи, которые с вами могут случиться, если вы будете продолжать идти этим путем?

Оглядываясь в прошлое

Иногда полезно, чтобы человек вспомнил время, когда этой проблемы еще не было, и сравнил с нынешней ситуацией. Вот некоторые примеры:

- Вы помните время, когда у вас все шло хорошо? Что изменилось?
- Как все было до того, как вы стали сильно выпивать? Каким *вы* сами были тогда?
- Расскажите мне, как вы двое встретились, и что вас тогда привлекло друг к другу? Как это было?
- Какая разница между той Пэт десять лет назад и Пэт сегодняшней?
- Как употребление наркотиков повлияло на ваш рост, на продвижение вперед?

Оглядывание на прошлое употребление наркотических веществ часто приводит к наблюдению, что переносимость этих веществ человеком значительно возросла. Это может послужить действенным фактором мотивации, если консультант представит это явление как угрожающий симптом.

Заглядывая в будущее

Другим подходом к извлечению самомотивационных утверждений является содействие представлению клиентом изменившегося будущего. Здесь вы просите клиента рассказать, как все будет после изменения:

- Если вы решитесь на изменение, чего вы ожидаете в будущем?
- Как бы вы хотели, чтобы все сложилось?
- Я вижу, что сейчас вы совершенно расстроены. Что бы вы хотели изменить?
- Какие возможности выбора у вас сейчас имеются? Что бы вы могли сделать?
- Какие наилучшие результаты вы могли бы себе представить, если бы вы предприняли изменения?

Исследование целей

Еще один подход – это попросить клиента сказать вам, что самое важное в его или ее жизни. (Это может частично совпадать с процессом «заглядывания в будущее».) Какие ценности или цели для этого человека наиболее дороги? Рокич (1973) описал простую процедуру оценки иерархии персональных ценностей, в которой набор карт с описанием возможных ценностей, располагаются по рангу в соответствии с ценностями, которые человек ценит выше всего. С точки зрения мотивационного интервьюирования, целью этого анализа является обнаружение того, каким образом проблемное поведение подрывает или противоречит ценностям и целям клиента. Когда самые высокие или важные цели определены, вы можете спросить каким образом обсуждаемая проблема (например, пристрастие к алкоголю) влияет на эту картину. Для алкоголика можно вложить карту, помеченную «употребление спиртных напитков» в набор карт, которые затем сортируются по методу Рокича – это стратегия, которая сама по себе может провоцировать полезную дискуссию с клиентом. Самым важным моментом здесь является исследование и разработка темы противоречия между этими важными целями и нынешним проблемным поведением.

Парадокс

В некоторых случаях умелый терапевт может использовать парадокс для поощрения самомотивационных утверждений. Термин «парадокс» может относиться к ряду различных терапевтических тактик, но в этом контексте мы подразумеваем, что консультант тонко перенимает роль стороны конфликта клиента «проблемы нет». Принимая данную сторону конфликта, терапевт намерен добиться противоположного, а именно – утверждения признания, выражения обеспокоенности, намерения измениться и оптимизма. Вот несколько примеров того, как консультант может принять на себя эту роль:

Вы столько прошли, для того, чтобы придти сюда и рассказать мне об этом, но вы все-таки еще не убедили меня, что у вас действительно серьезная проблема. И это *все*?

Разрешите мне сказать вам кое-что о том, что заботит меня. В такой программе, как эта, требуется значительная мотивация и усилия. Мы не хотим начинать работать с кем-то, пока они не будут уверены, что им необходимо измениться, и, честно говоря, я не уверен насчет вас. Я слушаю вас, и я не убежден, что вы достаточно мотивированы.

Я не уверен, что вы верите в то, что вы можете измениться, даже если бы вы захотели.

Имеется четкий тест для проверки того, срабатывает ли эта стратегия: Если она побуждает клиента к высказыванию самомотивационных утверждений, значит, она сработала. Но будьте осторожны – парадоксы могут вызвать обратную реакцию.

Иногда парадоксальная стратегия может применяться открыто, при участии и осведомленности клиента. Для некоторых клиентов это может быть очень полезным и привлекательным:

Одна из вещей, которую я считаю полезной – это выявить действительные причины для изменения. Я выслушал от вас некоторые причины, по которым вы несклонны предпринимать какие-либо изменения, а теперь у меня к вам предложение. Я хочу немного подискутировать с вами. Я буду защищать вашу позицию, согласно которой у вас нет проблемы и нет необходимости меняться, и я хочу, чтобы вы постарались убедить меня в противоположном. Вам понятно? Я буду вами, а ваше дело убедить меня, что здесь действительно имеется проблема, которую я должен рассмотреть и что-то предпринять в этом отношении. Хорошо?

Клиентам иногда нужна дополнительная поддержка, чтобы участвовать в ролевой игре такого рода. Клиенту нужно будет говорить «вы», в то время как вы, как консультант, будете говорить «я» и приводить прежние аргументы клиента в пользу «проблемы нет». Это может происходить следующим образом:

ТЕРАПЕВТ: Я просто не понимаю, почему вы думаете, что здесь имеется проблема. Я пью столько же, сколько и мои друзья.

