УИЛЬЯМ Р. МИЛЛЕР, СТИВЕН РОЛЛНИК

МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

КАК ПОМОЧЬ ЛЮДЯМ ИЗМЕНИТЬСЯ

УИЛЬЯМ Р. МИЛЛЕР, СТИВЕН РОЛЛНИК

МОТИВАЦИОННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

КАК ПОМОЧЬ ЛЮДЯМ ИЗМЕНИТЬСЯ

Уильям Р. Миллер, Стивен Роллник
Мотивационное консультирование
Как помочь людям измениться

William R. Miller, PhD; and Stephen Rollnick, PhD
MOTIVATIONAL INTERVIEWING,
Third Edition: Helping People Change

Серия «Классика психологии»

Copyright © 2013 The Guilford Press
A Division of Guilford Publications, Inc.
© Сусоева Ю. М., Вершинина Д. М., перевод, 2017
© Оформление. ООО «Издательство «Э», 2017

*** * ***

Посвящается нашему безвременно ушедшему другу и коллеге, д-ру Гаю Азулаю.
Уильям Р. Миллер

С благодарностью и любовью Джейкобу, Стефану, Майе, Натану и Нине
Стивен Роллник

Об авторах

Уильям Р. Миллер (William R. Miller), доктор наук, является заслуженным почетным преподавателем психологии и психиатрии Университета Нью-Мексико. Он ввел термин «мотивационное консультирование» в 1983 году в статье, опубликованной в журнале «Поведенческая психотерапия» и в первом издании книги «Мотивационное консультирование», написанной в соавторстве со Стивеном Роллником в 1991 году. Основной темой исследования доктора Миллера, имевшего большое значение для психологии изменения, было лечение и профилактика зависимостей. Среди прочих наград он был удостоен Международной премии Джеллинека, двух премий за достижения в профессиональной сфере от Американской психологической ассоциации и награды Фонда Роберта Вуда Джонсона за новаторство в борьбе с веществами, вызывающими зависимость. Институт научной информации включил доктора Миллера в список наиболее часто цитируемых ученых мира.

Стивен Роллник (Stephen Rollnick), доктор наук, преподаватель коммуникационных технологий в здравоохранении Медицинской школы в Кардиффском университете, Кардифф, Уэльс, Великобритания. В течение многих лет он работал клиническим психологом в сфере психического здоровья и в системе первичной медицинской помощи, прежде чем обратиться к вопросу о том, каким образом можно использовать мотивационное консультирование для стимулирующего консультирования в сфере здравоохранения и социальной работы. Исследования и методическое руководство доктора Роллника, получившие хорошее применение на практике, широко публикуются, а его работа по внедрению метода продолжается, сосредоточившись на детях в Африке, страдающих ВИЧ/СПИДом, и на беременных подростках из социально неблагополучных сообществ. Доктор Роллник и доктор Миллер совместно были удостоены награды Энджела

Американской академии коммуникации в здравоохранении.

Предисловие к третьему изданию

Данное издание вышло спустя 30 лет после первого появления термина «мотивационное консультирование» (МК). Понятие МК родилось в беседах в Норвегии в 1982 году, опубликованных в 1983 году в журнальной статье, в которой МК было впервые описано. Первое издание данной книги, изначально посвященной зависимостям, было опубликовано в 1991 году. Второе издание, опубликованное в 2002 году, представляло собой нечто совершенно иное, направленное на подготовку людей к изменению в широком спектре проблемных участков. Спустя 10 лет данное третье издание отличается от второго так же, как второе издание отличается от первого издания.

На МК ссылаются более 25 000 научных статей, опубликовано 200 рандомизированных клинических исследований, посвященных МК. При этом большинство из них были изданы после появления второго издания. В результате исследования были получены новые важные знания о процессе и результатах МК, психолингвистические параметры изменений и то, как практикующие специалисты обучаются МК.

Как следствие развития данной темы со временем стала очевидной необходимость написания нового издания. Наше понимание и способ обучения МК постепенно развивались. Как и второе издание, это издание призвано облегчить процесс изменения через широкий спектр тем и условий. Третье издание дает самое полное объяснение МК на сегодняшний день, вне его конкретных применений в конкретных условиях, рассматриваемых в других источниках (Arkowitz, Westra, Miller, & Rollnick, 2008; Hohman, 2012; Naar-King & Suarez, 2011; Rollnick, Miller, & Butler, 2008; Westra, 2012).

Данное издание многим отличается. Более 90 % его содержания является новым. В нем не предлагаются этапы и принципы МК. Вместо этого в третьем издании мы описываем основные процессы, включенные в данный подход, а именно: вовлечение, фокусирование, побуждение и планирование, вокруг которых была построена данная книга.

Мы надеемся, что данная модель, базирующаяся на четырех процессах, поможет разъяснить то, как МК разворачивается на практике. Мы исследуем возможности применения МК в процессе изменения, и не только в плане поведенческих изменений. Были добавлены важные новые знания о базовых процессах и обучении МК. Мы рассматриваем сохраняющее высказывание как противоположность изменяющему и объясняем, как отличить его от признаков разногласия в консультационных отношениях, отказавшись от понятия сопротивления (резистентности), на котором мы основывались ранее.

Мы также обсуждаем две особые ситуации консультирования, которые несколько отличаются от основного направления МК, но вместе с тем используют его концептуальные схемы и методы: беспристрастное консультирование (Глава 17) и развитие чувства несоответствия у людей, еще (или уже) не ощущающих противоречия (Глава 18). В книгу теперь включены новые наглядные примеры, глоссарий терминов МК и обновленная библиография. Дополнительные ресурсы доступны на сайте www.guilford.eom/p/miller2. Мы намеренно отдали приоритет практической стороне применения МК, поместив обсуждение истории, теории, научные экспериментальные доказательства и оценку достоверности в конец книги.

Несмотря на то что мы знаем намного больше, чем десять лет назад, о методологии МК, в нем по-прежнему остаются неизменными (и не должны меняться) сущность МК, лежащая в основе книги, установка и мировоззрение книги. Подобно тому, как в музыке существует тема и ее вариации, во всех трех изданиях прослеживается один и тот же лейтмотив, несмотря на то что конкретные описания МК могут со временем меняться.

Мы по-прежнему делаем акцент на том, что МК включает совместное партнерство с пациентами, уважительное побуждение их собственной мотивации и мудрости, полное принятие и осознание того, что в конечном итоге изменение является личным выбором

каждого человека, автономией, которую нельзя просто так взять и отключить, как бы этого иногда ни хотелось. К этому мы добавили акцент на сопереживании, как на четвертом элементе сугубо человеческой натуры. Мы хотим, чтобы на практике МК включало этот элемент. Эрих Фромм описал самоотверженную безусловную форму любви как стремление одного человека к благополучию и росту другого человека. Во врачебной деонтологии такая форма любви называется принцип благодеяния, в буддизме – *метта* , в иудаизме – *хесед* (черта *праведного человека*), в исламе – *рахма* , в христианстве первого века – *агапе* (Lewis, 1960; Miller, 2000; Richardson, 2012). Как бы она ни называлась, она означает связь с тем, кому мы служим, определенная Бубером (1971) как вид оценочных взаимоотношений «Я – Ты», в противоположность объектам манипулирования (Я – Оно). Некоторые из процессов межличностного влияния, описанных в МК, происходят (часто неосознанно) в обыденной речи, а некоторые специально применяются в различных контекстах, таких как продажи, маркетинг и политика, где сопереживание не занимает центральной позиции (хотя это и возможно).

По своей сути МК пересекается с тысячелетней мудростью сопереживания, дошедшей до нас сквозь время и различные культуры, и того, как люди ведут переговоры друг с другом по поводу изменений. Возможно, по этой причине практикующие специалисты, столкнувшиеся с МК, испытывают порой *чувство узнавания* , как будто они всегда о нем знали. В каком-то смысле так оно и есть. Нашей целью было сделать МК доступным для точного описания, изучения, исследования и практического использования.

О языке

В настоящее время МК применяется в различных ситуациях. В зависимости от контекста реципиенты МК могут быть определены как клиенты, пациенты, студенты, супервизанты, потребители, преступники или врачи-ординаторы. Аналогичным образом проводить МК могут консультанты, педагогические работники, терапевты, тренеры, практикующие специалисты, клиницисты или медсестры. В данной книге мы иногда использовали конкретный контекст, но большая часть нашего повествования о МК носит универсальный характер и может применяться в различных условиях. В рамках письменной традиции мы обычно использовали термины «консультант», «клиницист» или «практикующий специалист», чтобы обозначить тех, кто обычно проводит МК, и «клиент» или просто «человек» – в качестве общего термина для обозначения тех, на кого МК направлено. Для сохранения последовательности во многих примерах клинического диалога, приведенных в данной книге, мы обозначили их как консультанта и клиента независимо от конкретных условий.

Термин «мотивационное консультирование» встречается в книге более тысячи раз, поэтому мы решили использовать сокращение «МК», что намного проще, чем каждый раз полностью расписывать весь термин, хотя мы не отрицаем наличия других специфических значений данного сокращения. Некоторые термины, встречающиеся в повседневной речи, приобретают специфические значения в контексте МК. Большинство читателей смогут свободно понять эти значения благодаря объяснению, данному нами изначально, или исходя из контекста, либо могут обратиться к глоссарию терминов МК, приведенному в Приложении А при наличии сомнений.

Благодарности

Мы в долгу перед замечательным сообществом коллег, известным как MINT (Motivational Interviewing Network of Trainers), или Сеть преподавателей мотивационного консультирования, за стимулирование дискуссий, ставших для нас источником информации на многие годы, пока мы готовили второе и третье издания «Мотивационного консультирования». Джефф Эллисон стал неиссякаемым источником вдохновения и

творческого мышления в отношении МК, предложив нам метафоры, концептуальную ясность и множество прекрасных идей о том, как донести МК до других. Психолингвист Пол Амрайн совершил ключевые открытия в области речевых процессов, лежащих в основе МК, которые оказали существенное влияние на то, как мы сегодня понимаем изменяющее высказывание. Профессор Тереза Мойерс стояла в первых рядах исследования процесса и обучения МК, помогая нам продвинуться вперед в понимании того, как работает МК, посредством применения научного подхода, при этом четко осознавая его границы.

Это девятая книга, написанная нами и изданная совместно с издательством «Гилфорд пресс».

Кроме того, мы стали редакторами серии других книг издательства «Гилфорд» на тему МК. Имея опыт работы со многими другими издательствами, мы по-прежнему не перестаем испытывать удивление и благодарность за впечатляющий уровень заботы, качества издания и внимания к деталям, проявленных издательством «Гилфорд». Для нас было настоящим удовольствием сотрудничать в течение многих лет с такими издателями, как Джим Найджот и Китти Мур, может быть, не в ходе процесса очередной переработки текста, но в плане качества конечного продукта. Редактор данной книги, Дженнифер ДеПрима, вновь оказала нам большую помощь в совершенствовании текста. И наконец, мы еще раз выражаем благодарность Терезе Мойерс за рецензирование рукописи и предложения, помогающие сделать текст более плавным и четким.

Более полный список литературы по МК, два наглядных примера с аннотациями, рефлексивные вопросы к каждой главе, метод карточной сортировки для исследования личностных ценностей и глоссарий терминов МК произведены на сайте: www.guilford.com/p/miller2.

Часть I
Что такое мотивационное консультирование?

Наша беседа начнется на самом общем уровне: с определения, установления границ и описания клинического метода мотивационного консультирования (МК). В рамках данных глав мы предлагаем не одно, а целых три определения по нарастающей сложности. В Главе 1 мы даем доступное определение, подходящее для ответа на вопрос: «Зачем это нужно?». В Главе 2 описываются внутренняя сущность и установки МК, которые мы считаем необходимыми для добросовестной практики. В этой главе мы предлагаем прагматическое определение МК, подходящее для практикующего специалиста и отвечающее на вопрос: «Почему я хотел бы научиться этому и как бы я его использовал?». Затем, в Главе 3, мы делаем обзор клинического метода, описывая новую модель понимания МК и предлагая техническое терапевтическое определение, отвечающее на вопрос о том, как оно работает.

Глава 1
Беседы об изменении

Меняются не вещи; меняемся мы.
Генри Дэвид Торо

Глупый не любит знания, а только бы выказать свой ум.
Книга притчей Соломоновых 18:2

Разговоры об изменении происходят естественным образом каждый день. Мы спрашиваем друг друга о чем-либо. При этом мы очень чутко воспринимаем те аспекты естественной речи, которые указывают нам на нежелание, готовность и заинтересованность.

В действительности первоначальной функцией речи, помимо передачи информации, является мотивирование, влияние на поведение друг друга. Это может происходить очень просто, как просьба передать соль, либо сложно, как переговоры на международном уровне.

Существуют также особые беседы об изменении, проходящие в форме консультации со специалистом, где один человек стремится помочь другому что-либо изменить. Консультанты, социальные работники, духовные лица, психологи, тренеры, инспекторы по надзору за условно осужденными и учителя регулярно участвуют в таких беседах. Значительная часть работы системы здравоохранения связана с хроническими состояниями, при которых поведение и образ жизни людей определяют их будущее, качество их жизни и ее продолжительность. Таким образом, терапевты, стоматологи, медсестры, диетологи и инструкторы по санитарно-просветительной работе также регулярно участвуют в беседах об изменении поведения и образа жизни (Rollnick, Miller, & Butler, 2008).

Другие профессиональные беседы направлены на изменение, которое напрямую не связано с поведением, если только «поведение» не понимается в широком смысле, как весь человеческий опыт. Способность к прощению, например, является важным психологическим вопросом, влекущим за собой серьезные последствия для здоровья (Worthington, 2003, 2005). Объектом прощения может быть уже умерший человек, и влиять оно может скорее на внутреннее психическое и эмоциональное здоровье, чем на внешнее поведение.

Представление о самом себе, решения, выбранные жизненные позиции, горе и принятие являются общими клиническими проблемами, которые способны повлиять на поведение, являясь при этом объектами внутренних решений. В данном издании мы особо выделили такой вид изменений, как потенциально важный объект рассмотрения в рамках МК (Wagner & Ingersoll, 2009). МК привлекает внимание к обычным беседам об изменении с точки зрения их эффективности, в частности в контексте, где один человек выступает в роли помогающего специалиста по отношению к другому. Наш опыт показывает, что многие такие беседы происходят дисфункционально, хоть и с наилучшими намерениями. Целью МК является поиск конструктивного пути через вызовы ситуации, которые часто возникают, когда помогающий специалист отваживается работать с чьей-либо мотивацией к изменению. В частности, МК позволяет организовать разговор таким образом, чтобы люди самостоятельно вовлекали себя в изменение, основываясь на собственных ценностях и интересах. Жизненные установки не только отражаются в речи, но и принимают определенную форму благодаря ей.

Континуум стилей

Представим, что помогающие беседы расположены в некотором континууме (см. Таблицу 1.1). С одной стороны находится директивный стиль, при котором помогающий специалист дает информацию, указания и совет. Директор – это тот, кто говорит людям, что и как они должны сделать. Неявное содержание коммуникации при директивном стиле заключается в том, что «Я знаю, что тебе надо сделать, и ты должен это сделать вот таким образом». Директивный стиль содержит дополнительные роли для объекта управления, такие как подчинение, послушание и выполнение. Наиболее типичным примером управления является то, как терапевт объясняет, как правильно принимать лекарства, или то, как надзиратель за условно осужденными рассказывает о последствиях выполнения или невыполнения требований, наложенных судом.

В противоположном конце данного континуума находится сопровождающий стиль. Хорошие слушатели интересуются тем, что хочет сказать другой человек, стремятся понять и уважительно воздерживаются (по крайней мере, на некоторое время) от внесения собственной информации. Неявное содержание коммуникации помогающего специалиста при сопровождающем стиле – «Я доверяю твоему здравому смыслу, я буду рядом, я позволю тебе решить это по-своему». Дополнительные роли сопровождающего стиля: взять на себя инициативу, идти вперед, исследовать. Порой на практике самое подходящее – это просто

выслушать, играя роль спутника, например умирающего пациента, все возможное для которого уже было сделано, или для клиента, который пришел на сессию переполненным сильными эмоциями.

Таблица 1.1.
Континуум стилей коммуникации

В середине находится ориентирующий стиль. Представьте, что вы едете в другую страну и нанимаете гида себе в помощь. В рабочие обязанности гида не входит принятие решений о том, когда вам нужно приехать, куда пойти, что посмотреть, что сделать. Но хороший гид не будет просто следовать за вами повсюду, куда бы вам ни вздумалось забрести. Профессиональный гид станет также хорошим слушателем и предложит вам свои профессиональные знания и опыт, когда это будет необходимо.

МК занимает позицию в середине между директивным стилем и сопровождающим стилем, включая различные аспекты обоих. Так, помогая детям справиться с новой задачей, взрослый делает не слишком много и не слишком мало, как бы направляя их. В Таблице 1.2 приведены глаголы, ассоциирующиеся с каждым из этих трех стилей коммуникации. Все эти действия происходят естественно в повседневной жизни.

Выпрямительный рефлекс

Мы ценим и восхищаемся теми, кто избрал для себя помогающую профессию. Генри Нувен (Nouwen, 2005) заметил, что «тот, кто добровольно разделяет боль незнакомца, – поистине выдающийся человек», и мы согласимся с ним.

Жизнь в служении другим – это бесконечный дар. Множество бескорыстных мотивов могут подвигнуть людей на выбор помогающих профессий: желание отдать долг, предупредить и облегчить страдание, распространить любовь Бога или оказать положительное влияние на жизнь других людей и в мире.

Есть ирония в том, что, когда появляется задача помочь людям измениться, те же самые мотивы могут приводить к чрезмерному использованию управляющего стиля так, что он оказывается неэффективным или даже контрпродуктивным. Помогающие специалисты хотят помочь сделать все правильно, наставить людей на путь здоровья и благополучия. Наблюдение за людьми, идущими по неверному пути, вызывает естественное желание встать перед ними и сказать «Стойте! Вернитесь обратно! Разве вы не видите? Там есть дорога получше!», что и будет сделано из наилучших побуждений и с лучшими намерениями. Мы называем желание исправить то, что нам кажется неправильным в людях, и направить их на лучший путь «выпрямительным рефлексом», берущим начало в стремлении управлять. Что же с ним может быть не так?

Таблица 1.2.
Глаголы, ассоциирующиеся с одним из стилей коммуникации

ДИРЕКТИВНЫЙ СТИЛЬ	ОРИЕНТИРУЮЩИЙ СТИЛЬ	СОПРОВОЖДАЮЩИЙ СТИЛЬ
Руководить	Сопровождать	Позволять
Разрешать	Вызывать	Посещать
Командовать	Помогать	Быть отзывчивым
Вести	Пробуждать	Быть с
Решать	Сотрудничать	Постигать
Определять	Добиваться	Идти вместе с
Главенствовать	Подбадривать	Схватывать
Возглавлять	Осведомлять	Верить в
Заведовать	Вдохновлять	Слушать
Приказывать	Возбуждать	Наблюдать
Предписывать	Вносить на рассмотрение	Разрешить
Председательствовать	Присматривать	Следовать
Править	Мотивировать	Оставаться с
Направлять	Предлагать	Быть верным
Управлять	Указывать	Принимать
Принять ответственность	Показывать	Проявлять интерес
Принять руководство	Поддерживать	Понимать
Говорить	Брать с собой	Ценить

Амбивалентность

Теперь представьте себе, что большинство людей, которые хотят измениться, испытывают амбивалентность по отношению к перемене. Они видят причины измениться и причины не меняться. Они одновременно хотят измениться и не хотят этого. Это нормально в человеческой жизни. В действительности это обычная часть процесса изменения, шаг на пути (DiClemente, 2003; Engle & Arkowitz, 2005). Если вы амбивалентны – вы на один шаг ближе к изменению.

Есть некоторые люди, которым нужно измениться (по крайней мере, по мнению других), но сами они видят мало причин меняться или не видят их вовсе. Возможно, им все нравится как есть. Возможно, они пытались измениться в прошлом, но бросили. Для них *развитие* амбивалентности в отношении изменения означало бы шаг вперед! (Подробнее об этом в Главе 18.)

Однако, несомненно, именно амбивалентность является той стадией, где многие люди застревают на пути к изменению. Многие из тех, кто слишком много курит, употребляет спиртного или мало двигается, прекрасно осведомлены об обратной стороне своего образа жизни. Многие из перенесших сердечный приступ прекрасно знают о том, что должны бросить курить, регулярно выполнять физические упражнения и употреблять здоровую пищу. Многие люди, страдающие диабетом, могут рассказать об ужасающих последствиях, наступающих в результате несоблюдения контроля над уровнем глюкозы в крови. С другой стороны, многие люди так же могут описать положительные последствия экономии денег, физической активности, утилизации мусора для повторной переработки, употребления большого количества фруктов и овощей и доброго отношения к окружающим. Однако выполнению правильных действий препятствуют другие мотивы, в том числе осознанные. Амбивалентность – это одновременно желание и нежелание чего-либо или желание двух несовместимых вещей сразу. Она была свойственна человеческой природе испокон веков.

> Амбивалентность является общим местом, где люди останавливаются на пути к изменению.

Таким образом, совершенно нормально ощущать амбивалентность, слушая два разных вида высказываний одновременно. Одним из видов является изменяющее высказывание, когда собственные утверждения человека способствуют его изменению. В нашем первом издании (Miller & Rollnick, 1991) мы назвали эти заявления *самомотивирующими утверждениями* . Противоположностью является сохраняющее высказывание, когда человек приводит собственные аргументы, чтобы не изменяться, для поддержания статус-кво. Если вы просто слушаете человека, находящегося в состоянии амбивалентности, оба вида высказываний, изменяющее и сохраняющее, появляются естественным путем, зачастую в рамках одного предложения: «Мне нужно что-то делать со своим весом (изменяющее высказывание), но я уже все перепробовала, и он никогда не остается нормальным надолго (сохраняющее высказывание). Я хочу сказать, что знаю, что мне необходимо сбросить вес из-за моего здоровья (изменяющее высказывание), но я просто люблю поесть (сохраняющее высказывание)». Слова «да, но…» означают спад амбивалентности.

В амбивалентности есть что-то манящее, даже если в такой ситуации человек чувствует себя некомфортно. Люди могут застрять в этом положении на долгое время, колеблясь между выбором из двух возможностей, двух путей или двух отношений. Как только человек делает шаг в пользу одной возможности, другая начинает казаться более привлекательной. Чем ближе вы к выбору одной возможности, тем больше появляется недостатков у этой альтернативы, тем больше усиливается притяжение к другому варианту выбора. Общим паттерном является подумать о причинах необходимости изменений, затем о причинах ничего не менять, затем перестать думать обо всем. Способ выхода из состояния амбивалентности предполагает выбор одного направления и следования ему, не переставая двигаться в выбранном направлении.

> Аргументы как в пользу изменения, так и против него уже присутствуют в амбивалентном человеке.

Теперь представьте себе, что происходит, когда амбивалентный человек встречает желающего помочь с его выпрямительным рефлексом. Аргументы как в пользу изменения, так и против него уже присутствуют в амбивалентном человеке. Естественным рефлексом помощника будет поддержать «хорошую» сторону, объясняя, почему важно измениться и как это сделать. Разговаривая с человеком, страдающим зависимостью от алкоголя, помогающий специалист может сказать: «У тебя серьезные проблемы с выпивкой, тебе надо бросить пить». Ожидаемым ответом будет: «О да, я понимаю. Я просто не осознавал, насколько это серьезно. Хорошо, я займусь этим». Однако самым вероятным ответом будет: «Нет, у меня нет проблем». Аналогичным образом естественным рефлексом помогающего специалиста во время консультации беременной пьющей женщины станет рассказ об вреде, который алкоголь наносит неродившемуся ребенку.

Скорее всего, однако, этот человек уже слышал все «хорошие» аргументы не только от посторонних, но и от своего внутреннего голоса. Испытывать амбивалентность – это как будто завести маленький комитет в своем мозгу, члены которого не могут прийти к согласию по поводу дальнейших действий. Помогающий специалист, который под влиянием своего выпрямительного рефлекса отстаивает пользу изменения, добавляет свой голос к одной из сторон внутреннего комитета человека.

Что же происходит потом? Существует довольно предсказуемый ответ, когда человек, ощущающий, что у него есть два пути, слышит поддержку одной стороны, усиленную словами «да, но …» или просто «но …» без каких-либо «да» (такое происходит и в комитетах, внутри которых существует несогласие). При отстаивании одной позиции амбивалентный человек скорее примет противоположную позицию и будет защищать ее.

Таблица 1.3.

Личные рассуждения: у истоков мотивационного консультирования

Нет никакого совпадения в том, что МК возникло в рамках лечения зависимостей. Я был озадачен тем, что труды и мнения практикующих специалистов в данной области были пронизаны пренебрежением к людям, страдающим расстройствами, вызванными химической зависимостью, которые характеризовали таких людей как патологических лжецов с устрашающе незрелыми механизмами защиты личности, отрицая и не принимая во внимание реальность. В моем опыте работы с такими людьми этого не было и существовали лишь очень слабые научные доказательства тому, что как группа они имели личность, отклоняющуюся от нормы, или что их защитные структуры отличались от защитных структур нормальных людей. Таким образом, если эти люди переступали порог клиник по борьбе с зависимостями, ничем в своем разнообразии не отличаясь от разнообразия остального населения, как могло произойти, что клиницисты стали относиться к ним как к безнадежно отличающимся и трудным? Когда схожесть в поведении не объясняется ранее существующими особенностями, было бы естественно всмотреться в контекст, в окружение. Могла ли внешняя схожесть в ненормальном поведении быть вызвана тем, как этих людей лечили?

Достаточно вспомнить 1980-е годы. Лечение зависимостей в Соединенных Штатах зачастую было высокоавторитарным, провоцирующим, даже унизительным, основывающимся на стиле жесткого управления. В качестве моего первого опыта по лечению людей, имеющих проблемы с алкоголем, мне повезло работать в отделении, где отношение к ним было совсем другим, и, поскольку я знал очень мало об алкоголизме, я во многом полагался на то, что мне рассказывали пациенты отделения, я учился у них и пытался понять их дилемму. Мне показалось, что в основном они люди открытые, заинтересованные, мыслящие, прекрасно осознающие весь хаос, возникающий из-за употребления спиртного. Вот почему, когда я начал читать клинические описания, я подумал: «Это совершенно не похоже на тех людей, которых я видел!»

Скоро стало очевидным, что открытость пациента в противоположность защитному поведению, изменяющие высказывания вместо сохраняющих, являются в большой степени продуктом терапевтических отношений. Сопротивление и мотивация возникают в межличностном контексте. Это было показано в исследованиях и легко заметно в обычной практике. Посредством способа консультирования возможно как увеличить, так и понизить мотивацию пациента (или его закрытость), наподобие звука радиоприемника. Отрицание в лечении зависимостей зачастую является не столько проблемой пациента, сколько проверкой профессиональных навыков консультанта. Если консультирование проводится так, что активируются защитные механизмы и возникают контраргументы, люди будут мало склонны к изменению. Такое консультирование еще раз подтвердит убеждение клиницистов, что данные люди являются трудными, невосприимчивыми и не поддающимися лечению. Это самосбывающееся пророчество.

Я решил узнать, как надо консультировать, чтобы пробудить мотивацию людей к изменению вместо того, чтобы активировать их защитные механизмы. Простой принцип, вытекающий из наших предыдущих обсуждений, заключается в том, чтобы заставить пациента, а не консультанта, озвучить причины изменения. Как выяснилось, излишнее доверие к директивному стилю не было уникальным для лечения зависимостей, поэтому МК нашло применение в других областях, таких как здравоохранение, исправительные меры и социальная работа.

Уильям Р. Миллер

Прежде чем я прочел первую статью по МК, я уже испытал опыт, который зародил мой дальнейший интерес. Я работал помощником медсестры в лечебном центре для людей, имеющих проблемы с алкоголем. В центре практиковалась безапелляционная философия, довольно пугающая, когда тебе 23 года. Миссия

данного центра заключалась в том, что мы должны были помочь пациентам повернуться лицом к отрицанию серьезности их проблем, потому что в противном случае они продолжали бы обманывать себя и других об их деструктивной привычке. Не составляло труда установить, кто из пациентов является особенно «резистентным» во время групповых обсуждений или в комнате отдыха. Один из них был записан в группу для молодых людей, которую я вел. Однажды вечером, ничего фактически не сказав во время групповой встречи, он вышел, застрелил свою жену, а затем себя на глазах своих двух маленьких детей.

Несколько лет спустя я прочел данную работу (Miller, 1983), в которой было сделано предположение о том, что отрицание может рассматриваться как выражение дисфункциональных отношений и нарушенного контакта. Оно может трансформироваться в нечто положительное, если использовать стиль, предполагающий сотрудничество с пациентами. Я с некоторым удивлением осознал, что личная и профессиональная склонность обвинять, судить и навешивать ярлыки другим людям за их «сопротивление» и «немотивированность» не ограничивалась сферой зависимостей. Она возникала в любых лечебно-профилактических учреждениях, где бы мне ни приходилось бывать. МК предлагает иной подход к беседам об изменении.

Стивен Роллник

Это явление иногда называют «отрицанием», или «сопротивляемостью», или «оппозиционностью», однако в таких реакциях нет ничего патологического. Такова природа амбивалентности и спора с самим собой.

Процесс спора с самим собой может показаться терапевтическим средством вроде психодраматического отыгрывания амбивалентности, при котором помощник просто принимает сторону, поддерживающую изменения, если бы не другой принцип человеческой природы, заключающийся в том, что большинство людей склонны верить в себя и доверять своему мнению больше, чем чьему-либо. Вербализация одной из сторон вопроса имеет тенденцию к сдвигу баланса мнения человека в эту сторону. Другими словами, люди узнают о своем отношении и убеждениях точно так же, как другие узнают их: слушая во время разговора (Bem, 1967, 1972). С этой точки зрения, если вы, будучи помогающим специалистом, отстаиваете необходимость изменений, а ваш клиент отстаивает позицию против изменений, вы получите обратный эффект. В идеале клиент должен озвучить причины изменения. Любой успешный продавец это знает. Люди довольно чувствительны к тому, как им говорят об амбивалентности, отчасти поэтому они вели такие же беседы об изменении сами с собой.

Выпрямительный рефлекс и связанный с ним директивный стиль имеет тенденцию к развитию оппозиционной формы беседы. Насколько она эффективна и каковы ее возможные исходы?

Динамика бесед об изменении

Выпрямительный рефлекс подразумевает веру, что человека необходимо убедить или уговорить поступать правильно. Вам просто нужно задать правильные вопросы, найти нужные аргументы, дать критическую информацию, спровоцировать эмоциональное решение или следовать правильной логике, чтобы заставить человека понять и измениться. Данные постулаты господствовали в сфере лечения зависимостей на протяжении большей части второй половины XX века: будто бы люди с подобными проблемами неспособны самостоятельно воспринимать реальность и необходимо разрушить их патологические защиты, чтобы они смогли измениться. Данная точка зрения требует сильного выпрямительного рефлекса со стороны помогающего: столкнуть человека с реальностью, предоставить решение, а встречая сопротивление – «прибавить громкости» (White & Miller, 2007). Ответ клиентов чаще всего был предсказуем, приводя, таким образом, к ошибочному заключению о том, что люди, страдающие зависимостью, являются типично

незрелыми, яростно защищаются и находятся в состоянии отрицания (Carr, 2011). Это явление не уникально для лечения зависимости. Его отзвуки и связанные с ним суждения и ярлыки о низкой мотивации можно встретить повсюду в здравоохранении, социальной сфере и уголовном судопроизводстве.

> Если вы отстаиваете необходимость изменений, а ваш клиент отстаивает позицию против изменений, вы получите эффект, противоположный вашей аргументации.

Попробуйте провести мысленный эксперимент или, еще лучше, попросите друга провести этот эксперимент вместе с вами. Выберите то, что вы считаете нужным изменить, хотите или испытываете необходимость изменения, но до сих пор его не сделали. Другими словами, подумайте об изменении, по отношению к которому вы испытываете амбивалентность. У нас всех есть что изменить. Вы можете попросить кого-нибудь стать вашим помощником (или вообразить это), который скажет вам, насколько вам необходимо что-то изменить, предоставит вам список причин для изменения, сделает акцент на важности изменения, скажет вам, как это сделать, убедит вас в том, что вы можете это сделать, и заставит вас заняться этим. Как бы вы среагировали? Мы использовали это упражнение по всему миру, и ответы людей были на удивление схожи. Некоторые нашли это упражнение полезным, возможно 1 из 20 (достаточно, чтобы помогающие специалисты продолжали заниматься своей работой), однако большинство людей, получивших «помощь», чувствовали себя следующим образом (что-то одно или несколько эмоций сразу):

- злыми (беспокойными, недовольными, раздраженными, неуслышанными, непонятыми);
- обороняющимися (поставленными под сомнение, осуждаемыми, оправдываемыми, оппозиционными, не желающими меняться);
- испытывающими неудобство (стыд, невозможность справиться, желание убежать);
- бессильными (пассивными, хуже других, потерявшими желание что-либо делать, безучастными).

Действительно, при таком взаимодействии человек, получающий «помощь», приходит к выводу, что он или она на самом деле не хочет ничего менять! Естественно, это не входит в намерения помогающего. Это просто обычная реакция на выпрямительный рефлекс, на то, что кто-то решает, что нужно сделать, почему и как это сделать. В ответ на выпрямительный рефлекс люди, как правило, чувствуют себя плохо. Если вынуждать людей чувствовать себя плохо, это не поможет им измениться.

Теперь попробуйте снова, но на этот раз ваш друг будет действовать иначе. И вновь обсудите что-нибудь, что вы хотели бы изменить, должны изменить, что вам необходимо изменить, подумывали изменить, но до сих пор не изменили. На этот раз ваш друг не будет давать вам никаких советов. Вместо этого он задаст вам серию вопросов и внимательно выслушает ваши ответы. В 2006 году мы подобрали пять вопросов, чтобы новички смогли ощутить процесс МК:

1. «Почему вы хотите изменить это?»
2. «Что вы могли бы предпринять, чтобы достичь успеха?»
3. «Назовите три ваши самые главные причины, чтобы сделать это».
4. «Насколько для вас важно изменить это и почему?»

Ваш друг должен терпеливо выслушать ваши ответы, затем подвести итог того, что вы ему рассказали: почему вы хотите измениться, почему это важно, назвать самые главные причины и что можно предпринять, чтобы добиться успеха. Затем ваш друг должен задать еще один вопрос и вновь просто выслушать ответ:

5. «И как вы думаете, что вы теперь сделаете?»

Вот так. Мы еще не объяснили, что происходит во время этого разговора об изменении, не ознакомили вас с теорией и не дали вам никаких руководящих указаний. Вопросы сами по себе не являются методом, но они дают чувство сосредоточенности на одном человеке и соответствуют духу МК. Мы также использовали это упражнение по всему миру и вновь обнаружили, что все люди, как правило, одинаково отвечают тем, кто их слушает (независимо от опыта и образования помощника). Обычно они говорят, что чувствовали себя:

• вовлеченными (заинтересованными, сотрудничающими, испытывающими симпатию к собеседнику, готовыми продолжать разговор);
• воодушевленными (готовыми к переменам, надеющимися, оптимистичными);
• открытыми (чувствующими принятие, удобство, безопасность, уважение);
• понятыми (взаимодействующими, услышанными, выслушанными).

В обоих случаях субъект беседы, возможное изменение, характеризующееся амбивалентностью, остается прежним, но результаты, как правило, различаются. Таким образом, вы скорее потратите время, работая с: (1) людьми, которым вы не нравитесь и которые занимают оборонительную позицию, испытывают злость, дискомфорт и пассивность; или с (2) людьми, которые чувствуют себя вовлеченными, сильными, открытыми и понятыми, которым нравится проводить время с вами? *Это те же самые люди.* Разница заключается в динамике беседы.

Начальное определение

Итак, что же такое МК? Определенно, это не простая последовательность из пяти вопросов, способствующая изменению. Профессиональное МК включает намного больше, чем задавание вопросов, и требует высококвалифицированного слушания. В нашем первом издании (Miller & Rollnick, 1991) мы не давали никаких определений. Позднее мы привели некоторые приблизительные определения (Miller & Rollnick, 2002, 2009; Rollnick & Miller, 1995). Отчасти проблема заключается в сложности МК. В третьем издании мы предлагаем различные уровни определения, по одному в каждой из трех глав. Первое определение – это доступное обывательское определение, акцентированное на цели МК:

> Мотивационное консультирование – это стиль совместной беседы, направленный на укрепление личной мотивации человека и его готовности к изменению.

МК является, во-первых и прежде всего, беседой об изменении. Если бы мы назвали его как-нибудь иначе, то это, скорее всего, была бы «мотивационная беседа». Она может быть краткой или долгой, происходить в различных условиях, индивидуально или в группе, но это всегда будет беседа, которая будет проходить не в форме чтения лекции или монолога, а в форме сотрудничества и будет скорее сопровождающей, чем управляющей. Кроме того, исходя из названия, ее первостепенной задачей будет укрепление мотивации, точнее, личной мотивации человека, к изменению. Однако мотивированность без последующего намерения совершить действие будет неполной, поэтому в данном издании МК рассматривается в связи с планированием и применением (Часть V). В Главе 3 мы предлагаем обзор метода МК, однако сначала мы обратимся к сути данного метода, лежащей в основе добросовестной практики.

Ключевые моменты

• Мотивационное консультирование – это беседа в духе сотрудничества, целью которого является укрепление личной мотивации человека и совершение изменения.
• Общий стиль МК – это ориентирование, включающее элементы управления и сопровождения.
• Амбивалентность – это нормальная часть подготовки к изменению и то состояние, в котором человек может застрять на некоторое время.
• Когда помогающий использует директивный стиль и приводит аргументы в пользу изменения человеку, находящемуся в состоянии амбивалентности, это неизбежно приводит к тому, что человек находит противоположные аргументы.
• Люди охотнее убеждаются в том, что сами высказывают.

Глава 2
Сущность мотивационного консультирования

Если обращаться с человеком так, как он этого заслуживает, он останется таким, какой он есть, но если обращаться с ним как с человеком, каким он должен и может быть, он станет таким человеком.

Иоганн Вольфганг фон Гёте

Сопереживание – это желание видеть других свободными от страдания.

Далай-лама

Когда мы начали преподавать МК в 1980 году, мы, как правило, акцентировали свое внимание на технике, на том, *как* это сделать. Со временем, однако, мы обнаружили, что пропустили что-то важное. Наблюдая, как наши стажеры воплощают МК на практике, у нас создалось ощущение, что мы научили их словам песни, но не познакомили их с мелодией этой песни. Что же нам не удалось передать им? Именно тогда мы стали писать о сущности МК – о состоянии ума и сердца, лежащем в основе данного метода (Miller & Rollnick, 1995).

Под этими словами мы понимаем конечную цель, ради которой практикуется МК. Без своей сущности МК становится циничным трюком, способом манипулирования людьми, чтобы заставить их делать то, что они не хотят делать: профессиональный волшебник умело направляет незадачливого клиента в сторону принятия правильного выбора. Вкратце, метод становится лишь еще одним вариантом выпрямительного рефлекса, битвой умов с целью перехитрить своего противника. В первом издании книги язык и конечная цель отражены лишь отчасти[1].

Так какова же его сущность, в каком состоянии ума и сердца нужно приступать к практике МК? Ответу на этот вопрос уделяется основное внимание в данной главе. Мы

[1] Недавняя книга (Pantalon, 2011) зеркально отражает противоположную сущность МК. Обложка книги содержит обещание раскрыть вопросы, описанные в Главе 1, которое представляет собой способ «заставить кого-либо сделать что-либо» менее чем за 7 минут. То же значение МК как простого трюка вытекает из призыва, время от времени встречаемого нами, к обучению МК за пиццей во время обеденного перерыва. Мы принимаем на себя некоторую ответственность за недопонимание, возникшее из нашего предыдущего представления метода МК.

начнем с четырех ключевых взаимосвязанных элементов сущности МК: партнерство, принятие, сопереживание и побуждение. Каждый из этих элементов включает эмпирический и поведенческий компоненты. Кто-то, например, может на собственном опыте испытать принятие или сопереживание, но без поведенческого компонента это не приносит никакой пользы.

Спешим добавить, что данные компоненты не являются обязательными предпосылками для практики МК. Если бы кому-то необходимо было научиться сопереживать и принимать в глубине души, прежде чем заняться МК на практике, ожидание могло бы занять всю жизнь. Именно практика МК раскрывает эти четыре способности нашей души.

Партнерство

Первым из четырех жизненных аспектов сущности МК является партнерство. Это не то же самое, что происходит между специалистом и пассивным реципиентом, учителем и учеником, мастером и подмастерьем. В действительности партнерство не означает действие, которое совершается по отношению к кому-либо. Оно означает действие, которое происходит «для» и «совместно» с кем-либо. Это активное сотрудничество между специалистами. Люди являются бесспорными специалистами самих себя. Никто не был рядом с ними дольше и не знает их лучше, чем они сами. В МК помогающий – это спутник, речь которого занимает не больше половины разговора. Метод МК скорее предполагает исследование, чем наставление; интерес и поддержку, нежели чем убеждение или аргумент. Консультант стремится создать позитивную межличностную атмосферу, благоприятствующую изменению, но не принуждающую к нему.

МК означает действие «для» и «совместно» с человеком.

Мы обнаружили, что иногда очень полезно использовать метафоры и сравнения при объяснении, что такое МК, поэтому мы будем использовать их в данной книге. Подходящим сравнением здесь является то, что МК скорее напоминает танец, чем рукопашный бой[2]. Человек, как в танце, движется вместе с другим, а не против него. В данном процессе не нужно брать верх или припирать противника к стене. Правильное МК должно быть плавным, как вальс. Однако, как в танце, кто-то по-прежнему лидирует и умело ведет, не спотыкаясь и не наступая на пятки, что определенно является частью искусства МК. Без партнерства нет танца.

Почему это важно? Одна простая причина заключается в том, что консультант не может работать один, когда целью является изменение другого человека. Клиент обладает жизненным опытом и знаниями, которые являются дополнительными к вашим. Активация этих знаний и опыта является ключевым условием для того, чтобы произошло изменение (Hibbard, Mahoney, Stock, & Tusler, 2007; Hibbard, Stockard, Mahoney, & Tusler, 2004). МК – это не способ изменить людей обманным путем. Это способ активации их собственной мотивации и ресурсов для изменения.

Подводным камнем, которого следует избегать в данном случае, является ловушка эксперта, состоящая в том, что у вас уже есть готовый ответ на дилемму, основанный на вашем профессиональном опыте и знаниях. Чтобы не попасть в эту ловушку, вам нужно выбросить из головы мысль, что от вас требуется иметь правильный ответ на вопрос и дать его. На самом деле вы совсем не обязательно обладаете правильным ответом, когда дело касается личного изменения. Ловушка эксперта является благодатной почвой для включения выпрямительного рефлекса. Многих молодых специалистов, проходящих специализацию, учили, что они должны быстро найти и выдать правильные ответы. Готовность сдержать запуск этого рефлекса при реализации профессиональных знаний является ключевым

[2] Метафора, предложенная Джеффом Эллисоном.

элементом сущности сотрудничества МК.

> МК – это не способ изменять людей обманным путем. Это способ активации их собственной мотивации и ресурсов для изменения.

Природа сотрудничества в МК подразумевает настройку и наблюдение за собственными стремлениями, как и за стремлениями клиента. Межличностный процесс МК предполагает соответствие стремлений, которые, как и в любом партнерстве, могут различаться. Без осознания собственного мнения и участия у человека складывается лишь часть всей картины. Мы рассматриваем честность по отношению к этим стремлениям как наиболее существенную часть МК. Иногда план действий помогающего вытекает непосредственно из контекста. Когда человек приходит в клинику, где лечат табачную зависимость, или предлагают программу лечения алкогольной или наркозависимости, ожидаемая тема беседы и направление изменения не являются откровением. Сотрудники горячей линии по предотвращению самоубийства, очевидно, стремятся предотвратить самоубийство, надзиратели за условно осужденными – предотвратить совершение противозаконных действий. Во многих условиях клиент составляет план изменения, включающий конкретные проблемы и вопросы. Случается, однако, что приоритеты консультирующего в вопросе изменения отличаются от приоритетов клиента. Сценарий такой ситуации мы рассмотрим в Главе 10. Здесь мы сделаем акцент на осознанности, на честности в отношении чьих-либо ценностей и повестке дня в беседах об изменении.