КЛИЕНТ: Вы, несомненно, пьете больше, чем многие из ваших друзей, а некоторые из ваших друзей сами злоупотребляют спиртными напитками.

ТЕРАПЕВТ: Но это не означает, что у нас проблема. Я хочу сказать, какой вред в стаканчике спиртного?

КЛИЕНТ: Вред не в стаканчике спиртного. Вы ведь самый последний покидаете вечеринку. (Выходит из роли:) У меня правильно получается?

ТЕРАПЕВТ: (Выходит из роли:) У вас замечательно получается. Но не старайтесь быть тактичным со мной. Не давайте мне спуска. Хорошо?

КЛИЕНТ: Хорошо.

ТЕРАПЕВТ: (В роли:) Но я справляюсь с этим! Я могу пить ночь напролет и не быть пьяным.

КЛИЕНТ: Ну, а как насчет следующего утра.....?

Через некоторое время терапевт позволяет клиенту «убедить» его или ее, что имеются причины для беспокойства. Этот прием не каждому клиенту подходит, но может быть привлека-

тельным, и даже развлекательным способом для выявления и исследования амбивалентности. В то же время, он вызывает много самомотивационных утверждений со стороны клиента, который должен защищать позицию присутствия вреда и необходимости изменения.

Способствование высказыванию самомотивационных утверждений является очень важной стратегией по выявлению расхождений. Произнесение такого рода утверждений обычно ведет к повышению осознания расхождения между целями человека и настоящими действиями. Чем больше это расхождение, тем больше мотивация для изменения. Первые четыре стратегии на ранних этапах мотивационного интервьюирования могут быть интегрированы в разработку расхождений путем (1) постановки открытых вопросов, направленных на извлечение самомотивационных утверждений; (2) отражения, иногда выборочно, самомотивационных аспектов того, что сказал клиент, что позволяет клиенту услышать это во второй раз; (3) поддержка и одобрение высказывания самомотивационных утверждений клиентом; (4) предоставление периодического суммирования самомотивационных тем, высказанных клиентом, позволяя клиенту услышать еще раз высказанные им или ею утверждения. Другие стратегии, такие как объективная обратная связь (см. Главу 7), тоже могут послужить повышению воспринимаемых расхождений (Миллер, 1983). Первый этап мотивационного интервьюирования фокусируется, в основном, на создании мотивации путем гиперболизации и разъяснения расхождений.

Следует осознать, что выявление самомотивационных утверждений может быть важным не только в начальных сессиях, но и в течение всего консультирования. Двойственность обычно не исчезает, она только уменьшается. Высказывание самомотивационных утверждений может служить напоминанием причин, которые привели к изменению.

Последующий контакт

Риск того, что клиенты прекратят лечение, выше всего после первой сессии. Некоторые исследования показали, что уровень прекративших лечение от алкоголизма превышает 50 процентов. Описанные выше стратегии могут оказать помощь в сокращении уровня бросивших лечение, однако имеется еще один дополнительный шаг, который значительно повышает уровень возвращения клиентов для последующего лечения. Это простой последующий контакт.

В одном исследовании (Коуманс, Мюллер и Миллер, 1967), алкоголики после первого контакта в психиатрической клинике были разделены на две группы. Из них первые 50 получили обычное направление к врачу, в то время как другим 50 после консультации позвонили один раз по телефону. В этих двух группах процент вернувшихся на лечение составлял 8% и 52% соответственно, большинство из них вернулись в течение одной недели. То есть, единственный последующий контакт повысил уровень возвращаемости более, чем в шесть раз. В другом исследовании (Коуманс и Мюллер, 1965), 50 алкоголиков, отобранных методом случайной выборки для получения «персонального письма с выражением заботы о благополучии пациента и повторения нашего приглашения возвратиться для дальнейшей помощи» после первой консультации, сравнивались с 50 другими пациентами, которые не получили такого письма. Процент возвращения для амбулаторного лечения составлял 50% и 31% соответственно.

Простой последующий контакт может быть также эффективен в предотвращении прекращения лечения. В одной клинике (Ниренберг, Собелл и Собелл, 1980) было обнаружено, что в тех случаях, когда клиенты не являлись на назначенный прием, личный телефонный звонок (но не стандартные письма) сокращали уровень прекращения лечения с 92% до 60%. Когда формат последующего письма менялся от безличностного к письму, выражающему интерес к клиенту, одно только письмо снижало уровень прекращения лечения с 96% до 66%. Пανε-

пинто и Хиггинс (1969) также выявили, что последующее письмо после первого пропущенного приема уменьшает прекращение лечения на ранних этапах с 51% до 28%. Интаглиата (1976) обнаружил, что телефонные контакты почти удваивают уровень постлечебного посещения среди алкоголиков, выписанных после стационарного лечения. Короче, простое выражение заботы и интереса может оказать очень большое воздействие на «мотивацию» клиента вернуться для лечения (ср. Ведель, 1965).