Партнерский характер сущности МК свидетельствует о глубоком уважении другого человека. Специалист, практикующий МК, является привилегированным свидетелем изменения. Беседа в МК напоминает что-то из разряда «посидеть вместе с клиентом на диване и полистать его семейный альбом». При этом время от времени специалист задает вопросы, но большую часть беседы он слушает, потому что история жизни человека – это его личная история. Цель специалиста – понять жизнь клиента, какой она была до их встречи, увидеть мир его глазами, а не навязать свое видение.

Принятие

Отношение глубокого принятия клиента тесно связано с сущностью партнерства в МК. Принять человека в данном смысле не означает, что вы непременно должны одобрять его действия или молча согласиться на статус-кво. Личное одобрение консультирующего (или неодобрение) в данном случае не имеет никакого значения.

То, что мы понимаем под термином «принятие», имеет глубокие корни в работе Карла Роджерса и содержит по крайней мере четыре аспекта (см. Таблицу 2.1).

Абсолютная ценность

Первое, принятие подразумевает высокую оценку ценности и потенциала, присущих каждому человеческому существу. Роджерс (Rogers, 1980b, стр. 271) назвал это отношение несобственнической заботой, или безусловным позитивным вниманием (или безусловным положительным отношением. – *Прим. ред* .): «Принятие другого человека как отдельной личности, уважение к другому человеку как полноправно обладающему собственной ценностью. Это базисное доверие, вера, что этот другой человек каким-то образом изначально достоин доверия». В его теории это одно из необходимых и достаточных терапевтических условий для того, чтобы произошло изменение. Фромм описал это как уважение, которое представляет собой «способность видеть другого человека таким, какой он есть, осознавать его индивидуальность. Уважать человека – значит быть заинтересованным в том, чтобы он развивался по своему собственному пути. Таким образом, уважение исключает использование одного в целях другого».

Противоположным отношением является оценочность, наложение условий на

ценность: «Мне решать, кто заслуживает уважения, а кто его не заслуживает». В этом есть завораживающий парадокс. Мы согласны с Роджерсом в том, что, когда люди ощущают отсутствие принятия, это обездвиживает их.

Их способность измениться сводится к минимуму или блокируется. Когда, напротив, человека принимают таким, какой он есть, он чувствует себя свободным для изменения.

Таблица 2.1
Четыре аспекта принятия

Роджерс (Rogers, 1959) назвал это Menschenbild («образом человека»), видением человеческой натуры, шагом вперед, полагая, что в критических терапевтических условиях люди будут естественным путем меняться в лучшую сторону. Данная тенденция к самоактуализации (Maslow, 1943, 1970) так же естественна, как для растения естественно тянуться вверх к свету при условии хорошей почвы, достаточной влаги и солнечного света. Это как если бы каждый человек имел естественное зрелое конечное состояние или цель (по-гречески «telos»), к которой он стремился бы при наличии оптимальных условий. Так, для желудя telos – это дуб. Является ли самоактуализация изначально присущей человеку, его естественной склонностью к росту в сторону положительного telos? Мы не можем знать этого наверняка, но мы можем выбрать наш собственный Menschenbild[3], способ видения человека и человеческой природы, видения, которое, как правило, становится самосбывающимся пророчеством (Leake & King, 1977; Miller, 1985a).

Истинная эмпатия

Вторым ключевым аспектом принятия (и другим критическим условием изменения по Рождерсу) является истинная эмпатия – активная заинтересованность и попытка понять внутреннюю позицию другого человека, увидеть мир его глазами. При этом мы не имеем в виду симпатию, как чувство жалости или братское отношение к человеку. Мы также не имеем в виду отождествление: «Я пережил это и знаю, что ты чувствуешь. Давай я расскажу

[3] Благодарность Йоахиму Керкелю за предложение полезного термина и понятия.

тебе о себе». Эти моменты могут присутствовать или отсутствовать, однако эмпатия – это способность понимать ценностную ориентацию другого человека и его убежденность в ее правильности. Роджерс и его ученики дали хорошее описание терапевтического навыка истинной эмпатии (Rogers, 1965; Truax & Carkhuff, 1967). Это «чувствовать внутренний мир клиента, наполненный его личными смыслами, как будто свой собственный, не забывая, однако, о слове «как будто» (Rogers, 1989, стр. 92–93). Противоположным эмпатии является навязывание собственной точки зрения, возможно, исходя из предположения, что другие точки зрения являются неприемлемыми или неправильными.

Поддержка независимости

Третье: принятие включает в себя признание и уважение автономии любого человека, его неотъемлемого права и способности к самоуправлению (Deci & Ryan,1985; Markland, Ryan, Tobin, & Rollnick, 2005). Виктор Франкл (Frankl, 2006) заметил:

«Мы, прошедшие концлагеря, можем вспомнить людей, которые ходили по баракам, утешая других и подчас отдавая последний кусок хлеба. Пусть их было немного, но их существование служит достаточным доказательством: у человека можно отнять все, кроме одного – его последней свободы: выбирать свое отношение к любым данным обстоятельствам, выбирать свой собственный путь».

В своем клиентоцентрированном подходе Роджерс стремился дать людям «полную свободу в том, кем им быть и что выбирать» (Rogers, 1962). Его вера в это была, несомненно, связана с его взглядом на человеческую природу как на изначально «положительную, двигающуюся вперед, конструктивную, реалистичную, заслуживающую доверия» (Rogers, 1962). Он верил в то, что если поместить человека в естественные терапевтические условия, то этот человек будет двигаться в положительном направлении естественным путем. Его точка зрения отчасти контрастировала с точкой зрения Фрейда на то, что людям присуще стремиться к поиску эгоистичных удовольствий, оставаясь в большинстве случаев в неведении о темных побуждениях, определяющих их жизнь.

Противоположностью поддержке автономии является попытка заставить людей совершать какие-либо действия, принуждать и контролировать. Надзиратель за условно осужденными, говорящий: «Вы не можете покинуть страну», буквально не говорит правды точно так же, как консультант, говорящий алкоголику: «Вы не можете пить». На самом деле они имеют в виду негативные последствия данных поступков, всегда оставляя выбор за человеком. Здесь также скрывается противоречие. Говоря кому-нибудь, что «он не может» и буквально ограничивая чей-либо выбор, мы обычно провоцируем психологическую реакцию сопротивления (Dillard & Shen, 2005; Karno & Longabaugh, 2005a, 2005b), желание утвердить свою свободу. Напротив, прямое признание права человека на выбор обычно уменьшает реакцию защиты и может облегчить изменение. Таким образом, вы избавлены от мысли и бремени того, что вы должны (или можете) заставить людей измениться. Это, по сути, высвобождение силы, которой у вас раньше никогда не было.

Аффирмация

Наконец, аффирмация, как мы ее понимаем, предполагает признание, поиск и подтверждение сильных сторон и стараний человека. Как и в случае ценности, автономии и эмпатии, это не просто частный опыт положительной оценки других людей, но осознанный способ существования и общения (Rogers, 1980b). Его противоположностью является поиск того, что в людях не так (что зачастую является главным предметом оценивания), и последующее изложение того, как это исправить.

Все вместе эти четыре человекоцентрированные условия приводят к тому, что мы понимаем как «аффирмация». Мы уважаем абсолютную ценность человека и потенциал человеческого бытия, признаем и поддерживаем неотъемлемую автономию человека в выборе собственного пути, стремимся через истинную эмпатию понять мировоззрение другого человека и признать его сильные стороны и старание.

Сопереживание

В третьем издании мы добавили сопереживание к нашему описанию сущности МК. Здесь мы снова говорим не о личном чувстве, эмоциональном опыте, таком как симпатия или отождествление, потому что они не являются необходимыми или достаточными для практики сопереживания. Не обязательно «переживать вместе с кем-либо», чтобы поступать с сопереживанием, или чувствовать симпатию, не совершая полезного действия. Быть сопереживающим – это активно содействовать благополучию другого человека, отдав приоритет его нуждам. Наши услуги, в конце концов, являются, прежде всего, полезными для наших клиентов, а не для нас. Фактически каждая господствующая мировая религия пропагандирует развитие и практику этой добродетели: добровольного стремления к благополучию других и осознания его ценности. Сопереживание – это осознанное обязательство стремиться к благополучию и следовать насущным интересам других людей. Такое содействие благополучию других является, конечно, мотивацией для избрания помогающих профессий.

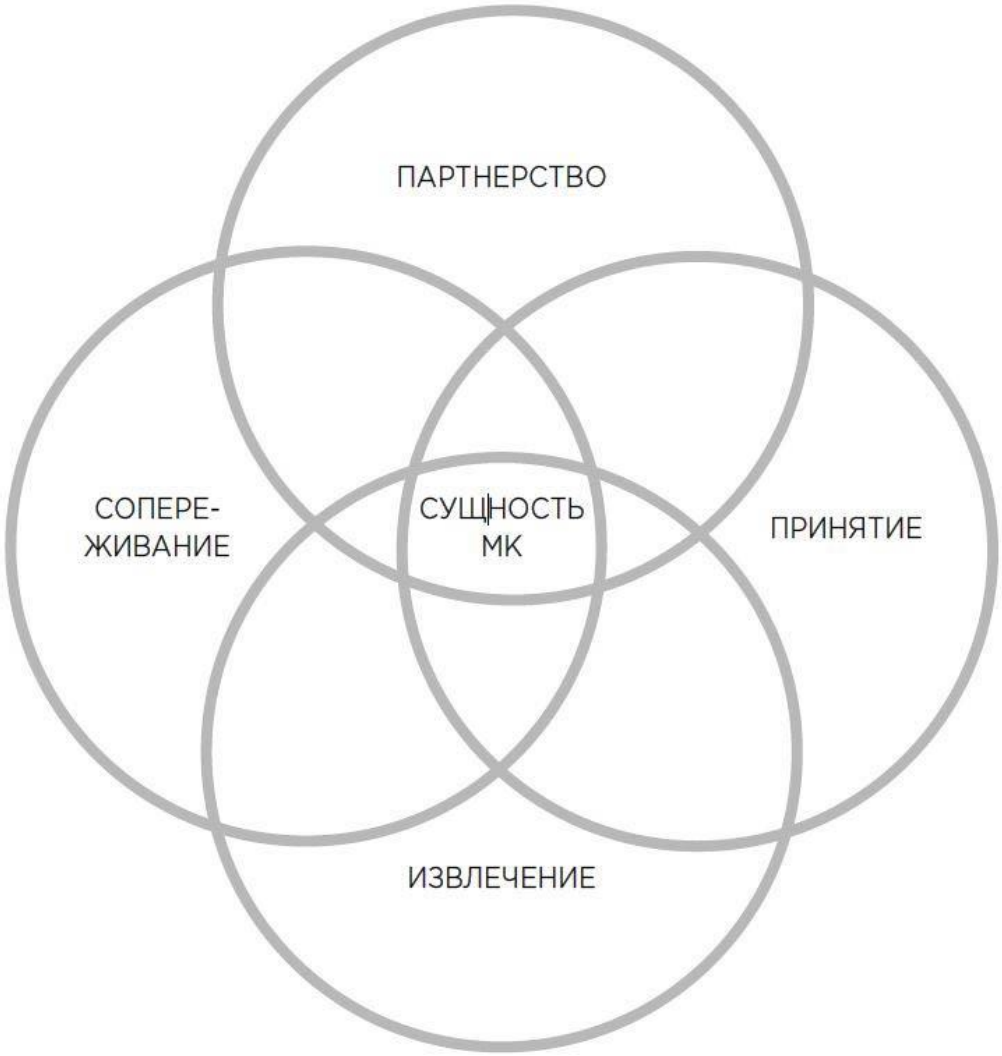
Почему мы добавили сопереживание к остальным трем элементам сущности МК? Потому что остальные три можно практиковать в погоне за собственными интересами. Опытный продавец устанавливает рабочее партнерство с потенциальными покупателями, побуждает их следовать их собственным целям и ценностям, прекрасно осознавая, что в конечном итоге решение, покупать или нет, принимает сам покупатель. Мы не хотим принижать дело продавца, которое может быть одинаково выгодным и для продавца, и для покупателя. Мы лишь хотим сказать, что психологические знания и методы, включая описанные далее, могут служить для использования других людей и преследования чьей-либо выгоды, так же как для завоевания незаслуженного доверия и согласия (Cialdini, 2007). Работать в духе сопереживания означает, что ваше сердце будет на месте, а доверие, которые вы будете вызывать, станет заслуженным.

Извлечение

Большая часть того, что происходит в ходе профессиональных консультациий об изменении, основана на модели дефицита, когда человеку, испытывающему недостаток в чем-либо, необходимо это восполнить. Имплицитный смысл такой: «У меня есть то, что тебе нужно, и я собираюсь тебе это дать». Недостающим может быть знание, инсайт, диагноз, мудрость, реальность, рациональность или умение справляться с трудностями. Анализ ситуации часто сфокусирован на обнаружении недостатков, исправляемых профессиональным опытом и знаниями. Как только вы обнаружите недостающий ингредиент, то, чего недостает клиенту, вы сразу поймете, над чем надо будет работать. Этот подход оправдан при ремонте машин или лечении инфекций, но обычно он не работает, когда предметом беседы становится личное изменение.

Сущность МК начинается с предпосылки, основанной на вере в силу человека, заключающуюся в том, что люди уже имеют внутри себя большую часть того, что им нужно, а вашей задачей является выявить и раскрыть это в них. Имплицитный смысл такой: «У тебя есть то, что тебе нужно. Вместе мы найдем это». С этой точки зрения важнее сконцентрировать свое внимание и понять сильные стороны человека и его ресурсы, чем искать то, чего ему недостает. Предположение в данном случае заключается в том, что люди в действительности знают себя очень хорошо и обладают весомыми причинами делать то, что они до сих пор делали. В них самих заключаются мотивация и ресурсы, которые надо призвать. Одним из неожиданных результатов предыдущих исследований МК было то, что, как только люди избавляются от своей амбивалентности по поводу изменения, они зачастую начинают продвигаться и делать это самостоятельно, без дополнительной профессиональной помощи или предписания.

Таблица 2.2
Внутренняя сущность МК



Рассмотрим два различных подхода к обучению. Первый – это лекции, необходимые для получения знания. Открой свой ум, установи факты и впитывай. Соответствующий латинский термин – «docere», от корня которого этимологически происходят слова «доктрина, доцент, внушать идеи (англ.: indoctrinate), покладистый (англ.: docile) и доктор». Данная точка зрения во многом происходит от модели дефицита, когда человеку недостает того, в чем он испытывает потребность. Такому подходу к обучению стоит уделить время и место, однако обычно он малоэффективен, если дело касается помощи людям. Противоположный подход – это извлечение (буквально от латинского «ducere»), подобно вытягиванию ведра с водой из колодца. Точка зрения МК включает предположение, что в человеке скрыт глубокий колодец мудрости и опыта, из которого помогающий может зачерпнуть. Многое из того, что необходимо, уже здесь, проблема лишь в том, что это необходимое нужно вытащить на свет, извлечь. Специалист, практикующий МК, остро заинтересован в понимании точки зрения клиента и его мудрости.

Суть извлечения согласуется с концепцией амбивалентности, представленной в Главе 1. Люди, испытывающие амбивалентность по поводу изменения, могут иметь внутри себя оба аргумента как в пользу изменения, так и в пользу поддержания статус-кво. Это означает, что большинство клиентов уже имеют голоса своего внутреннего комитета, ратующие за изменения, свои собственные мотивы к изменению. Вполне вероятно, что эти аргументы будут более убедительными, чем те, которые вы могли бы предоставить. Ваша задача, таким образом, заключается в извлечении и усилении уже имеющихся мотивов к изменению.

Сущность МК проявляется тогда, когда эти четыре компонента пересекаются (см. Таблицу 2.2), создавая условия для нашего второго прагматического определения МК – определения практикующего специалиста, отвечающего на вопрос «Почему я хотел бы научиться МК и как бы я его использовал?».

> Мотивационное консультирование – это стиль человекоцентрированного консультирования, направленный на решение общей проблемы амбивалентного отношения к изменению.

Некоторые аспекты человекоцентрированной помощи

Сущность МК, описанная здесь, непосредственно обусловлена исторически сложившейся традицией человекоцентрированной помощи. По-другому ее называют «клиентцентрированное консультирование» (Rogers, 1965), «пациентцентрированная медицина» (или «пациентцентрированный подход». – *Прим. ред.)* (Laine & Davidoff, 1996) и «уход, сконцентрированный на взаимоотношениях» (Beach, Inui, & the Relationship-Centered Care Research Network, 2006), однако, суть ее заключается в том, чтобы поместить перспективу клиента (пациента) в центр внимания тех, кто оказывает помощь. В этой связи мы предлагаем, в заключение, некоторые общие принципы помощи в рамках общего человекоцентрированного подхода.

1. Наши услуги существуют, чтобы приносить пользу людям, которым мы оказываем помощь, а не наоборот. Нужды клиентов (участников, пациентов, потребителей, покупателей) являются приоритетными.
2. Изменение – это прежде всего самоизменение. Услуги (лечение, терапия, медицинские вмешательства, консультирование и т. д.) лишь облегчают естественный процесс изменения (Prochaska & DiClemente, 1984).
3. Люди являются знатоками самих себя. Никто не знает о них больше, чем они сами.
4. Мы не должны заставлять совершить изменение. Правда в том, что мы не в состоянии сделать это в одиночку.
5. Мы не должны стараться отыскать все хорошие ответы. Велика вероятность, что самых лучших ответов у нас нет.
6. Люди обладают собственными силами, мотивацией и ресурсами, являющимися жизненно важными для совершения изменения.
7. Таким образом, изменение требует партнерства и сотрудничества двух экспертов.
8. Важно понять взгляд человека на ситуацию, на то, что ему нужно и как этого достичь.
9. Изменение – это не борьба за власть, где мы выигрываем в случае наступления изменения. Беседа об изменении должна восприниматься как танец, а не как рукопашный бой.
10. Мотивация к изменению должна не привноситься, а извлекаться. Она уже присутствует. Ее надо лишь «вытащить на свет».
11. Мы не можем отказать человеку в праве на выбор поведения. Люди принимают собственные решения о том, что они будут или не будут делать. Изменение не станет целью, пока человек внутренне не примет его.

Процесс развития

В данной главе мы попытались описать состояние ума и сердца, с которыми человек должен вступать в процесс МК. Как мы уже говорили ранее, полное достижение такого состояния ума и сердца не является необходимым условием для практики МК. В противном

случае смог бы кто-нибудь когда-нибудь начать? В самом истинном смысле слова постоянная практика МК учит человека этому внутреннему состоянию. Далай-лама предложил такое описание развивающегося сопереживания:

> «Существует определенный процесс развития сопереживания к окружающим… Первым шагом является знание… Затем вы должны постоянно размышлять и интернализировать данное знание… до тех пор, пока оно не станет убеждением, не интегрируется в ваше умонастроение… Далее вы переходите на тот уровень, когда оно становится спонтанным» (The Dalai Lama & Ekman, 2008, стр. 156–157).

Таблица 2.3
Личные размышления: молитва МК

Когда я жил на юго-западе Америки, мне часто случалось разговаривать с коренными американцами, практикующими МК. Некоторые говорили мне, что уважительное отношение к окружающим можно сравнить с разговорными нормами племен. Однако лидер племени как-то заметил, что для того чтобы научить американских индейцев МК, оно должно стать молитвой, песней или танцем.

Я оставил сочинение танца и песни более способным людям, а сам с помощью Раймонда Доу (Raymond Daw) создал молитву. Эта особая версия отражает медитативную подготовку к работе с клиентами-женщинами, однако местоимения могут с легкостью быть изменены.

Направляй меня, чтобы я стал терпеливым спутником, чтобы слушал с открытым сердцем, похожим на небо.

Подари мне зрение, чтобы увидеть ее глазами, и чуткие уши, чтобы услышать ее историю.

Создай безопасное открытое плоскогорье, по которому мы смогли бы пройти вместе.

Сделай меня чистым источником, в котором она могла бы отражаться.

Направляй меня, чтобы я смог отыскать ее красоту и мудрость, зная о твоем желании видеть ее в гармонии: здоровой, любящей и сильной.

Позволь мне чтить и уважать ее выбор собственного пути, благослови ее, чтобы она смогла свободно пройти по нему.

И пусть я снова узнаю о том, что, несмотря на все наши различия, еще существует спокойное место, где мы являемся одним целым.

УРМ

Таков наш опыт обучения МК. Мы не станем больше повторять перед каждой сессией то, каким должно быть состояние вашей души (несмотря на то, что это было бы полезным). Оно начинает достигаться автоматически. Данный способ бытия с окружающими вызывает его к жизни. Поэтому не волнуйтесь, если считаете, что ваша душа где-то отстает. Вы всему научитесь и запомните на практике.

Ключевые моменты

- МК – это стиль человекоцентрированного консультирования, направленного на решение общей проблемы амбивалентного отношения к изменению.
- МК осуществляется с человеком и совместно с ним, а не над кем-то или для кого-то.
- Четырьмя ключевыми аспектами внутренней сущности МК являются: партнерство, принятие, сопереживание и извлечение.
- Принятие включает четыре аспекта: абсолютная ценность, истинная эмпатия,

поддержка автономии и аффирмация.
• МК имеет дело с извлечением того, что уже присутствует, а не с привнесением недостающего.

Глава 3
Метод мотивационного консультирования

Обычно мы больше верим тем соображениям, до которых додумались сами, чем тем, что пришли в голову другим.
Блез Паскаль «Мысли»

Вы акушерка, помогающая чьему-либо рождению. Совершай добро без показухи и суеты. Помогай тому, что происходит, и тому, что, по вашему мнению, должно произойти. Если вы должны взять на себя инициативу, ведите себя так, чтобы мать чувствовала вашу помощь, но при этом не отнимайте у нее свободу и ответственность. Когда ребенок родится, мать скажет: «Мы сделали это сами!» И это совершенно верно.
Джон Хейдер «Дао лидерства»

Четыре процесса мотивационного консультирования

В двух первых изданиях мы описали две фазы МК: формирование мотивации (фаза 1) и консолидация готовности к совершению действия (фаза 2). Это имеет свои достоинства в качестве простого руководства к действию. Например: «Следи за тем, чтобы не говорить только, *как* измениться, что более соответствует второй фазе, не обсудив вопрос, *почему* следует измениться, что соответствует происходящему в первой фазе». Кроме того, на практике данное простое различие не отражает процесса принятия решения, который зачастую кажется скорее цикличным, нежели линейным. Оно также выглядело неполным. Например, клиницисты поделились с нами тем, что им порой приходится упорствовать в применении МК, так как клиенты не вовлекаются в процесс. Другим трудноразрешимым вопросом для практикующих специалистов стало разнообразие возможных изменений клиента, которые необходимо было рассмотреть, что затрудняло концентрацию беседы на чем-либо одном.

Это привело нас к четкому понимаю процессов, включенных в МК. Мы решили ослабить последовательную цепочку «фаз» и попытаться свести то, что люди встречают на практике, к четырем пересекающимся процессам.

Для определения данных четырех процессов мы выбрали форму отглагольного существительного (в оригинале был выбран герундий. – *Прим. ред* .): «engaging» (вовлечение), «focusing» (фокусирование), «evoking» (побуждение) и «planning» (планирование). Данная книга организована вокруг этих четырех процессов.

В данной главе мы намерены сделать обзор центральных процессов, организующих ход МК. В каком-то смысле эти процессы появляются в том порядке, в котором мы их описываем. Если у вас не получилось вовлечь клиента, маловероятно, что вы сможете продвинуться дальше. Побуждение, как описано в книге, возможно только лишь при наличии значительной концентрации ума. Решение произвести изменение является предпосылкой планирования того, как вы это сделаете. Кроме того, все процессы являются рекурсивными: еще не закончился один процесс, как уже начался следующий. Они могут перетекать друг в друга, перекрещиваться и повторяться. Именно слияние данных четырех

процессов лучше всего описывает МК.

Из-за того что четыре процесса являются одновременно последовательными и рекурсивными, мы решили представить их в виде лестницы (см. Таблицу 3.1.). Каждый последующий процесс надстраивается над нижестоящими процессами, которые появились раньше и продолжают происходить, служа фоном. В ходе беседы или дела человек может взбегать и спускаться по лестнице, возвращаясь на предыдущую ступеньку, требующую повторного внимания.

Вовлечение

Любые отношения начинаются с периода вовлечения. Когда люди приходят за консультацией или услугами, они интересуются и стараются представить себе, каким будет специалист, как он их встретит. Первое впечатление – самое сильное (Gladwell, 2007), хотя и не окончательное. В ходе первого посещения люди решают среди всего прочего, насколько им нравится специалист, насколько они ему доверяют, и раздумывают о том, придут ли они сюда снова. В некоторых условиях наиболее распространенное число посещений – один раз!

Таблица 3.1.
Четыре процесса в МК

Вовлечение – это процесс, посредством которого обе стороны устанавливают полезную связь и рабочие взаимоотношения. Иногда это может произойти за считаные секунды, иногда отсутствие вовлечения может ощущаться неделями. Во время беседы можно усилить вовлечение. Способствовать вовлечению либо сорвать его могут также факторы, внешние по отношению к беседе: система обслуживания, в которой действуют клиент и помогающий специалист, эмоциональное состояние консультанта, жизненная ситуация клиента и его состояние души в момент, когда он входит в комнату.

Терапевтическое вовлечение – это обязательное условие всего, что последует далее. Конечно, это не уникально для МК. Развитие работающего альянса важно во многих ситуациях. Оценка, данная клиентом качеству рабочего альянса с помогающим специалистом, хорошо предсказывает лояльность клиента и результат консультирования, в то время как оценка, данная самим специалистом, не всегда позволяет это сделать (Crits-Christoph et al., 2011). Вовлеченность предполагает больше, чем простое дружелюбие и приветливое отношение к клиенту. Вопросам вовлечения посвящены главы во второй части данной книги.

Терапевтическое вовлечение – это предпосылка всего, что случится после.

Фокусирование

Процесс вовлечения ведет к фокусированию на конкретном списке тем: о чем клиент собрался поговорить. Консультант также может иметь свой список, некоторые пункты которого могут пересекаться с вопросами клиента, а другие – нет. Например, человек может обратиться за медицинской помощью с жалобами на инфекцию верхних дыхательных путей и одышку, желая получить хотя бы симптоматическое лечение. Обнаружив, что пациент курит, помогающий специалист подумывает сделать предложение об изменении. О чем они

будут говорить? Конечно, они будут обсуждать имеющиеся жалобы, однако помогающий специалист может поднять вопрос о курении. Фокусирование – это процесс, посредством которого вы формируете и поддерживаете определенное направление в беседе об изменении.

В процессе помогающих отношений может возникнуть курс на достижение одной или более целей, предполагающих изменения. Исходя из этих целей может быть составлен план лечения, хотя мы предпочитаем более широкий план изменения, потому что лечение зачастую является лишь одним из возможных путей к изменению.

Эти цели могут предполагать или не предполагать изменения поведения. Часто они его предполагают. Лечение хронического заболевания очень часто включает изменение поведения (Rollnick, Miller, et al., 2008). Существуют системы поведенческой терапии по отношению к расстройствам пищевого поведения, упражнениям и фитнесу, тревожным расстройствам, депрессии, хронической дезорганизации, застенчивости, химической зависимости, хронической боли и т. д. Как уже было сказано в Главе 1, другие цели, предполагающие изменения, менее ориентированы на внешнее поведение по сравнению с выбором (простить кого-то или нет, остаться или уйти), решением относительно чьего-либо отношения и способа мышления (например, быть более сопереживающим). Некоторые считают, что для того чтобы прийти к разрешению или принятию, необходимо пройти через затяжную реакцию горя, обрести покой по поводу решения или развить толерантность к неоднозначности, одиночеству или тревожности. Выбор принятия может предполагать ничегонеделание, но другим способом.

В рамках МК процесс фокусирования помогает прояснить направление, найти горизонт, к которому человек намеревается двигаться. Какие изменения мы надеемся вызвать нашими консультациями?

Побуждение

Когда мы сосредоточились на одной или нескольких целях, связанных с изменением, возникает побуждение, третий основной процесс МК. Побуждение предполагает включение личной мотивации человека к изменению, что всегда лежало в основе МК. Оно происходит, когда внимание пациента сфокусировано на конкретном изменении, а вы подключаете собственные чувства и мысли клиента о том, как и почему он должен это сделать.

Побуждение – это зеркальная противоположность экспертно-дидактического подхода: оценить проблему, определить причины неправильных поступков и обучить тому, как это исправить. В рамках данной модели специалист предлагает и диагноз, и решение. Это довольно характерно для неотложной медицинской помощи, например в диагностике и лечении инфекций или переломов костей: «Вот проблема. Давай попробуем сделать вот так». Однако, когда целью является личное изменение, директивный экспертный подход обычно не срабатывает. Личное изменение требует активного участия человека в процессе изменения. Можно принимать антибиотики в течение 7 дней или носить гипс в течение 7 недель, но личное изменение – это долговременный процесс.

> Мотивационное консультирование – это совместный, ориентированный на достижение цели стиль коммуникации с особым вниманием к изменяющей речи. Оно предназначено для укрепления личной мотивации и готовности к достижению конкретной цели путем определения и исследования собственных причин человека для изменения в атмосфере принятия и сопереживания.

В двух словах, побуждение – это сделать так, чтобы человек озвучил аргументы в пользу изменения. Несмотря на то что выпрямительный рефлекс подталкивает к озвучиванию данных аргументов самому, сделав это, можно прийти к прямо противоположным результатам. Люди сами убеждают себя измениться и обычно не склонны выслушивать, что им нужно сделать, если это противоречит их собственным суждениям.

Конечно, существуют исключения. Некоторые люди приходят на консультацию полностью подготовленными к изменению и спрашивают совета о том, как лучше всего

приступить к делу[4].

С такими людьми очень легко перейти к планированию.

К сожалению, такие «готовые» люди зачастую являются исключением, а не нормой во многих сферах здравоохранения и социального обеспечения. Кто-то может подумать:

• что сердечного приступа достаточно, чтобы убедить людей бросить курить, заняться физическими упражнениями и соблюдать режим здорового питания;

• что время, проведенное в заключении в тюрьме, убедит людей никогда больше туда не возвращаться;

• что реальных угроз почечной недостаточности, слепоты и ампутаций будет достаточно, чтобы мотивировать людей с диабетом держать уровень глюкозы под контролем;

• что травмы, связанные с алкоголем, временная потеря сознания, арест и разрушенные отношения убедят людей бороться со своим пристрастием к выпивке.

Однако часто этого недостаточно, а дополнительные лекции и нотации с потрясанием пальцем не будут способствовать увеличению шансов на изменения. Нужно что-то еще: совместный процесс взращивания собственной внутренней мотивации человека к позитивному изменению. Процесс побуждения приводит к нашему последнему и наиболее техническому определению МК, отвечающему на вопрос: «Как это работает?».

Планирование

Когда мотивация человека достигает порога готовности, чаша весов склоняется и люди начинают задумываться и говорить больше о том, когда и как измениться, и меньше о том, стоит ли измениться и зачем. Обычно нельзя назвать точного момента, когда это происходит, хотя некоторые люди могут указать конкретное время или событие, когда щелкнул выключатель и зажегся свет.

Таблица 3.2.
Три определения МК

Доступное обывательское определение:
Мотивационное консультирование – это стиль совместной беседы, направленный на укрепление личной мотивации человека и его готовности к изменению.
Определение практикующего специалиста:
Мотивационное консультирование – это стиль человекоцентрированного консультирования, направленный на решение общей проблемы амбивалентного отношения к изменению.
Техническое определение:
Мотивационное консультирование – это совместный, ориентированный на достижение цели стиль коммуникации с особым вниманием к изменяющей речи. Оно предназначено для укрепления личной мотивации и готовности к достижению конкретной цели путем определения и исследования собственных причин человека для изменения в атмосфере принятия и сопереживания.

---

[4] Пример, который приходит в голову, это член семьи, доведенный до отчаяния, который звонит, чтобы обратиться за помощью для любимого человека, потерявшегося в мире алкоголя или наркотиков и, несмотря на это, отказывающегося от помощи. Это самый мотивированный человек, которого мы когда-либо встречали. Такие люди готовы сделать все что угодно, чтобы спасти своих любимых и освободиться от собственного стресса и страдания. Нам встречались очень тягостные примеры того, как люди, находящиеся в уязвимом состоянии, были готовы заложить собственный дом, чтобы оплатить дорогостоящее лечение по специальной программе. К счастью, существует множество способов, чтобы помочь таким людям, обратив тех, кого они любят, на путь выздоровления (Meyers & Wolfe, 2004; Smith & Meyers, 2004). Такие люди абсолютно готовы к изменению и не нуждаются в побуждении с помощью МК, чтобы повысить мотивацию.

Люди начинают чаще думать о том, как они могли бы совершить изменение, рисуя в своем воображении, что будет, когда оно произойдет. На данном этапе люди могут искать информацию и спрашивать совета о том, как приступить к изменению, у специалиста, друзей, в книжном магазине или в Интернете. Бывает и так, что, приняв решение измениться, люди не хотят и не испытывают необходимости в дополнительной помощи с планированием.

Планирование включает как развитие готовности к совершению изменения, так и составление конкретного плана действий. Это беседа о действиях, которая может включать целый ряд тем и в ходе которой необходимо внимательно прислушиваться к предлагаемым клиентом решениям проблем, стимулируя его автономность в принятии решений и продолжая вести и укреплять изменяющий разговор с клиентом, по мере того как формируется план.

Мы полагаем, что важно уметь определять, когда пришло время начать планирование и изучить различные варианты. Планирование – это педаль сцепления, приводящая в действие двигатель изменяющего разговора. Позже мы расскажем о том, на что следует обратить внимание и как проверить, наступило ли время обсудить план изменения (Глава 20). Все предыдущие процессы и навыки продолжают действовать по мере того, как вы движетесь к определенному плану изменения (или, по крайней мере, совершаете следующий шаг), который клиент сочтет приемлемым.

> Планирование – это педаль сцепления, приводящая в действие двигатель изменяющего разговора.

Как и в случае остальных трех процессов, по мере реализации изменения необходимо время от времени возвращаться к планированию, чтобы пересмотреть план. Возникновение непредвиденных трудностей и новых препятствий может заставить человека пересмотреть планы и готовность к их осуществлению. Внезапно появившиеся первоочередные задачи могут отвлечь внимание на себя. Старый план уступает место усовершенствованному. Планирование – это не то, что можно сделать раз и навсегда. Это продолжающийся процесс, который может быть пересмотрен, как и вовлечение, фокусирование и побуждение (см. Главу 22).

В наши намерения не входит предоставить всеобъемлющую модель изменения или систему консультирования, которая включала бы все на свете. Мы считаем, что МК – это клинический инструмент, используемый для определенной цели, а именно: помочь людям пройти через амбивалентность в сторону изменения. Ранее мы обнаружили (к нашему внезапному удивлению), что как только люди прошли через процессы побуждения и планирования, они зачастую были рады самостоятельно перейти к изменению, и они делали это. Переломным моментом для них было настоящее *принятие решения* измениться. Приняв его, они не испытывали потребности в дополнительной помощи. В двух ранних работах мы предположили, что МК оказывается пусковым механизмом в поиске помощи для решения проблем с алкоголем, и стали предоставлять список мест, где можно было пройти лечение. Почти никто не обратился за лечением, однако большинство существенно и на долгий срок снизили потребление алкоголя (Miller, Benefield, & Tonigan, 1993; Miller, Sovereign, & Krege, 1988). Как мы обсудим в VI части, метод МК хорошо сочетается со многими другими видами лечения, позволяя стимулировать перемены и увеличивать лояльность (Hettema, Steele, & Miller, 2005).

Динамика мотивационного консультирования

МК необходимо начинать с процесса вовлечения, если только ранее не был установлен рабочий альянс. Без вовлечения консультация не будет продвигаться вперед. Даже после того, как будут установлены непрерывные терапевтические отношения, МК, направленное

на конкретное изменение, часто начинается с более пространного периода вовлечения, двигающегося в сторону четкого фокуса.

Вовлечение плавно перетекает в процесс фокусирования, двигаясь, по крайней мере, в сторону начального направления и цели (целям) консультации. Клинические навыки вовлечения не теряют своей значимости на протяжении всех процессов фокусирования, побуждения и планирования. В этом смысле вовлечение не заканчивается, когда начинается фокусирование. Некоторые нуждаются в повторном вовлечении на определенном этапе пути, и точно так же часто бывает нужным изменить или расширить фокус изложенной проблемы.

Побуждение становится возможным только после четкого определения цели изменения. Таким образом, фокусирование – это логическая предпосылка побуждения. Кроме того, побуждение часто возникает на первых минутах МК при условии наличия предопределенного или быстро принятого направления консультации. Существуют типичные стратегии консультирования и шаблоны разговора с клиентом, применимые в процессе побуждения. Многие формы консультирования включают период вовлечения, без которого консультирование не имело бы дальнейшего развития, и процесс фокусирования для выяснения совместных целей лечения. Вместе со стратегическим побуждением консультация приобретает отличительные черты МК. Консультант проявляет внимание, побуждает и отвечает определенным образом на конкретные типы речи клиента, продолжая придерживаться человекоцентрированного стиля и сущности МК. Теперь существует разумное эмпирическое обоснование причинно-следственной цепочки побуждения. Обучение МК увеличивает вероятность использования навыков консультации, характерных для МК (Madson, Loignon, & Lane, 2009; Miller, Yahne, Moyers, Martinez, & Pirritano, 2004). Это влияет на определенные виды речи клиента (Glynn & Moyers, 2010; Moyers & Martin, 2006; Moyers, Miller, & Hendrickson, 2005; Vader, Walters, Prabhu, Houck, & Field, 2010), по уровню и силе которой, в свою очередь, можно предсказать результат изменения поведения (Amrhein, Miller, Yahne, Palmer, & Fulcher, 2003; Moyers et al., 2007).

Таблица 3.3

Некоторые вопросы относительно каждого процесса МК

1. Вовлечение

• Насколько удобно себя чувствует этот человек, разговаривая со мной?
• Насколько я поддерживаю этого человека и хочу помочь ему?
• Понимаю ли я точку зрения данного человека и его проблемы?
• Насколько мне удобно вести этот разговор?
• Ощущаю ли я, что наша беседа – это совместное партнерство?

2. Фокусирование

• К каким целям изменения этот человек стремится по-настоящему?
• Есть ли у меня желание, чтобы этот человек изменил что-то еще?
• Работаем ли мы вместе над одной задачей?
• Чувствую ли я, что мы движемся вместе в одном направлении?
• Есть ли у меня четкое ощущение того, куда мы движемся?
• Воспринимается ли это как танец или как рукопашный бой?

3. Побуждение

• Каковы личные причины изменения у этого человека?
• Это сопротивление скорее вопрос доверия или важности изменения?
• Какие изменяющие высказывания я слышу?
• Двигаюсь ли слишком быстро или слишком медленно в определенном направлении?
• Может быть, это выпрямительный рефлекс заставляет меня быть тем, кто отстаивает необходимость изменения?

4. Планирование

• Каким будет следующий разумный шаг на пути к изменению?

• Что поможет этому человеку продвинуться вперед?
• Помню ли я том, что должен побуждать человека, а не предписывать ему план действий?
• Предоставляю ли я необходимую информацию и советы, когда меня об этом просят?
• Сохраняю ли я чувство спокойного любопытства в поиске того, что лучше всего подойдет этому человеку?

Планирование естественно вытекает из побуждения и происходит в той же совместной, побуждающей манере. Данный процесс содержит обсуждение планов и цели изменения, обмен информацией, уточнение последующих действий, которые могут включать или не включать дальнейшее лечение. Для процесса планирования характерно повторное обращение к побуждению для консолидации мотивации и уверенности. Если лечение продолжается, для прогресса и мотивации характерны колебания, возврат к пересмотру плана, побуждение, повторное фокусирование или даже повторное вовлечение.

Вы постоянно то приближаетесь, то удаляетесь от этих четырех процессов: вовлечения, фокусирования, побуждения и планирования, а также проводите беседы, которые включают более одного из данных процессов одновременно. Кроме того, характеристики данных процессов не одинаковы. В Таблице 3.3. приведены вопросы к каждому процессу, которые помогут вам распознать их и будут служить подсказкой во время разговора с клиентом. Это вопросы относительно процесса помощи, которые вы можете задать самому себе. Некоторые из них вы зададите своим клиентам.

Базовые навыки и четыре процесса мотивационного консультирования

Практика МК включает в себя гибкое стратегическое использование некоторых базовых навыков коммуникации, употребляемых во многих других формах консультирования, в частности в других человекоцентрированных подходах (Hill, 2009; Ivey, Ivey,& Zalaquett, 2009).

Эти навыки пронизывают четыре процесса, описанные выше, и востребованы на протяжении всего МК, хотя определенные способы их использования могут варьироваться в зависимости от процесса. В следующих главах мы обсудим каждый из этих пяти навыков более подробно, в порядке их появления в связи с данными процессами. Здесь мы просто перечислим и вкратце опишем их для данной цели.

Открытые вопросы

МК определенным образом использует открытые вопросы, которые приглашают человека задуматься и поразмыслить. Закрытые вопросы, напротив, задают, когда интересуются определенными сведениями. На такие вопросы обычно дается короткий ответ. В МК получение информации не является важной функцией вопроса. В процессе вовлечения и фокусирования открытые вопросы помогают понять внутреннее мировоззрение человека, укрепить взаимоотношения и найти точное направление. Открытые вопросы также играют ключевую роль в побуждении мотивации и планировании курса изменения.

Подтверждение

МК опирается на сильные стороны, старание и ресурсы клиента. Именно клиент, а не консультант производит изменения. Подтверждение имеет общее и специальное значение в МК. Консультант в целом уважает клиента как достойного человека, способного расти и изменяться, а также принять волевое решение. Консультант признает и дает свои комментарии по поводу конкретных сил, способностей, добрых намерений и усилий клиента. Подтверждение – это также способ мышления: клиницист сознательно ищет в клиенте сильные стороны, правильные шаги и намерения. Установка ума «акцентировать положительное» говорит сама за себя.

Противоположная позиция – это дикая мысль о том, что люди изменятся, если вы заставите их чувствовать себя достаточно плохо. Джилл Вудолл и его коллеги заинтересовались результатом активности «Комитета матерей жертв вождения в нетрезвом виде» (VIP), когда правонарушители, водители в нетрезвом состоянии, должны были посетить публичную презентацию, организованную людьми, жизнь которых была разрушена по вине пьяных водителей. Судьи согласились предписать случайно отобранным правонарушителям посещение VIP в дополнение к обычному наказанию (Woodall, Delaney, Rogers, & Wheeler, 2000). После посещения VIP правонарушители признались, что чувствовали себя ужасно. Они испытывали растерянность, им было стыдно за то, что они совершили, они чувствовали себя опозоренными и виноватыми. После исследования процента рецидивов вероятность повторного ареста правонарушителей, посетивших VIP, была такой же, как и тех, кто его не посещал. Те люди, которые ранее совершили одно и более правонарушений и посетили VIP, были даже *более* склонны повторить правонарушение. Вывод: если заставить людей чувствовать себя ужасно, это не поможет им измениться.

Рефлексивное слушание

Рефлексивное слушание – это фундаментальный навык МК. Рефлексивные высказывания, в которых содержатся предположения о том, что клиент имеет в виду, выполняют важную функцию углубления понимания путем прояснения, насколько точно то или иное предположение. Рефлексивные высказывания также позволяют человеку еще раз услышать выраженные им мысли и чувства, возможно пересказанные другими словами, и снова задуматься над ними. При хорошем рефлексивном слушании человек продолжает говорить, исследовать и вглядываться в ситуацию. Оно всегда селективно, в том смысле что ведущий консультацию выбирает, что именно из сказанного клиентом должно быть отражено. В рамках процессов побуждения и планирования в МК существуют четкие инструкции в выборе того, что должно быть отражено, на что следует направить внимание.

Резюмирование

Резюмирование – это, по сути, рефлексия, подводящая итог всему, что было сказано человеком, как будто его слова собрали в корзинку и возвращают ему обратно. Резюме используется, чтобы свести сказанное воедино, как это делается в конце сессии. Оно может указать на связи между актуальным материалом и тем, что обсуждалось ранее. Резюмирование может выполнять функцию перехода от одной задачи к другой. В процессах вовлечения и фокусирования МК резюмирование способствует пониманию и демонстрирует клиентам, что вы их внимательно слушали, запоминая и серьезно оценивая сказанное ими. Оно также предполагает возможность дополнить то, что было упущено, у человека как бы спрашивают: «Что еще осталось?» На стадии побуждения существуют определенные инструкции по поводу того, что надо включить в резюме, чтобы подвести итог изменяющего высказывания и продвигаться вперед в сторону изменения. Во время планирования резюме соединяет воедино мотивы, намерения и конкретные планы клиента по изменению.

Данные четыре навыка могут перекрещиваться (см. Главу 6). Резюмирование в принципе представляет собой длительную рефлексию. Процесс рефлективного слушания может быть аффирмативным сам по себе. Хорошее слушание охватывает все четыре навыка.

Информирование и советы

Из-за человекоцентрированной основы МК люди иногда делают ошибочное заключение о том, что терапевт никогда не должен предлагать клиентам информацию или давать советы. В МК определенно существуют случаи, когда следует сообщать информацию или дать совет, например, когда клиент просит об этом. Однако существуют как минимум два важных отличия от ситуации, когда специалист сообщает свое непрошеное мнение в строго директивном стиле. Первое отличие заключается в том, что в МК информация или

совет сообщаются лишь тогда, *когда на это получено разрешение.* Второе отличие состоит в том, что недостаточно просто вывалить информацию на человека. Необходимо глубоко понять его точку зрения и потребности, чтобы помочь ему сделать собственные выводы об актуальности любой информации, которую вы сообщаете.

Эта мысль оформлена в виде последовательной цепочки «выявить – сообщить – выявить», описанной в Главе 11. Что бы ни предложил консультант, клиенту всегда предоставляется свобода согласиться или отказаться, прислушаться или не слушать, использовать или нет. Часто бывает полезно признать это напрямую.

Данные пять базовых навыков не составляют МК сами по себе. Они фактически являются необходимыми предпосылками для профессиональной практики МК. МК характеризуется определенным способом стратегического использования данных навыков для того, чтобы помочь людям двигаться в направлении изменения.

Чем мотивационное консультирование не является

В конечном итоге, возможно, было бы полезным пояснить, чем МК не является, уточнить понятия и методы, с которыми иногда путают МК (Miller & Rollnick, 2009 г.). Мы надеемся, что некоторое представление об этом у вас уже появилось в результате вышеизложенных обсуждений.

Во-первых, МК – это не просто доброжелательное отношение к людям и оно не идентично подходу клиентцентрированного консультирования, который Карл Роджерс охарактеризовал как «нон-директивный». Процессы фокусирования, побуждения и планирования МК имеют четкую направленность. Здесь существует намеренное стратегическое движение в сторону одной или нескольких целей.

МК – это также не «техника», не хитрое приспособление, которое можно запросто освоить и в любое удобное время вытащить из ящика с инструментами. Мы описываем МК как *стиль* сосуществования с людьми, как интеграцию конкретных клинических навыков, способствующую развитию мотивации к изменению. Это комплексный стиль, в котором человек может продолжать развивать свои профессиональные навыки в течение многих лет. Однажды нам задали вопрос: «Какова разница между понятиями «практиковать МК» и «быть МК?», на что один из нас ответил: «Примерно 10 лет».

В то же время МК не является панацеей, решением всех клинических проблем. Сущность и стиль МК определенно могут быть использованы для решения широкого круга клинических задач, но в наши цели никогда не входило намерение сделать МК школой психотерапии или консультирования, которая обращала бы людей в свою веру и заставляла бы их присягать на верность, отвергая все остальное. Скорее можно сказать, что МК прекрасно сочетается с другими научно обоснованными клиническими методами и подходами. МК было специально разработано для того, чтобы помочь людям разрешить свою амбивалентность и укрепить мотивацию к изменению. Не всем людям надо проходить процесс побуждения в МК. Когда мотивация к изменению уже достаточно сильна, надо двигаться дальше, к планированию и осуществлению.

МК иногда путают с трансteоретической моделью (ТТМ), потому что они возникли примерно в одно и то же время (см. Главу 27). МК задумывалось не как универсальная теория изменения, а популярные этапы изменения ТТМ не являются неотъемлемой частью МК. МК и ТТМ сопоставимы друг с другом и дополняют друг друга (e.g., DiClemente & Velasquez, 2002; Velasquez, Maurer, Crouch, & DiClemente, 2001), и мы приносим свои извинения нашим переводчикам за такое сравнение, но МК и ТТМ – это все равно что старые друзья, которые так и не поженились.

МК иногда путают с методом баланса решений, в одинаковой степени исследующим все за и против изменения. В настоящем издании мы обсудим баланс решений как способ продвинуться вперед, когда вместо движения к определенной цели, связанной с изменением, консультант занимает нейтральную позицию (Глава 17).

МК не требует использования оценочной обратной связи. Путаница здесь связана с адаптированным вариантом МК, протестированным в исследовании Project MATCH (терапия усиления мотивации). Этот вариант сочетал клинический стиль МК с оценкой, которую участники давали до начала лечения (Longabaugh, Zweben, LoCastro, & Miller, 2005). Несмотря на то что оценочная обратная связь может быть полезна для усиления мотивации (Agostinelli, Brown, & Miller, 1995; Davis, Baer, Saxon, & Kivlahan, 2003; Juarez, Walters, Daugherty, & Radi, 2006), в частности среди тех, у кого готовность к изменению невысока (см. Главу 18), она не является ни необходимым, ни достаточным компонентом МК.

Наконец, МК совершенно точно не является способом манипулирования людьми, чтобы заставить их делать то, что вы хотите. МК не может использоваться для выработки мотивации, которой изначально нет. МК – это совместное партнерство, признающее и уважающее автономию другого человека, стремящееся понять внутреннее мировоззрение другого человека. К нашему описанию внутреннего духа МК мы добавили сопереживание (Глава 2) для того, чтобы подчеркнуть, что МК должно использоваться во благо и в интересах другого человека, а не в своих собственных.

Ключевые моменты

- Четырьмя ключевыми процессами МК являются вовлечение, фокусирование, побуждение и планирование.
- Вовлечение – это процесс установления полезной связи и рабочих отношений.
- Фокусирование – это процесс, с помощью которого вы развиваете и поддерживаете определенное направление в беседе об изменении.
- Процесс побуждения включает выявление собственной мотивации клиента к изменению и лежит в сердце МК.
- Процесс планирования включает как развитие готовности к изменению, так и разработку конкретного плана действий.
- В МК используются пять ключевых навыков коммуникации: открытые вопросы, аффирмация, рефлексия, резюмирование и сообщение информации и советов с разрешения клиента.

Часть II
Вовлечение – основа отношений

Первым основным процессом МК является вовлечение клиента в совместные рабочие отношения. Установление и поддержание вовлеченности может произойти за несколько минут или занять намного больше времени. Это определяется тем, насколько участнику консультации удобно и насколько активным он себя ощущает. Вовлечение является топливом любой сферы услуг и основой отношений в МК.

Вовлеченность развивается в обоих направлениях. Ваши чувства влияют на связь с человеком, которому вы пытаетесь помочь. То же самое происходит и с клиентом. Силы, подрывающие вовлеченность, часто берут начало вне вашей непосредственной беседы. Внутренняя культура предприятия, оказывающего услуги, т. е. программы, процедуры и протоколы, могут совершенно ошеломить вас, а вашего клиента сделать пассивным. Бесполезный сбор анамнеза часто становится естественным и предсказуемым последствием. Если добавить к этому клиента с его страхами, замешательством или злостью, то установление значимой связи и поощрение вовлеченности выходят на первый план.

Признаком вовлечения является возвращение клиента, без чего ваша совместная работа закончилась бы, не начавшись. В некоторых условиях уровень отсеивания клиентов на

начальном этапе высок и часто существенно варьируется у разных консультантов. Некоторым специалистам удается удержать практически всех своих клиентов, в то время как у других клиенты уходят чаще. Другим важным результатом вовлечения является развитие рабочего альянса, который, в свою очередь, предопределяет лояльность и исход консультирования.

Четыре главы второй части описывают процесс вовлечения и клинические навыки для индивидуальной работы с клиентами. Способы систематического улучшения вовлечения посредством особого построения программы и оказываемых услуг является темой, которую мы рассмотрим позже, в Главе 26.

Глава 4
Вовлеченность и утрата вовлеченности

> *Собраться вместе – это начало, оставаться вместе – это прогресс, работать вместе – это успех.*
>
> **Генри Форд**

> *Вид внимания, которого клиентоориентированный терапевт стремится достичь, – это доверительное внимание, при котором клиенты принимаются такими, какими, по их словам, они являются, без скрытого подозрения терапевта, что на самом деле это может быть иначе. Такое отношение не является глупостью со стороны терапевта. Это отношение, которое, вероятнее всего, ведет к доверию, последующему исследованию себя и коррекции ложных утверждений по мере углубления доверия.*
>
> **Карл Роджерс и Рут Сэнфорд**

Независимо от особенностей предоставляемых услуг, вовлеченность клиента является ключевой. В психотерапии исследование качества терапевтического альянса между клиентом и терапевтом (особенно в восприятии клиента) непосредственно предсказывает как склонность клиента продолжать контакт, так и развитие вовлечения. Как в психотерапии (Henry, Strupp, Schacht, & Gaston, 1994; Horvath & Greenberg, 1994), так и в здравоохранении (Fuertes et al., 2007) активно вовлекаемые люди более склонны остаться, придерживаться лечения и извлекать пользу от него независимо от профессиональной ориентации консультирующего. Рабочий альянс может также влиять на результаты обучения (Lacrose, Chaloux, Monaghan, & Tarabulsy, 2010) и реабилитации (Evans, Sherer, Nakase-Richardson, Mani, & Irby, 2008). Но что такое «альянс»? Что представляет собой вовлеченность с точки зрения терапевта? Одна широко применяемая система (Bordin, 1979) освещает три аспекта позитивной вовлеченности:

1. Установление доверительных и уважительных рабочих отношений.
2. Согласие в отношении целей лечения.
3. Сотрудничество в решении взаимосогласованных задач для достижения этих целей.

Поскольку в МК мы отграничиваем понятие «вовлечение» от процесса установления целей («фокусирование», см. Часть III), мы определяем понятие «вовлечение» как *процесс установления доверительных помогающих отношений на основе взаимного уважения* .

С точки зрения клиента (который способен лучше всего предсказать прекращение контакта или развитие вовлечения), могут быть заданы следующие вопросы:

> «Чувствую ли я уважение со стороны консультанта?»
> «Слушает ли он и понимает ли он меня?»
> «Доверяю ли я этому человеку?»

«Могу ли я влиять на то, что происходит на данной консультации?»

«Мне предлагают варианты, подобранные специально для меня, или безличный универсальный подход?»

«Консультант со мной больше беседует или диктует мне?»

Некоторые ловушки, приводящие к потере заинтересованности на раннем этапе

Базовая структура рабочих отношений может быть установлена довольно быстро, если не в течение первых минут консультации. Сколько времени, как мы предполагаем, должен разговаривать клиент? Безопасно ли раскрыть информацию и стать уязвимым? Насколько консультант направляет, ориентирует или следует за клиентом? В то время как консультант занят тем, чтобы приступить к консультированию, клиент часто размышляет, остаться ему или уйти.

> Вовлечение – это процесс установления доверительных помогающих отношений на основе взаимного уважения.

Возможно, самую большую угрозу активному вовлечению во время общения представляет отсутствие взаимности. Профессиональный подтекст: «Я здесь главный. Я определяю, о чем мы говорим. Я решаю, что вам следует делать», – способствует пассивности клиента и потере его интереса в то время, когда необходимо прямо противоположное, если должно произойти личное изменение. Очень легко начать с выбора неправильного направления и попасть в определенные ловушки на первом этапе консультации. Это происходит, когда консультант действует с лучшими намерениями. Приводим шесть таких ловушек.

Оценочная ловушка

Первые контакты с консультантом могут быть непоказательными, если говорить о том, что должно последовать далее за первой консультацией. Однако это не всегда очевидно для клиентов. Если сбор информации (анамнез) организован скорее как исходное условие для лечения, нежели его часть, клиенты могут отдаляться с самого начала. Многие специалисты и учреждения попадают в оценочную ловушку, как будто бы у них была необходимость знать много информации, прежде чем получить возможность помогать. Структура интенсивной оценочной сессии ясна: консультирующий задает вопросы, а клиент отвечает на них, что очень быстро приводит к пассивности клиента и его роли отстающего (Rogers, 1942). Более того, польза от всех этих вопросов не обязательно очевидна для клиентов, которые и так уже знают ту информацию, которую они сообщают. Роджерс (Rogers, 1942) заметил:

«Недостатки использования тестов в начале серии терапевтических контактов такие же, как недостатки сбора полной истории болезни. Если психолог начнет свою работу, зарядив целую обойму тестов, то это будет означать, что он готов предоставить решения проблем клиента… Такие «решения» не будут созданы специально для этого человека и не сильно помогут ему».

В Главе 11 мы обсудим, как интегрировать МК и процедуры оценки.

Даже если не возникнет трудности с предварительным сбором информации до начала лечения, все еще возможно попасть в оценочную ловушку с имплицитной установкой, что «если я просто задам достаточно вопросов, я буду знать, что сказать клиенту о том, что ему делать». Вопросы также могут быть ответом на тревогу консультанта, который хочет держать все под контролем, либо клиента, который чувствует себя более комфортно, более защищенно в предсказуемости своей пассивной роли. Фактически беспокойство консультанта связано с менее эмпатической ответной реакцией и может спровоцировать развитие структурированного формата «вопрос – ответ» (Rubino, Barker, Roth, & Fearon,

2000). В этой ловушке консультант контролирует сессию, задавая вопросы, в то время как клиент едва отвечает на них краткими ответами. Например:

КОНСУЛЬТАНТ: Вы хотите поговорить о вашем пристрастии к азартным играм, так ли это?
КЛИЕНТ: Да.
КОНСУЛЬТАНТ: Считаете ли вы, что играете слишком много?
КЛИЕНТ: Возможно.
КОНСУЛЬТАНТ: Какая игра вам нравится больше всего?
КЛИЕНТ: Блэк-джек.
КОНСУЛЬТАНТ: Вы обычно выпиваете во время игры?
КЛИЕНТ: Обычно да.
КОНСУЛЬТАНТ: Возникали ли у вас серьезные долги, связанные с игрой?
КЛИЕНТ: Да, один или два раза.
КОНСУЛЬТАНТ: Как глубоко вы залезли в долги?
КЛИЕНТ: Однажды я занял восемь тысяч, чтобы выплатить долг.
КОНСУЛЬТАНТ: Вы женаты?
КЛИЕНТ: Нет, я разведен.
КОНСУЛЬТАНТ: Как давно вы развелись?
КЛИЕНТ: Два года назад.

Такое может произойти очень легко, однако этот шаблон общения содержит некоторые проблемы. Во-первых, он учит человека давать краткие ответы вместо проработки, необходимой для МК. Во-вторых, он дает установку на активного специалиста и пассивного пациента. Он почти не дает людям возможности исследовать собственную мотивацию и готовность к изменяющему разговору. Участие клиента в данном разговоре большей частью ограничено ответами на вопрос консультирующего. Во время такого обмена у клиента фактически не остается шанса вовлечься в изменение. Он также создает предпосылки следующего препятствия для совместных отношений – ловушки эксперта.

Ловушка эксперта

Череда задаваемых вопросов не только свидетельствует, что «Я тут все держу под контролем», но и устанавливает имплицитное ожидание того, что, раз вы собрали достаточно информации, у вас должны быть и ответы. Как было упомянуто в Главе 3, такой подход применим в неотложной помощи. Вы приходите к врачу с жалобами на больное горло, врач проходит по хорошо отрепетированному дереву принятия решений, задавая вопросы относительно симптомов, требующие коротких ответов, и через 5 минут у вас есть готовый рецепт или, по крайней мере, совет, что вам нужно предпринять. Обе стороны исходят из установки неравенства силы в отношениях. Однако экспертная роль шаблона «получение информации – выдача ответа» работает не так хорошо, когда вопрос касается личного изменения. Этот шаблон создает предпосылки разочарования для консультанта и для клиента. Правило «просто сделай это» редко эффективно само по себе, а консультант впоследствии испытывает фрустрацию: «Я говорю, говорю, говорю, но они все равно не меняются!» Частью МК является понимание, что у вас не будет ответов на вопросы клиентов без их сотрудничества и опыта.

> Экспертная роль работает не так хорошо, когда вопрос касается личного изменения.

Ловушка преждевременного фокуса

Третий возможный путь к ранней потере интереса – это ловушка преждевременного фокуса. Основная проблема заключается в фокусировании до этапа вовлечения, попытка

решить проблему до установления рабочего сотрудничества и согласования общих целей. Вы хотите поговорить об определенной проблеме, а клиента волнует совсем иная тема. Данная ситуация была одной из общих причин клинического интереса к МК. Консультанты часто стремятся выяснить и сфокусироваться на том, что они считают «реальной» проблемой клиента. Клиент, с другой стороны, имеет иные актуальные заботы и может не разделять мнение консультанта о важности данной проблемы.

Ловушка заключается в том, что консультант продолжает попытки вернуть человека к разговору о его собственной концепции проблемы, не выслушав, какие более общие вопросы волнуют клиента. Это может спровоцировать борьбу, в зависимости от того, что необходимо обсудить.

Действительно, в сознании человека проблема, поднимаемая консультантом, может составлять лишь относительно малую часть всей картины и ее соотношение с более широкими жизненными вопросами человека может быть неясным. Если консультант оказывает слишком сильное и поспешное давление, чтобы придать разговору определенный фокус, возникнет разногласие и человек отдалится, начав защищаться. Необходимо избегать вовлечения в борьбу за надлежащую тему разговора на начальном этапе. Если начать с обсуждения проблем человека, а не с проблем, поднимаемых консультантом, то этого не произойдет. Очень часто исследование того, что относится к проблеме человека, приводит обратно к теме, поднимаемой консультантом, в частности тогда, когда проблемные области связаны друг с другом. В любом случае время, уделенное слушанию проблем человека, полезно как для понимания человека, так и для построения отношений, являющихся основой для вовлеченности и последующей проработки других тем.

Программа лечения химической зависимости у женщин в Нью-Мексико иллюстрирует данную ситуацию. Квалифицированные специалисты обнаружили, что женщины, прошедшие программу, в общем, имели более актуальные проблемы, чем употребление алкоголя или наркотиков. У них часто были проблемы со здоровьем, проблемы с воспитанием и уходом за детьми, проблемы с жильем, они были травмированы в результате продолжающегося или имеющего место в прошлом физического и сексуального насилия. У этих женщин было много всего, о чем стоило поговорить, и, если бы консультант попытался слишком рано вовлечь их в обсуждение злоупотребления в процессе лечения, женщины, скорее всего, не вернулись бы. Если, с другой стороны, консультант выслушивал и уделял внимание непосредственным проблемам женщины, беседа неизбежно приходила к роли алкоголя и наркотиков в ее жизни.

Смысл в том, чтобы избежать преждевременного фокусирования на проблемах, которые интересуют вас в большей степени, чем самого человека. При обнаружении разногласия, связанного с преждевременным фокусом, начните с того места, где клиент рассказывает о своих проблемах, выслушайте его рассказ, и вы получите более широкое понимание его жизненной ситуации, прежде чем вернуться к теме консультации (см. Часть III).

Ловушка навешивания ярлыков

Ловушка навешивания ярлыков – это в основном специфическая форма ловушки преждевременного фокуса. Вы хотите сфокусироваться на определенной проблеме, и вы (или клиент) называете ее по имени. Консультанты и клиенты могут легко попасться на диагностическое навешивание ярлыков. Некоторые считают, что для человека ужасно важно принять (даже «признать») диагноз клинициста («У вас диабет», «Вы алкоголик», «Вы отрицаете проблему» и т. д.). Поскольку такие ярлыки несут клеймо в сознании общества, неудивительно, что люди с адекватной самооценкой сопротивляются им. Даже в области алкогольной зависимости, где акцент на проблеме навешивании ярлыков был значительным (по крайней мере, в Соединенных Штатах), нет никаких доказательств пользы давления на людей, чтобы заставить их согласиться с таким ярлыком, как «алкоголик». Философия «Анонимных алкоголиков» (АА) подчеркнуто не рекомендует навешивать ярлыки на людей.

Часто в дискуссиях, навешивающих ярлыки, присутствует скрытая динамика. Здесь может развернуться настоящая борьба, в которой консультант будет стремиться навязать свой контроль и свой профессиональный опыт. Когда члены семьи вешают ярлык, то такой ярлык может иметь форму осуждающей коммуникации. У некоторых людей внешне безвредное замечание «твоя проблема с…» может создать мучительное ощущение, что их загнали в угол. Опасность, конечно, состоит в том, что борьба за ярлыки порождает разногласие, приводящее к предвзятости и тормозящее прогресс.

Таким образом, мы рекомендуем избегать акцента на навешивании ярлыков в процессе МК. Проблемы могут быть полностью изучены без навешивания ярлыков, порождающих ненужные разногласия. Если вопрос навешивания ярлыков никогда не возникал, нет необходимости поднимать его. Однако часто бывает, что человек сам поднимает вопрос, и здесь очень важно то, как вы ответите. Мы рекомендуем комбинацию двух техник – рефлексии и рефрейминга, которые мы обсудим позже. Приведем краткий пример вновь из области пагубных привычек, где данный вопрос является наиболее актуальным. Консультант быстро знакомится с проблемой человека, а затем предлагает переосмысление.

КЛИЕНТ: Вы подразумеваете, что я наркоман?

КОНСУЛЬТАНТ: Нет, меня на самом деле не волнует, как это называется. Но выглядит все так, как будто вы наркозависимы, у вас есть причины для беспокойства.

КЛИЕНТ: Ну, мне не нравится, когда меня называют наркоманом.

КОНСУЛЬТАНТ: Когда это происходит, вы хотите объяснить, что ваша ситуация в действительности не так плоха.

КЛИЕНТ: Верно! Я не говорю, что у меня нет проблем.

КОНСУЛЬТАНТ: Но вам не нравится, когда на вас вешают ярлык «имеющего проблемы». Это кажется вам слишком суровым.

КЛИЕНТ: Да, точно.

КОНСУЛЬТАНТ: Это довольно распространенное дело, как вы можете себе представить. Многие люди, с которыми я разговариваю, не любят ярлыков. В этом нет ничего странного. Мне тоже не нравится, когда на меня навешивают ярлык.

КЛИЕНТ: У меня ощущение, что меня положили в коробку.

КОНСУЛЬТАНТ: Точно. Послушайте, как я это представляю, а затем мы двинемся дальше. Для меня не имеет значения, что мы назовем проблемой. Нам вообще не надо называть ее. Если ярлык вас сильно волнует, мы можем обсудить это, но для меня это не имеет особого значения. Намного важнее понять, как употребление кокаина вредит вам и что вы хотите с этим сделать, если вам хочется что-то сделать. То, что меня действительно заботит, – это вы сами.

Мы бы также добавили, что не видим какой-либо веской причины отговаривать людей от использования ярлыка, если они к этому склонны. Члены общества «Анонимных алкоголиков», например, часто говорят, что для них важно признать и принять себя как алкоголиков.

Против такого принятия себя мало что можно возразить. Главное – избегать непродуктивных споров и борьбы по поводу ярлыков. Если для административных целей нужен диагноз, это можно обсудить с клиентом совместно, объясняя процесс и условную цель.

Ловушка обвинения

На первой сессии можно встретить еще одно препятствие. Это обеспокоенность клиента и готовность защититься от обвинений. Кто виноват в проблеме? Кого следует обвинять? Если этот вопрос не будет тщательно проработан, время и силы будут потрачены впустую на ненужные оправдания. Очевидно, что в контексте консультации элемент обвинения следует нивелировать. Обычно этого можно добиться через рефлексию и

рефрейминг того, что беспокоит клиента. Если же проблема возникает, то, к примеру, клиенту можно сказать следующее: «Звучит так, как будто бы вас волнует вопрос, кого следует винить. Я должен объяснить вам, что целью консультации не является поиск виновных. Это работа судей, а не консультантов. Политика консультации в том, что виновных нет. Я не заинтересован в поиске того, кого можно было бы обвинить. Меня больше волнует вопрос того, что вас беспокоит и что вы можете предпринять в связи с этим».

Поиск виновных может быть предотвращен путем вышеизложенного краткого структурирующего высказывания, сообщенного в самом начале консультации. Как только человек осознает цель консультирования, беспокойства по поводу поиска виновных могут быть развеяны.

Ловушка пустого разговора

Наконец, при отсутствии достаточной направленности беседы можно попасть в ловушку простой болтовни. Разговоры о пустяках могут казаться полезными для создания дружеской атмосферы и, несомненно, иногда помогают «сломать лед». В некоторых культурах определенная доза пустого разговора считается признаком вежливости и необходимым компонентом перед началом делового разговора. Несмотря на то что разговоры не по теме помогают чувствовать себя комфортно, в больших дозах они приносят мало пользы. Одно из исследований показало, что чем выше уровень непринужденного разговора во время сессии, тем *ниже* уровень мотивации клиента к изменению и поддержанию состояния (Bamatter et al., 2010). В процессе вовлечения внимание должно быть направлено в первую очередь на проблемы и цели клиента. Это, в свою очередь, ведет к процессу фокусирования, который будет обсуждаться в Части III.

Что содействует вовлеченности?

Когда вы впервые оказываетесь в новой ситуации, что может повлиять на ваше решение вернуться? Новая ситуация может возникнуть в лечебном учреждении, клубе, собрании или во время обычной еженедельной встречи (например, общество «Анонимных алкоголиков», кружок бойскаутов или шахматный клуб и т. д.). Что может заставить вас вернуться?

Мы предложили несколько факторов, способных повлиять на вовлеченность или утрату вовлеченности:

1. Желание или цели. Что вы хотели или на что вы надеялись, когда шли сюда? Что вы ищете?
2. Важность. Насколько важно то, что вы ищете? Насколько это приоритетно?
3. Позитивность. Хорошо ли вам было на консультации? Почувствовали ли вы, что вам рады, что вас оценили по достоинству, что вас уважают? Отнеслись ли к вам с теплотой и дружеским вниманием?
4. Ожидания. Что, как вы думали, должно было произойти? Как встреча с консультантом соотносится с тем, чего вы ожидали? Оправдала ли встреча ваши ожидания (или даже превзошла)?
5. Надежда. Кажется ли вам, что данная ситуация помогает людям, таким как вы, получить то, чего они хотят? Считаете ли вы, что она может помочь вам?

В сущности, вы сравниваете то, что вы ожидали (или на что надеялись), с тем, что вы получили на практике. Пять пунктов, следующих друг за другом, предполагают пять вопросов, на которые консультант или программа должны обратить внимание во время первых консультаций, целью которых является вовлечение клиента:

1. Зачем человек пришел к вам на консультацию? Чего он или она хочет? Спросите и выслушайте.

2. Насколько, по вашим ощущениям, велика значимость цели (целей) клиента?

3. Будьте доброжелательны. Предложите чашку кофе. Ищите то, чем вы могли бы со всей искренностью восхититься и положительно прокомментировать, пусть даже что-то совсем простое. Ищите другие пути, чтобы помочь клиенту почувствовать, что ему рады.

4. Думает ли человек, что вы в состоянии ему помочь? Помогите клиенту понять, чего он может ожидать.

5. Дайте надежду. Объясните, что вы делаете и как это может помочь. Честно и с положительной стороны опишите картину изменения, произошедшего с другими, и эффективность ваших услуг.

Эти очевидные вопросы, которые любой компетентный бизнесмен не оставил бы без внимания, теряются в мире медицинских и социальных услуг в погоне за сбором оценочной информации, в стремлении показаться объективным и профессиональным, в занятости, в рутине.

За этими основами идут три главы, в которых рассматриваются профессиональные навыки, имеющие большую значимость не только в процессе вовлечения, но и во всех четырех процессах МК. Это фундаментальные навыки, необходимые каждому, кто желает понять МК и заниматься им профессионально. Освоение данных навыков поможет вам легче вовлекать людей, определить четкое направление, укрепить мотивацию и облегчить процесс изменения.

Ключевые моменты

- Вовлечение – это процесс установления доверительных помогающих отношений на основе взаимного уважения.
- Оценка в начале консультации может сделать клиента пассивным и негативно сказаться на вовлеченности.
- Попытки управлять с позиции эксперта не работают, когда человеку нужно совершить изменения.
- Ловушка преждевременного фокуса означает попытку слишком раннего фокусирования на цели без достаточной вовлеченности.
- Рассуждения о целесообразности диагностического ярлыка могут оказаться контрпродуктивными.
- Пустой разговор приносит пользу лишь в небольших количествах.

Глава 5
Слушание: понимание дилеммы человека

Удивительно, как элементы, которые казались неразрешимыми, становятся разрешимыми, когда кто-то слушает, как путаница, которая казалась непоправимой, превращается в относительно четкую последовательность мыслей, когда кого-то слушают. Я глубоко оценил время, затраченное на чувствительное, эмпатическое, сконцентрированное слушание.

Карл Р. Роджерс

Когда вы слушаете кого-то полностью, внимательно, вы прислушиваетесь не только к словам, но и к чувствам, которые передаются, ко всему, а не только к части.

Джидду Кришнамурти

Хорошее слушание является фундаментальным в МК. Прежде всего, необходимо освоить определенный навык рефлексивного слушания, так как это – основа всех четырех процессов МК. Необходимо изрядное количество практики, чтобы приобрести навык такого слушания, при котором рефлексии появляются более естественно и легко. Как только вы хорошо овладеете рефлексивным слушанием, вы сможете использовать его, чтобы направлять. Здесь можно привести такое сравнение: для того чтобы работать с киянкой над созданием статуи, требующей определенного мастерства, необходимо сперва научиться забивать гвозди обычным молотком, научиться правильно направлять инструмент, чтобы он опускался именно туда, куда нужно, т. е. на шляпку гвоздя.

Рефлексивное слушание – это чрезвычайно полезный навык сам по себе. Описанное как «истинная эмпатия» у Роджерса (Rogers, 1965) и «активное слушание» у его студента Томаса Гордона (Gordon, 1970; Gordon & Edwards, 1997), рефлексивное слушание представляет собой краеугольный камень для клиентцентрированного консультирования. Это также полезный навык не только в профессиональной работе, но и в личной жизни и в отношениях, но лишь относительно немногие владеют им. Он является основой хорошего общения.

Как только вы освоите рефлексивное слушание, вы сможете преподнести неоценимый дар тем, с кем вы вступаете в контакт. Роджерс успешно применял клиентцентрированный подход, чтобы «достучаться» до якобы «немотивированных» пациентов (Gendlin, 1961).

В основе науки хорошего слушания лежит доверие, полезное для клиентов в исследовании и осознании своего собственного жизненного опыта. Лечение – это в первую очередь не процесс выдачи готового квалифицированного решения. Возможность следовать за человеком, анализировать его опыт очень ценна, однако зачастую сбрасывается со счетов в обычной беседе. Хорошее слушание помогает человеку идти вперед, продолжить рассмотрение и изучение того, что может быть неприятным. Истинная эмпатия – это очень хороший навык, способствующий самопознанию.

> Лечение – это в первую очередь не процесс выдачи готового квалифицированного решения.

Двенадцать барьеров Томаса Гордона

В обыденном сознании слушание может означать простое молчание (по крайней мере, некоторое время) и выслушивание того, что кто-то говорит. Однако ключевым элементом рефлексивного слушания является ответ консультанта на сказанное клиентом. Поэтому Томас Гордон (Gordon, 1970) назвал это активным слушанием.

Такое слушание, во-первых, помогает увидеть, что не является хорошим слушанием. Гордон описал 12 типов ответов, которые люди обычно дают другу и которые нельзя назвать слушанием.

1. Приказание, руководство или команды.
2. Предупреждение, предостережение или угроза.
3. Совет, предположение или решение.
4. Убеждение с помощью логики, аргументирование или наставление.
5. Утверждение, что человеку следует делать, чтение нотаций.
6. Несогласие, осуждение, критика или обвинение.
7. Согласие, одобрение или похвала.
8. Внушение чувства стыда, высмеивание или навешивание ярлыков.
9. Интерпретация или анализ.
10. Подбадривание; сочувствие или утешение.
11. Расспрашивание или расследование.

12. Отстранение, отвлечение, потворство или смена темы.

Гордон назвал такие ответы «барьерами», потому что они, как правило, препятствуют самопознанию и отвлекают от слушания. Эти реакции сбивают человека с пути самопознания. Для того чтобы продолжить движение в том же направлении, человек должен преодолеть эти барьеры, обойти их и вернуться на исходную линию мысли. Барьеры действуют как стоп-кран или переводная стрелка на пути самопознания человека.

Они, как правило, предполагают неравные отношения, в которых один из участников находится в выигрышном положении по отношении к другому. Такие барьеры скорее эгоцентричны, нежели клиентцентрированы. Подтекст такой: «Послушайте меня. Я лучше знаю». Вместо того чтобы продолжать изучать свой путь, человеку приходится иметь дело с тем, что ему возвращает консультант.

Рассмотрим такой благонамеренный, но бесполезный разговор консультанта с человеком, испытывающим двойственное ощущение по поводу принятия важного решения. (Номер соответствующего барьера из списка указан в скобках.)

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

КОНСУЛЬТАНТ: Поступите так, как считаете лучше (5).

КЛИЕНТ: В этом и проблема! Я не знаю, что лучше!

КОНСУЛЬТАНТ: Знаете, в глубине души (6).

КЛИЕНТ: Я чувствую себя загнанной в ловушку, подавленной в наших отношениях.

КОНСУЛЬТАНТ: Думали ли вы о том, чтобы разойтись на некоторое время, чтобы понять, что вы чувствуете? (3)

КЛИЕНТ: Но я люблю его, и если я уйду, это причинит ему боль!

КОНСУЛЬТАНТ: Но если вы этого не сделаете, вы можете впустую потратить свою жизнь (2).

КЛИЕНТ: Вам не кажется, что это эгоистично?

КОНСУЛЬТАНТ: Вам следует сделать это, чтобы позаботиться о себе (4).

КЛИЕНТ: Не знаю, как я смогу сделать это, как я справлюсь.

КОНСУЛЬТАНТ: Я уверен, что с вами все будет хорошо (10).

Этой женщине не была оказана помощь в изучении самой себя (см. Главу 17). Вместо этого на нее было оказано преждевременное давление для принятия какого-либо решения. Консультант в данном случае даже не выслушал ее, так и не дал шанса выговориться и проанализировать происходящее. Время клиента было потрачено на преодоление барьеров.

Невербальное слушание

Мы посвятили большую часть данной главы вербальному ответу консультанта на то, что говорит клиент, однако здесь речь шла больше о слушании, чем о словах. Предположим, что вам необходимо внимательно слушать кого-нибудь в течение 5 минут, не говоря ни слова. Как вы дадите знать человеку, что вы слушаете и понимаете? Есть вероятность, что в качестве помогающего специалиста вы воспринимаете эти невербальные аспекты слушания как данное и пользуетесь ими интуитивно. Однако, прежде чем перейти к вербальной рефлексии, стоит сделать несколько замечаний по поводу этих аспектов.

Во-первых, существует индивидуальное внимание. Несмотря на то что вы считаете, что умеете одновременно хорошо слушать и заниматься чем-нибудь еще, это передает отсутствие заинтересованности и уважения. Перекладывание бумаг, взгляд на часы или чрезмерное конспектирование отвлекают от того, что называется хорошим слушанием, и подают сигнал об отсутствии внимания. Следует избегать занятий электронными гаджетами: не писать смс, не проверять почту и не играть в игры. Даже если вы действительно способны одновременно выполнять два дела, избегайте этого, если одним из них является слушание.

Пристальное внимание передается, в частности, при помощи взгляда. Хороший слушатель обычно поддерживает зрительный контакт с говорящим. Для говорящего, напротив, нормально, когда во время говорения он лишь периодически поднимает глаза на слушающего или вовсе отводит взгляд в сторону. Здесь существуют большие культурные различия. В некоторых культурах слишком пристальный взгляд на человека во время разговора означает отсутствие уважения. Тем не менее взгляд слушающего должен всегда быть готовым к контакту. Нельзя обводить взглядом комнату или допускать, чтобы взгляд рассеянно проходил «сквозь» говорящего (такой взгляд передает скуку или неуважение). Вы знакомы с нормами внутри своей культуры, но если вы работаете с представителями разных культур, не забывайте учитывать культурные отличия.

Чувство комфорта при визуальном контакте зависит от пространственного расположения. Существуют культурные различия в том, насколько близко люди должны стоять друг к другу во время разговора, однако, в общем, зрительный контакт вызывает больший дискомфорт при уменьшении физической дистанции (за исключением отношений между близкими людьми). Хорошо, когда говорящий и слушающий сидят не друг напротив друга, так как в этом случае было бы затруднительно нарушить визуальный контакт, и это могло бы вызвать конфронтационный обмен высказываниями (буквально: глаза в глаза). Консультанты обычно ставят кресла не прямо, а по диагонали, что позволяет клиенту с легкостью установить визуальный контакт и прекратить его.

Ключ к вниманию и пониманию лежит в выражении лица. Некоторые считают, что бесстрастное лицо, такое выражение, которое не меняется в ответ на различное содержание разговора, – это объективное или профессиональное выражение. Бесстрастное лицо, однако, не предполагает выражение какой-либо эмоциональной поддержки говорящему и вызывает эффект проецирования, зачастую в форме представления, что слушающий тебя осуждает или не одобряет. Такое выражение лица может стать причиной удивления или беспокойства говорящего о том, что думает слушающий. В обычном разговоре люди часто отражают внешние проявления эмоций друг друга. Вербальное сообщение, способное вызвать печаль, скорее всего, отразится невербально в выражении лица хорошего слушающего. То же самое касается выражения радости, страха или удивления. Отражение эмоций клиента сигнализирует о слушании, понимании и сопричастности. Выражение лица хорошего слушающего могло бы отразить эмоции, скрытые в словах говорящего, даже если они не проявляются в выражении лица говорящего. Общим исключением из данного принципа отражения является гнев клиента, который мы не рекомендуем отражать. В данном случае, напротив, следует реагировать участливо и успокаивающе.

Формирование рефлексий

Что еще, кроме молчания и невербального выражения, свойственно хорошему слушанию? Если кто-то сможет избежать 12 барьеров, описанных Гордоном, что остается? Мы не хотим сказать, что использование этих 12 ответов является неправильным. Для каждого из них есть свое время и место, но рефлексивное слушание отличается от любого из них.

Суть ответа при рефлексивном слушании состоит в том, чтобы догадаться, какой смысл вкладывает человек в свои слова. До того как человек начинает говорить, у него уже есть определенный смысл, который он хочет сообщить. Этот смысл выражен в словах, причем зачастую недостаточно ясно. Люди не всегда точно говорят то, что хотят сказать. Слушающий должен внимательно вслушиваться в слова, а затем декодировать их смысл. Таким образом, существует три стадии, на каждой из которых коммуникация может пойти в неправильном направлении: кодирование, слушание и раскодирование (см. Таблицу 5.1). Рефлексивный слушающий делает адекватное предположение об изначальном смысле и озвучивает его в форме утверждения. Это замыкает круг, как указано в нижней части Таблицы 5.1. Почему нужно отвечать утверждением? Не лучше ли задать вопрос? Ведь, в

конце концов, слушающий не уверен в правильности своего предположения. Существует одна практическая причина, почему нужно отвечать утверждением: правильно сформированное рефлексивное утверждение в меньшей степени, чем вопрос, провоцирует реакцию защиты и в большей степени способствует продолжению самопознания. В речевой динамике вопрос требует ответа. Он предъявляет требование к человеку.

Таблица 5.1.
Процесс коммуникации

Согласно Гордону (1970 г.)

Посмотрите на разницу в звучании парных ответов консультанта. (Чтобы услышать разницу, вам, возможно, придется произнести их вслух, так как в речи голосовое отражение делает их разными.)

- «Вам неудобно?»
- «Вам неудобно».
- «Вы не считаете это проблемой?»
- «Вы не считаете это проблемой».
- «Вы думаете о разводе?»
- «Вы думаете о разводе».

Чувствуете ли вы разницу в интонации и смысле между двумя предложениями в каждой из этих пар? В английском языке в вопросительном предложении интонация обычно сначала повышается, а затем опускается в конце предложения. (В русском языке вопросительная интонация достигается значительным повышением тона слова, на котором стоит логическое ударение, где бы оно ни стояло, и некоторым повышением тона слова, стоящего в конце, непосредственно перед вопросительным знаком. – *Прим. ред.)* В обычном утвердительном предложении она лишь слегка понижается. В утвердительных предложениях в рефлексивном слушании интонация обычно всегда понижается в конце

предложения. Это утверждения понимания. Разница между этими двумя утверждениями едва ощутима и не каждый способен ее почувствовать, но она существует. (И вновь в понимании того, где интонация подразумевает вопрос, могут сыграть свою роль культурные различия.)

Но почему бы просто не спросить, что люди имеют в виду? Давить на людей вопросами, чтобы они объяснили себя и смысл своих слов на практике приводит к тому, что они дистанцируются от своих переживаний. Они делают шаг назад, чтобы проанализировать, и начинают спрашивать, действительно ли они чувствуют или должны чувствовать то, что они высказали.

Чтобы попрактиковаться в рефлексивном слушании, научитесь сначала думать рефлексивно. Помните о том, что то, что, как вам кажется, люди имеют в виду, не обязательно является тем, что они действительно имеют в виду (см. Таблицу 5.1.). Большинство утверждений могут иметь много значений. Люди вкладывают совершенно разный смысл в слова, выражающие эмоции, такие, как «подавленный» или «встревоженный». Что может иметь в виду человек, говорящий: «Я хотел бы быть более общительным»? Вот несколько вариантов:

«Я чувствую себя одиноким и хочу иметь больше друзей».

«Я сильно нервничаю, когда мне приходится разговаривать с незнакомыми людьми».

«Я должен тратить больше времени на знакомство с людьми».

«Я хотел бы быть популярным».

«Я не знаю, что сказать, когда я общаюсь с людьми».

«Меня не приглашают на вечеринки».

Думать рефлексивно – это совершать процесс декодирования, приведенный в Таблице 5.1, более осознанно. Услышав какое-либо высказывание, вы сразу же обдумываете его и делаете предположение о том, какой смысл данное высказывание может содержать. Процесс декодирования проходит очень быстро и часто на уровне подсознания. Многие люди ведут себя так, как если бы получившееся предположение было истинным, и соответственно реагируют на него. Рефлексивное слушание – это способ проверить свою догадку, вместо того чтобы предполагать, что вы все правильно поняли.

Рефлексивное слушание предполагает ответ говорящему в форме утверждения. Данное утверждение представляет собой догадку о том, что имел в виду говорящий, и отличается от всех двенадцати барьеров. Часто, но не всегда подлежащее в предложении-догадке выражено местоимением «вы».

Приведем для примера отрывок консультационной сессии с участием мужчины, перенесшего открытую операцию на сердце (аортокоронарное шунтирование) три месяца назад. Консультантом здесь может выступать кто угодно: медицинская сестра, терапевт, друг, священник или физиотерапевт. В целях иллюстрации каждое высказывание консультанта в данном отрывке является утверждением рефлексивного слушания. Обратите внимание, как рефлексии консультанта двигаются вперед, а не просто повторяют сказанное человеком. По сути, консультант отваживается предположить следующее утверждение клиента, а не просто повторяет последнее его высказывание. Это профессиональная форма рефлексии, которую мы назвали «продолженное высказывание».

КОНСУЛЬТАНТ: Как вы себя чувствуете в последнее время после перенесенной операции?

КЛИЕНТ: Могу сказать, что это было довольно тяжелым испытанием. Мне повезло, что я здесь.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы запросто могли умереть.

КЛИЕНТ: Мне сказали, что закупорено было 90 %, а в моем возрасте такая операция очень опасна, но я пережил ее.

КОНСУЛЬТАНТ: И вы рады.

КЛИЕНТ: Да, мне есть для чего жить.

КОНСУЛЬТАНТ: Я знаю, что ваша семья очень важна для вас.

КЛИЕНТ: Я люблю встречаться с внуками – два мальчика и две девочки, знаете, здесь, в городе. Мне нравится заниматься ими.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы их действительно любите.

КЛИЕНТ: Да. Мне нравится петь в местном хоре. Они рассчитывают на меня. Им не хватает теноров. Там у меня много друзей.

КОНСУЛЬТАНТ: У вас есть много причин, чтобы оставаться здоровым.

КЛИЕНТ: По крайней мере, я пытаюсь. Но я не уверен, как много мне можно делать.

КОНСУЛЬТАНТ: Насколько активную жизнь вести.

КЛИЕНТ: Я не хочу перегружаться. На прошлой неделе я играл в гольф, и у меня заболело плечо. Врач сказал, что это была просто мышечная боль, но я испугался.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы не хотите еще одного сердечного приступа.

КЛИЕНТ: Да! Первого было вполне достаточно.

КОНСУЛЬТАНТ: Иногда вы задумываетесь, какая нагрузка является оптимальной для вас.

КЛИЕНТ: Ну, я знаю, что мне нужно оставаться активным. «Используй или потеряешь», – как мне говорят. Я хочу, чтобы ко мне вернулись силы. Еще говорят, что регулярная физическая нагрузка полезна и моим мозгам.

КОНСУЛЬТАНТ: Трудная задача – решить, как остаться достаточно активным, чтобы вернуть силы и здоровье и не подвергнуть себя очередному сердечному приступу.

КЛИЕНТ: Я думаю, может быть, я чересчур беспокоюсь. Мои последние анализы были хорошими. Просто меня пугает такая боль.

КОНСУЛЬТАНТ: Она напоминает вам о сердечном приступе.

КЛИЕНТ: Возможно, имеет смысл воздержаться от физической активности, чтобы приступ не повторился?

КОНСУЛЬТАНТ: Или воздержаться от общения с людьми, чтобы когда-нибудь не почувствовать себя одиноким.

КЛИЕНТ: Точно. Думаю, мне нужно заниматься. Мне нужно подумать, как постепенно увеличить нагрузку, поэтому пока я не стану ничего менять.

Обратите внимание, что консультант не ставит препятствий в процессе разговора. Было бы достаточно легко заменить некоторые рефлексии репликами-барьерами. Однако консультант избегает этого, так как его целью является помощь человеку в самопознании и исследовании собственного опыта. Рефлексивное слушание предполагает веру в то, что никто не знает человека лучше, чем он сам, в то, что человек хочет быть здоровым и способен сделать собственные выводы.

Обратите внимание также на то, что умелый диалог, приведенный выше, мог бы быть монологом клиента, если изменить местоимения в репликах консультанта:

«Могу сказать, что это было довольно тяжелым испытанием. Мне повезло, что я здесь.

Я запросто мог умереть. Мне сказали, что закупорено было 90 %, а в моем возрасте такая операция очень опасна, но я пережил ее, и я рад. Мне есть для чего жить.

Моя семья очень важна для меня. Я люблю встречаться с внуками – два мальчика и две девочки, знаете, здесь в городе. Мне нравится заниматься ими. Я их действительно люблю.

И мне нравится петь в местном хоре. Они рассчитывают на меня. Им не хватает тенора. Там у меня много друзей. У меня есть куча причин, чтобы оставаться здоровым. По крайней мере, я пытаюсь. Но я не уверен, как много мне можно делать, насколько я должен быть активен. Я не хочу перегружаться. На прошлой неделе я играл в гольф, и у меня заболело плечо. Врач сказал, что это была просто мышечная боль, но я испугался. Я не хочу еще одного сердечного приступа. Первого было вполне достаточно. Иногда я спрашиваю себя, какая нагрузка является оптимальной для меня. Я знаю, что мне нужно оставаться активным.

«Используй или потеряешь», – как мне говорят. Я хочу, чтобы ко мне вернулись силы. Еще говорят, что регулярная физическая нагрузка полезна и моим мозгам. Трудная задача – решить, как остаться достаточно активным, чтобы вернуть силы и здоровье и не подвергнуть себя очередному сердечному приступу. Я думаю, может быть, я чересчур беспокоюсь. Мои последние анализы были хорошими.

Просто меня пугает такая боль. Она напоминает мне о сердечном приступе. Возможно, имеет смысл воздержаться от физической активности, чтобы приступ не повторился? Это все равно что воздержаться от общения с людьми, чтобы когда-нибудь не почувствовать себя одиноким. Думаю, мне нужно заниматься. Мне нужно подумать, как постепенно увеличить нагрузку, поэтому пока я не стану ничего менять».

Человек не смог бы свободно выговориться, если бы консультант ставил барьеры общению. Рефлексивное слушание направлено на то, чтобы человек излагал собственное повествование, а не подтверждал вашу точку зрения на него.

Что происходит, когда предположение консультанта оказывается неверным, а рефлексия не тем, что подразумевал говорящий? Обычно клиент просто продолжает рассказ, разъясняя, что он имеет в виду.

Нет никакого наказания за неправильное предположение, когда вы рефлексируете. Задавать вопросы необязательно, это не лучший путь к пониманию. Нет необходимости добавлять слова в предисловии к рефлексии, например: «Я слышу, что вы говорите, что вы …» КОНЕЧНО, это то, что вы слышите!

Таблица 5.2.
Слушание экономит время

Психиатр извиняется за опоздание на вечернее занятие по мотивационному консультированию: «Извините, я опоздал. Сегодня утром у меня было 20 пациентов».

Преподаватель делает паузу на приветствие вновь пришедшего и спрашивает его: «Будете ли вы способны использовать МК в вашей работе при таком загруженном графике?»

Психиатр ответил: «Считаете ли вы, что я действительно смог бы принять 20 пациентов, если бы не использовал МК?»

Терапевты, не имеющие свободного времени, иногда говорят о рефлексивном слушании в частности и об МК в целом: «У меня нет времени заниматься этим». «Мне столько нужно сделать во время приема пациентов, что, если я начну практиковать слушание, я никогда ничего не сделаю! Мне просто нужно сказать им и двигаться дальше!»

Все же несколько правильно подобранных слов могут сэкономить большой объем поспешного разговора, как при использовании рефлексивного высказывания, которое улавливает сущность того, что чувствует и говорит человек. Когда ваша точная рефлексия попадает в точку, человек чувствует себя понятым, в связи с чем снижается необходимость двигаться дальше в исследовании. Люди, как правило, повторяют сказанное ими, когда они чувствуют (правильно или нет), что их не услышали, поэтому правильная рефлексия экономит время.

Простое «говорение» людям того, что им нужно знать или сделать, может ощущаться как выполненная работа, и, несомненно, бывает так, что изложение фактов может оказаться эффективным. В частности, это происходит тогда, когда человеку необходима информация и он хочет ее получить. Затем возникает необходимость изменить поведение. Однако простое говорение и предупреждение часто не помогают. Если вы найдете пару минут, чтобы провести разговор с целью изменить поведение, у вас не будет времени НЕ использовать МК!

Почти любой вопрос можно превратить в рефлексивное утверждение. Когда вы только начали практиковаться, единственный путь сформировать рефлексию – это, во-первых, продумать вопрос: «Вы подразумеваете, что вы …?» Затем нужно убрать все слова из первой

части вопроса («Вы подразумеваете, что вы») и произнести остаток фразы с понижающейся интонацией так, чтобы получилось утверждение. Взгляните на пациента, который говорит врачу: «Я просто падаю духом из-за того, что не могу контролировать диабет». В голове врача в течение пары секунд должна пробежать следующая мысль:

(«Я уверен, вы справитесь». Нет, это не слушание. Хочу сделать предположение, но это уже выпрямительный рефлекс, а мне нужно понять. Что заставляет ее падать духом? «Вы хотите сказать, что старались, но уровень сахара остается высоким?» Теперь сделаем рефлексию.) (Вслух: «Вы старались, но уровень сахара остается высоким».)

Кажется, что на создание одной рефлексии уходит много умственных сил, и это так. Рефлексивное слушание поначалу может оказаться тяжелым трудом, намного более сложным, чем задавать вопросы. Хорошо, что, как большинство навыков, чем больше практикуешься, тем легче дается рефлексивное слушание.

Глубина рефлексии

Утверждения рефлексивного слушания могут быть очень простыми. Иногда обычное повторение слова или двух заставляют человека двигаться дальше. (В диалоге выше первой рефлексией могла быть фраза «Вам повезло».) Простые рефлексии добавляют совсем немного или вообще ничего не добавляют к сказанному человеком. Они обычно повторяют или слегка перефразируют содержание фразы, произнесенной клиентом:

КЛИЕНТ: Сегодня чувствую себя довольно подавленным.

Простая рефлексия:

• Вы чувствуете себя подавленным.
• У вас плохое настроение.
• Довольно подавленным…

Простые рефлексии могут быть полезными, но прогресс, как правило, медленный. Если вам кажется, что вы никуда не двигаетесь или ходите по кругу, вероятно, вы слишком много полагались на простые рефлексии, т. е. слишком близко придерживались того, что сказал клиент.

Сложная рефлексия добавляет некоторое значение или подчеркивает сказанное человеком, делая предположение о невысказанном содержании или о том, что может последовать дальше (продолжение высказывания клиента).

Диалог ниже служит примером появления нового смысла:

КЛИЕНТ: Думаю, что, возможно, я был слишком осторожным. Результаты последних тестов были хорошими. Я просто испугался, когда почувствовал боль.
КОНСУЛЬТАНТ (делая предположение): Она напомнила вам о сердечном приступе.

В действительности клиент не сказал, что боль испугала его, потому что напомнила о сердечном приступе, но это разумное предположение, учитывая, что он сказал до этого.

Представьте айсберг. Простая рефлексия ограничена его видимой частью, выступающей над водой (содержание), т. е. содержанием высказывания клиента, а комплексная рефлексия делает предположение о том, что находится под водой[5]. Иногда это помогает отразить то, что, как нам кажется, человек чувствует во время говорения.

КЛИЕНТ: Мне сказали, что закупорено было 90 %, а в моем возрасте такая операция

[5] Спасибо Мэрилин Хэри за предложенную метафору.

очень опасна, но я пережил ее.

КОНСУЛЬТАНТ: И вы рады.

КЛИЕНТ: Да, мне есть для чего жить.

Сделанное предположение и продолжение высказывания клиента часто добавляет импульс в процесс исследования. Легче, конечно, когда у вас есть некоторый контекст и опыт работы с клиентом.

КЛИЕНТ: Я чувствую себя довольно подавленным сегодня.

Сложные рефлексии:

• Что-то произошло с нашей прошлой встречи.
• В последнее время ваше настроение было то лучше, то хуже.
• Вы выглядите так, как будто у вас мало сил.

Более сложные рефлексии, как правило, продвигают беседу вперед. Подобные предположения в форме рефлексивных утверждений в первое время могут вызвать дискомфорт, но обычно они облегчают общение и понимание. Важно, конечно, не прыгать *слишком* далеко в своих предположениях того, что имел в виду человек. Это субъективный выбор, и, если ваше предположение окажется слишком далеким, вы увидите это в ответах клиента.

Освоение навыка рефлексивного слушания

Несмотря на то что рефлексивное слушание поначалу может показаться трудным, этому навыку можно научиться. Для того чтобы освоить любой сложный навык, вам необходима обратная связь. Предпочтительно, чтобы это была незамедлительная ответная реакция, чтобы сразу знать, все ли вы делаете правильно.

Когда вы стоите на тренировочном поле для гольфа, вы можете видеть, куда попадает каждый мяч, и подстраиваете свой свинг (замах клюшкой. – *Прим. ред.)* и свою позу так, чтобы получить оптимальный результат, если только вы не играете в гольф в кромешной тьме. В этом случае обратная связь будет мала или вообще будет отсутствовать, что не будет способствовать улучшению навыков игры. В рефлексивном слушании вы тренируетесь при свете дня. Каждый раз, когда вы предлагаете кому-либо рефлексию, вы незамедлительно получаете обратную реакцию пропорционально точности рефлексии. Как и на тренировочном поле, не существует наказания за промах, потому что, когда вы сделали неверное предположение, человек просто рассказывает вам больше о том, что он в действительности имел в виду! После нескольких лет у вас уже будут тысячи свингов и вы сможете довольно хорошо угадывать смысл по словам, тону голоса, контексту и невербальным сигналам.

Глубина рефлексии возрастает с практикой. Умелая рефлексия идет дальше того, что человек уже сказал, но не прыгает слишком далеко. Навык чем-то напоминает ритм интерпретации в психодинамической психотерапии. Если человек, которого вы слушаете, медлит, вы знаете, что прыгнули слишком далеко и слишком быстро.

Преувеличение и преуменьшение

Используя рефлексию, чтобы поощрить непрерывное самопознание, являющееся универсальной целью рефлексивного слушания, зачастую оказывается полезным слегка смягчить представленное человеком. Особенно это касается случаев вовлечения эмоционального содержания. Для описания эмоций существует богатый языковой набор. Слова, описывающие определенную эмоцию, например гнев, широко варьируются по своей интенсивности. Есть слова, выражающие гнев низкой интенсивности, такие, как

«раздосадован» или «раздражен», а есть термины, выражающие гнев высокой интенсивности, например «разгневан» или «в ярости». Интенсивность можно снизить, добавив такие слова, как *немного, слегка, несколько* , или увеличить с помощью таких слов, как *очень, весьма, чрезвычайно.* Как правило, если вы переоцениваете интенсивность выражаемой эмоции, то человек ее отрицает или минимизирует, отступая от изначального утверждения (данный принцип применяется, исходя из определенной стратегии, в Главе 15, где речь идет о методе усиления рефлексии при ответе на сохраняющее высказывание и разногласие). Напротив, если вы слегка преуменьшите выраженную интенсивность эмоции, человек, скорее всего, продолжит исследование и расскажет вам об этом. Отражая эмоцию, экспериментируйте с преуменьшением, если хотите, чтобы человек продолжил исследование.

Преувеличение:

КЛИЕНТ: Мне не нравятся ее комментарии по поводу того, как я ращу своих детей.
КОНСУЛЬТАНТ: Вы действительно разгневаны на мать.
КЛИЕНТ: Ну, нет, на самом деле не так сильно. В конце концов, она моя мать.

Преуменьшение:

КЛИЕНТ: Мне не нравятся ее комментарии по поводу то, как я ращу своих детей.
КОНСУЛЬТАНТ: Вы немного раздосадованы поведением матери.
КЛИЕНТ: Вот именно! Меня просто раздражает, что она постоянно поправляет и критикует меня.

Длина рефлексии

Как правило, рефлексия не должна быть длиннее, чем утверждение, за которым она следует. Существуют исключения, но, как правило, чем короче, тем лучше. Рефлексия не устанавливает уровни и нюансы возможного значения. Просто сделайте предположение, и пусть оно будет простым.

Если рефлексия удлиняется, помните, что человек, как правило, реагирует на то, что услышал последним. Клиенты также продолжают свое высказывание. Если вам необходимо высказать длинную рефлексию, но при этом вы хотите подчеркнуть определенное содержание и попросить его прокомментировать, вынесите это содержание в конец рефлексии.

Управление в рефлексии

Рефлексия не является пассивным процессом. Даже в рамках 5– или 10-минутной беседы человек предоставит вам достаточно разнообразный материал. Сознательно или нет, вы решаете, что отрефлексировать, а что проигнорировать, что подчеркнуть или где ослабить значение, какие слова использовать, чтобы передать смысл. Рефлексия может быть использована, чтобы пролить свет на некоторые аспекты сказанного или немного переосмыслить его значение. Карл Роджерс придерживался недирективной позиции в консультировании, однако его ученик Шарль Труа (Truax, 1966) сделал аудиозаписи сессий Роджерса и обнаружил, что тот выборочно «подкреплял» некоторые виды утверждений клиентов, а другие утверждения оставлял без рефлексии или комментариев. Реагировать безусловно на любое высказывание клиента действительно трудно, а не заметить того, как кто-то влияет на направление разговора, легко.

В процессе вовлечения первоочередной целью рефлексивного слушания является понимание дилеммы клиента, видение ситуации с точки зрения клиента. Здесь не предполагается какое-либо определенное направление. В процессе побуждения, однако, рефлексия и прочие фундаментальные навыки консультирования используются

стратегически для форсирования изменения (см. Часть IV). Осознанность элемента направления в рефлексии свойственна МК. Напротив, существуют клинические ситуации, в которых целесообразно избегать даже непреднамеренного влияния на клиента в выборе направления. Соблюдение беспристрастности может показаться довольно трудной задачей, о чем будет сказано в Главе 17.

Рефлексия в вовлечении

В процессе вовлечения утверждения рефлексивного слушания должны составлять существенную часть ваших ответов. Рефлексия особенно важна в продолжение открытых вопросов. Если вы задали открытый вопрос, вашей реакцией на ответ клиента должна быть рефлексия. На этапе вовлечения рефлексии служат для уточнения вашего понимания и сообщения данного понимания клиенту. Вам не нужно быть умным и сложным, просто интересуйтесь и проявляйте любопытство. Рациональный ум помогает.

Так как спрашивание является менее востребованным навыком (для консультанта) по сравнению с эмпатическим слушанием, можно легко попасть в ловушку «вопрос – ответ», задавая серию вопросов, вместо того чтобы следовать за высказываниями клиента и реагировать на них рефлексией. Схема «вопрос – ответ» вызывает стремление защищаться. Опытный консультант МК реагирует в среднем двумя-тремя рефлексиями из расчета на один заданный вопрос. Около половины их реакций (не считая коротких реплик типа «угу») являются рефлексиями. При записи обычных консультационных сессий, напротив, мы обнаружили, что количество вопросов часто превышает количество рефлексий в пропорции примерно 10 к 1, а рефлексии составляют относительно малую часть ответных реакций консультанта. Все же, если все сделать правильно, рефлексивное слушание покажется не таким трудным. Рефлексивное слушание – это фактически искусный навык, который вы можете постоянно совершенствовать на практике.

Ключевые моменты

- Навык рефлексивного слушания («истинная эмпатия»), формируемый в процессе обучения, является фундаментальным навыком для всех четырех процессов МК.
- Суть ответной реакции в форме рефлексивного слушания – это утверждение, содержащее предположение о том, что имел в виду человек.
- Рефлексии варьируются по глубине от простого повторения до сложных рефлексий и «продолженных высказываний».
- Если вы чувствуете, как будто ходите по кругу или не продвигаетесь, то, возможно, вы используете слишком простые рефлексии.

Глава 6
Ключевые навыки консультирования (OAPP) OARS

Любопытный парадокс: я смогу измениться, если приму себя таким, какой я есть.

Карл Р. Роджерс

Что людям действительно нужно – это чтобы их хорошо выслушали.

Мэри Лу Кэси

Рефлексивное слушание, о котором шла речь в Главе 5, является одним из фундаментальных навыков, который необходимо освоить для успешного клиентоцентрированного консультирования в целом и МК в частности. В этой главе мы

рассмотрим остальные три ключевых навыка, важных для процесса вовлечения и для всех других процессов МК. Все вместе они формируют акроним ОАРР (в английском языке OARS): открытые вопросы, аффирмация, рефлексирование и резюмирование. В процессе вовлечения они являются основополагающими инструментами взаимопонимания. По мере того как мы продвигаемся к фокусированию, побуждению и планированию, они становятся инструментами навигации, направляющими и стимулирующими ход изменения. Пятый ключевой навык, указанный в Главе 3, информирование и советы, рассмотрен в Главе 11.

Постановка открытых вопросов

Открытый вопрос – это вопрос, который заставляет человека немного поразмыслить, прежде чем отвечать, предполагающий достаточную свободу для ответа. Открытый вопрос – как открытая дверь. Вы не знаете заранее, что выберет человек.

- Что привело вас сегодня сюда?
- Как эта проблема затронула вашу повседневную жизнь?
- Что, как вам кажется, изменится в вашей жизни через пять лет, начиная с сегодняшнего дня?
- Куда, по-вашему, ведет тот путь, по которому вы идете сегодня?
- Какие пять вещей вы цените больше всего в жизни?
- Чем, как вам кажется, я смогу вам помочь?

Простой ритм в МК подобен вальсу: задавать открытые вопросы и реагировать на сказанное рефлексией, возможно, даже двумя рефлексиями на один ответ [6]. Даже с открытыми вопросами все же избегайте задавать несколько вопросов подряд, чтобы не попасть в ловушку «вопрос – ответ».

Противоположными открытым вопросам являются, конечно, закрытые вопросы, обычно предполагающие краткий ответ и ограничивающие выбор человека при ответе. Закрытыми вопросами собирают конкретную информацию:

«Какой ваш адрес?»
«Как давно вы себя так чувствуете?»
«Сколько раз вы позвонили?»
«Вы курите?»
«По-вашему, вы сможете это сделать?»
«Кто живет с вами?»
«Когда вы в последний раз выпивали?»
«Где это произошло?»

Есть закрытые вопросы, маскирующиеся под открытые вопросы. Это могут быть вопросы, предполагающие множество вариантов выбора, которые начинаются как открытые вопросы, но затем, однако, меняются, ограничивая выбор.

«Итак, что вы думаете делать: бросить совсем или сократить употребление?»
«Какой, по-вашему, подход был бы идеальным: отрегулировать режим питания, больше тренироваться или принимать лекарства?»

Кроме того, есть риторические вопросы, в которых задается даже направление ответа:

---

[6] Не считайте незыблемой формулой то, что вы *обязаны* выдать две рефлексии по каждому заданному вопросу! Но полагаться надо на рефлексии, а не вопросы.

«Вам не кажется, что для вас лучше было бы_____?»
«Разве ваша семья для вас не важна?»
«Вы на самом деле не ожидали, что это сработает, не правда ли?»

Сцепление друг с другом серии закрытых вопросов может быть гибельно для вовлечения. Закрытый вопрос собирает конкретную информацию ценой совместного сотрудничества и утверждает доминирующую роль специалиста.

Мы обнаружили, что открытые вопросы часто приносят больше информации и важных вещей, которые мы могли упустить, спускаясь вниз по опросному листу. Каким бы коротким ни было время консультации, попытайтесь задавать открытые вопросы.

Открытые вопросы приглашают к беседе по теме, фокусируя внимание в определенном направлении. Чем больше вопросов вы задаете, тем больше вы ограничиваете исследование клиента. Чем больше рефлексий вы предложите, тем больше вы поспособствуете рассуждениям и исследованиям клиента. Совмещая клиентоцентрированность и направление, МК включает в себя смешение открытых вопросов и рефлексий.

Все же спешим добавить, что закрытые вопросы вполне могут согласовываться со стилем МК. Кто-то может еще раз проверить, не пропустил ли он чего-нибудь, сделав резюме, или спросить в процессе планирования: «Это то, что вы собираетесь сделать?» Закрытый вопрос может представлять некоторые трудности: «Было бы хорошо, если бы существовал способ захотеть бросить курить?» (Хотя такой вопрос мог бы быть и рефлексией: «Было бы хорошо, если бы существовал способ захотеть бросить курить».) Некоторые закрытые вопросы очень близки к рефлексии: «Вы чувствуете, как будто люди набрасываются на вас?» Выбор оптимального типа вопроса варьируется в зависимости от ситуации, роли консультанта и насущной задачи.

Открытый вопрос – как открытая дверь.

Аффирмация

В дополнение к вопросам и рефлексиям существует третий ключевой навык МК – аффирмация, или акцентуация позитивного. Аффирмация – это значит увидеть и признать то, что в человеке есть хорошего, включая имплицитно данную ценность личности. Аффирмация также включает в себя поддержку и одобрение. Роджерс (Rogers, 1967) описал положительное отношение как «разновидность любви к клиенту, каким он является, с учетом того, что под словом «любовь» мы понимаем эквивалент теологического термина «agape» и не имеем в виду его обычное романтическое и собственническое значение» (см. также C. S. Lewis, 1960; Miller, 2000). Аффирмация имеет как минимум два общих аспекта с эмпатией (Linehan, 1997). Во-первых, практика эмпатии, поиска точного понимания внутреннего мировоззрения клиента как индивида является по сути аффирмативной. Она передает следующее: «То, что вы говорите, значимо, и я уважаю вас. Я хочу понять, что вы думаете и чувствуете». Во-вторых, аффирмация должна быть истинной. Надо высоко оценить то, что действительно есть в человеке. Для этого вам необходимо выслушать и понять. Вы не можете со всей честностью утверждать то, что вы не знаете и не цените.

Аффирмация может выполнять несколько позитивных функций в рамках помогающих отношений. Она является благом в процессе вовлечения, потому что положительное отношение работает в обе стороны. Люди более склонны слушать, доверять и открываться тем, кто видит и признает их силы. Аффирмация, таким образом, может способствовать продолжению лечения (Linehan et al., 2002). Аффирмация также способна снизить действие защит личности. Сталкиваясь с информацией, угрожающей их самооценке, люди, естественно, склонны к утверждению своей автономности и своих сил, что, по их мнению, снижает угрозу целостности личности (Steele, 1988).

Вместе с этим аффирмация может увеличить открытость к потенциально угрожающей

информации (Klein & Harris, 2010; Sherman, Nelson, & Steele, 2000), в частности, когда аффирмация опережает защитную реакцию (Critcher, Dunning, & Armor, 2010). Аффирмация возможностей других людей может напрямую способствовать изменению, в то время как унижающие стереотипы могут препятствовать этому (Miller, 1985a, 2008).

Не вся аффирмация должна исходить от вас, так же как вы необязательно должны быть наиболее мощным источником аффирмации. Вы можете попросить клиентов описать собственные силы, прошлые успехи и удачные попытки. Доказано, что такое самоутверждение содействует открытости (Critcher et al., 2010). То, насколько люди готовы выразить аффирмацию самому себе, варьируется в зависимости от возрастных и культурных различий клиентов, а также от настроения и контекстуальных факторов. В любом случае аффирмация консультанта также может принести удивительную терапевтическую пользу (Linehan et al., 2002).

Итак, каким образом происходит аффирмация? Прежде всего, в фокусе аффирмации должен находиться ваш клиент. Аффирмация – это не то же самое, что похвала. Хвалить – это ставить барьер (Глава 5), так как похвала, по крайней мере скрыто, предполагает, что хвалящий находится в позиции превосходства, как судья, решающий, похвалить человека или заклеймить. В общем, избегайте утверждений, начинающихся со слова «Я», так они фокусируются больше на вас, чем на клиенте. Например, слова «Я горжусь вами» могут быть сказаны с благими намерениями и даже хорошо приняты, однако, очевидно, имеют родительский обертон. Как хорошая рефлексия, хорошая аффирмация обычно концентрирует внимание на слове «Вы».

Аффирмация – это комментарий по поводу чего-то хорошего в человеке. Они содержат направление внимания, узнавание и признание положительного. Аффирмация комментирует что-либо конкретное, например, намерения или действия.

> «Вы действительно хорошо потрудились!»
>
> «Ваше намерение было хорошим, даже если получилось не так, как вы этого хотели».
>
> «Посмотрите! Вы очень хорошо поработали, записывая всю эту неделю!»
>
> «Спасибо, что пришли сегодня, и в особенности за то, что пришли раньше!»
>
> «Вы обзвонили трех потенциальных работодателей сегодня. Молодец!»

Можно высказать аффирмацию, рассмотрев действия или ситуацию клиента в позитивном свете. «Наполовину полный стакан» является классическим примером комментария о прогрессе, когда клиент может испытывать разочарование по поводу своих недостатков:

> «Вы чувствуете себя действительно плохо из-за того, что не смогли придерживаться плана и вместо этого пили два дня на этой неделе. Вы считаете, что все испортили. Меня поражает, однако, как это отличается от того, с чего вы начали. Два месяца назад вы пили каждый день, по 10 или 12 раз на дню.
>
> На той неделе вы выпили один раз и два раза на следующей, затем вернулись к своему плану. Другими словами, на этой неделе прием алкоголя снизился на 96 %, и вы вернулись к своей цели не пить совсем. Как вам это?»

Другой способ аффирмации – это комментирование того, что вы считаете положительными чертами или навыками человека. Их обычно оформляют (или переформулируют) как общие качества личности, которым служат примером конкретные положительные действия:

> «Вы испытали сильное разочарование на этой неделе, но все равно вернулись сюда. Вы настойчивы!»
>
> «Слушая о том, через что вам пришлось пройти, я не уверен, что смог бы выйти из всего это так же хорошо, как и вы. Вы действительно борец!»

Утверждения могут быть не столь конкретными, но могут отражать более широкую (и неподдельную) похвалу человеку:

> «С возвращением! Рад видеть вас!»
> «Вы удивительны».

Тем, кто живет в Соединенных Штатах или Великобритании, хорошо известно о том, насколько аффирмация зависит от культурного контекста. То, что в одном контексте будет воспринято как теплое одобрение, в другом контексте может восприниматься как зашкаливающая гипербола или даже сарказм. Как и во всем МК, клиент является вашим проводником. Как этот человек реагирует на сказанное вами? Если вы видите реакцию по выражению лица, вы можете предложить рефлексию и задать вопрос. Также аффирмация не должна быть чрезмерно серьезной. Она может быть легкомысленной, даже поддразнивающей, если вы знаете человека хорошо. Навык заключается в том, чтобы уметь правильно передать человеку ваше одобрение, похвалу и положительное отношение. Как в других аспектах сути МК, в аффирмации для клинициста скрыт компонент личного опыта, здесь его задачей является найти то, что в человеке правильно, нежели отыскать недостатки. Эта внутренняя установка не менее важна, чем аффирмация сама по себе.

Резюме

Резюме – это, по сути, рефлексии, которые сводят вместе некоторые вещи, сказанные человеком. Резюме может быть аффирмативным, потому что оно подразумевает: «Я помню то, что вы сказали мне, и хочу понять, как все это сочетается между собой». Резюме также помогает клиентам остановиться и поразмыслить над той или иной ситуацией, о которой они рассказали. При этом, когда клиенты описывают свой опыт, они не только слышат себя, они слышат и то, как вы рефлексируете и размышляете над тем, что они сказали, побуждая их к продолжению.

Когда вы приступаете к резюмированию, клиенты слышат собственный материал еще раз.

Выбор из сказанного клиентом, что следует отрефлексировать и что включить в резюме, является клиническим суждением. Рефлексировать и резюмировать – это пролить свет на опыт клиента, побуждая его к дальнейшему исследованию. В Части IV мы описали конкретное использование рефлексии и резюме, чтобы форсировать изменение. Здесь достаточно сказать, что невозможно рефлексировать и резюмировать все, что клиент сказал вам. Сознательно или нет, вы решаете выделить некоторые аспекты из того, что говорят люди, и пропускаете все остальное (Truax, 1966).

Резюмирование может выполнять несколько функций. По мере накопления *собирательное резюме* все больше напоминает серию взаимосвязанных пунктов. Вы задаете открытый вопрос, например: «Вам нравится, что ваша жизнь теперь отличается от той, что была год назад?», и, скорее всего, начинаете копить пункты своего резюме. Когда вы услышали два или три пункта, соберите их вместе в собирательное резюме:

> «Итак, вы надеетесь, что через год что-нибудь изменится и у вас будет хорошая работа, которая будет приносить вам радость и позволит общаться с людьми. В последнее время улучшились ваши отношения с детьми, и вы хотели бы, что оно так и продолжалось. Вы сказали, что, возможно, хотели бы бросить курить. Что еще, по-вашему, должно измениться в вашей жизни через один год?»

Слова «что еще» – это побуждение к продолжению списка до тех пор, пока клиент не подаст сигнал о том, что он закончен.

Способ комбинировать резюме и аффирмацию – это спросить людей об их сильных

сторонах и положительных качествах, которые помогают им измениться.

> «Вы знаете, что вы упрямы. Если вы что-то решили, вы упорно будете придерживаться этого. Еще вы сказали, что вы заботитесь о своей семье. Вы хотите защитить их и определенно не хотите причинять им боль. Насколько я могу видеть, вы также дружелюбный человек. У вас легкий характер и вы можете поладить с разными людьми. Какие у вас еще сильные стороны?»

Второй, и родственный, тип – это *связывающее резюме* . Здесь вы отражаете то, что человек сказал, и привязываете это к чему-то из того, что вы помните из предыдущей беседы.

> «Вам было действительно больно, вы были злы, когда он даже не перезвонил вам, в каком-то смысле проявив неуважение. Я помню, вы рассказывали мне о другом случае, когда кто-то игнорировал вас и это по-настоящему вас задело».
>
> «Вы очень рады, что вам удалось заниматься физической нагрузкой каждый день на этой неделе, вы даже начали чувствовать какой-то подъем от бега. Интересно, похоже ли это чувство на то, которое вы испытали в тот день, когда в одиночку поднялись к горному озеру».

Третий тип – это *переходное резюме* , служащее для завершения задачи или сессии путем сведения вместе всего, что кажется важным, или объявления о переходе к чему-нибудь новому. Снова вы выбираете, что выделить. Переходное резюме часто начинается с ориентирующего утверждения, которое объявляет, что вы близки к тому, чтобы связать вещи вместе.

> «Итак, вы помните, что я сказал вам о том, что у меня есть конкретные вопросы, которые мне надо задать вам до того, как мы закончим сегодня. Но, прежде чем я это сделаю, надо посмотреть, правильно ли я понял, какую помощь вы надеетесь получить здесь. Вам нужна срочная помощь в поиске еды и безопасного жилья для вас и ваших детей. Вам также нужна правовая помощь с получением судебного запрета. Вы уже были у терапевта, но еще хотели бы сводить детей к стоматологу. Я что-нибудь пропустил?»

Чем резюме отличается от рефлексии? Особым качеством резюме является то, что оно собирает вместе несколько элементов, предложенных человеком. Слышать незамедлительную рефлексию сказанного полезно и побуждает к продолжению исследования, однако слышать, как что-то сказанное в течение определенного промежутка времени вдумчиво собирается воедино, может оказаться более действенным. Резюме позволяет людям услышать различные аспекты их собственного опыта одновременно, увидеть их в сопоставлении друг с другом в кратком изложении. Такого может и не произойти, когда думаешь только об одном аспекте в определенный момент времени. Хорошее резюме обладает качеством «целостной картины», соединением того, что могло казаться отдельными частями. Все эти части идут от клиента, однако их одновременная комбинация в резюме предполагает что-то новое.

> Не имеет смысла собирать большое количество информации, содержащей конкретные данные, если клиент не вернется.

Ни в чем это не проявляется так очевидно, как в резюмировании амбивалентности. Человек может говорить о разных причинах и преимуществах изменения, испытывая одновременно нежелание и сомнения. Думая и говоря о дилемме, амбивалентный человек часто мечется между этими двумя полюсами. Причины для изменения становятся более очевидными, когда человек проговаривает их вслух, что, в свою очередь, проясняет

преимущества статус-кво, которые также становятся очевидными, когда их проговаривают. Остановите процесс здесь, и, возможно, он не пойдет дальше. Рефлексивное резюме амбивалентности все же добавляет нечто большее.

> «Эта дружба вызывает у вас очень сильные чувства. С одной стороны, вас влечет к нему. Он интересный. Вы никогда не встречали таких, как он. У него такой опыт, которого у вас никогда и близко не было. В то же время вы чувствуете, что между вами есть связь.

Кажется, что он понимает вас сверхъестественным образом. В то же время его интересы иногда граничат с эксцентричностью, а его взгляды могут иногда пугать вас. Он кажется одиноким и нуждающимся в эмоциональной поддержке. Это делает вашу дружбу важной для него, но вы можете чувствовать себя истощенным им. Вы тянетесь к нему и бежите от него одновременно. Обе вещи верны, и это заставляет вас чувствовать себя загнанной в тупик в ваших отношениях».

Каждая нить в данном резюме могла быть проанализирована и исследована индивидуально, когда человек говорил о них, но в этом сочетании происходит кое-что еще. Нити переплетаются в ткань, в единый узор, сочетающий все цвета этих нитей. Если предложить человеку такое резюме, он сможет действительно понять, насколько он влип, увидеть всю картину, весь лес, чего нельзя было сделать, осматривая лишь отдельные деревья одно за другим. Это сбалансированное резюме амбивалентности является полезным инструментом в беспристрастном консультировании (Глава 17). Позже мы также рассмотрим, как резюме МК, используемое в процессе побуждения, может помочь людям выбраться из леса в определенном направлении (Глава 14).

Вовлечение: клинический пример

Приведем образец диалога между консультантом Общественного центра психического здоровья и Юлией [7], женщиной, пришедшей на первый прием. Во время беседы изначальными целями консультанта на данном этапе было установление отношений и понимания, какую помощь ищет Юлия. В данном консультировании нет другого направления; это пример человекоориентированного консультирования с использованием навыков OARS в процессе вовлечения. Цель изменения не рассматривается, так как ничего еще не было определено. Тот же примерный случай рассматривается в главах, следующих далее, чтобы проиллюстрировать другие процессы МК.

КОНСУЛЬТАНТ: Здравствуйте, Юлия. Спасибо за то, что пришли заранее и заполнили все бумаги, которые вам дал наш администратор. (Утвердительно.) Я просмотрел их, и у меня появились вопросы, которые я задам вам позже. Прямо сейчас я хотел бы начать с чистого листа и понять, что сегодня привело вас сюда. Что происходит и чем, как вам кажется, мы могли бы помочь вам? (Открытый вопрос.)

КЛИЕНТ: Я точно не знаю, чем вы могли бы помочь, но я чувствую, что разваливаюсь. У меня совсем нет сил. Я не знаю, что со мной происходит. Может, мне просто нужны какие-нибудь таблетки.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы чувствуете себя расстроенной и загнанной в тупик, может быть, также вы чувствуете легкое удивление. (Рефлексия.)

КЛИЕНТ: Удивлена… ну, да. Никогда не думала, что поступлю так.

---

[7] История Юлии основана на истории реального клиента, который проходил лечение у нас, но имена и личные данные были изменены в целях сохранения анонимности. Полная выписка доступна на сайте: www.guilford.com/p/miller2.

КОНСУЛЬТАНТ: Вас смущает, что вы не понимаете, почему вы делаете то, что вы делаете. (Рефлексия.) Что происходит? (Открытый вопрос.)

КЛИЕНТ: Я просто порвала со своим парнем. Я имею в виду, мы жили вместе, и я думала, что он любит меня, но он был таким отстраненным. Он не разговаривал со мной, и я подумала, что, может быть, он встречается еще с кем-нибудь. В любом случае он сказал, что я сумасшедшая.

КОНСУЛЬТАНТ: Возможно, его удивило то, что вы сделали. (Рефлексия, предположение.)

КЛИЕНТ: Я просто слетела с катушек. Я начала кричать на него, швыряться вещами.

КОНСУЛЬТАНТ: Чем вы в него швырялись? (Закрытый вопрос.)

КЛИЕНТ: Стаканы… посуда из мойки. Кофейник.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы действительно хотели сделать ему больно.

КЛИЕНТ: Не знаю. Я просто сорвалась. Я обычно не веду себя так. Мне даже стыдно говорить вам об этом.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы откровенно рассказали все! (Утвердительно.) Раньше с вами ничего подобного не происходило. (Рефлексия.)

КЛИЕНТ: Ну, на самом деле было. Поэтому я решила прийти к вам. Может быть, он прав. Может быть, я действительно сумасшедшая.

КОНСУЛЬТАНТ: Такой срыв случился с вами не в первый раз. (Рефлексия.)

КЛИЕНТ: Мужчины выводят меня из себя. Это уже третий парень, с которым я жила. Все предыдущие отношения заканчивались точно так же. Мне кажется, что я влюбляюсь не в тех парней.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы как будто наступаете на те же грабли. (Рефлексия.)

КЛИЕНТ: Да! Точно… (Останавливается, всплакивает.) Извините.

КОНСУЛЬТАНТ: Это действительно тяжелые чувства. Очень болезненно вновь это все переживать. (Рефлексия.)

КЛИЕНТ: Я не могу спать. Я не могу думать. На работе завал. На этой неделе я ждала клиента и ни с того ни с сего начала плакать. Думаю, я сорвалась.

КОНСУЛЬТАНТ: Вас пугает то, что вы не понимаете, что с вами происходит. (Рефлексия)

КЛИЕНТ: Это так тяжело! Я была так счастлива с Рэем, когда мы только начали жить вместе. Под его крутой внешностью скрывался плюшевый медвежонок, и этого человека я любила, но потом он перестал мне открываться.

КОНСУЛЬТАНТ: Это стало вас беспокоить. (Рефлексия; продолжение высказывания клиента.)

КЛИЕНТ: Да! Так глупо с его стороны было оставаться таким замкнутым, и я была одинока, несмотря на то что мы жили вместе. В любом случае, теперь он ушел. Он съехал. Все кончено.

КОНСУЛЬТАНТ: Ну да. Итак, вы сказали мне, что эти сильные чувства и то, как вы реагируете, немного пугают вас. (Преуменьшенная рефлексия; начало резюме.)

КЛИЕНТ (Прерывая): На самом деле это сильно меня пугает.

КОНСУЛЬТАНТ: Сильно вас пугает. Вы не понимаете, что происходит, и хотели бы узнать, способно ли лекарство помочь вам. Вы плохо спите и не можете сконцентрироваться на работе. Вы действительно сорвались на Рэе и потеряли контроль. Вас также мучает вопрос о том, что выглядит как повторяющийся паттерн в ваших отношениях с мужчинами. (Собирательное резюме) Что-то еще? (Открытый вопрос.)

КЛИЕНТ: Я думаю, что это почти все, что происходит. Я чувствую себя готовой сорваться в любой момент. После того как Рэй ушел, я возненавидела себя и порезала себе вены (закатывает рукав и показывает два длинных шрама, поднимающихся по руке). Я увидела разбитый стакан на полу и подняла осколок…

КОНСУЛЬТАНТ: Вам было очень больно. В тот момент вам казалось, что вы поступаете правильно. (Рефлексия)

КЛИЕНТ: Не знаю. Мне кажется, я даже не думала. Я никогда не делала так раньше. Я никогда не пыталась убить себя.

КОНСУЛЬТАНТ: Это было что-то новое. Это часть того, что испугало вас и привело сегодня сюда. (Рефлексия)

КЛИЕНТ: Верно. Вы думаете, я сумасшедшая?

КОНСУЛЬТАНТ: Вас действительно волнует это. Вы несколько раз упомянули, что не знаете, что происходит с вами, и надеетесь, что мы сможем помочь вам это понять: что происходит и что с этим делать. (Рефлексия) Я ценю, вы проявили мужество, придя сегодня сюда и рассказав об этом. (Аффирмация)

КЛИЕНТ: Спасибо. Я уже чувствую себя лучше, просто поговорив об этом.

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо! Выговориться часто помогает. Я вижу, что вас многое беспокоит (продолжение см. в Главе 9).

Данный процесс вовлечения, опирающийся в первую очередь на навыки ОАРР, уже позволил получить информацию. Было бы заманчиво в некоторых местах остановиться и задать серию вопросов, собирающих факты. Некоторые из них могут понадобиться позже во время сессии для таких процедур, как, например установление предварительного диагноза, который требуется внести в журнал. Здесь также могут быть факты, которые вам лучше узнать как можно скорее, например, имеет ли Юлия склонность к суициду.

Главной целью на начальном этапе все же является вовлечение клиента и начало рабочих отношений. Не имеет смысла собирать большое количество информации, содержащей конкретные данные, если клиент не вернется.

Вовлечение клиента – это жизненно важный процесс сам по себе. Те из нас, кто является специалистом по оказанию помощи, могут с легкостью перепрыгнуть на решение проблемы, однако это не умаляет роль слушания и понимания в самом начале консультации. Представьте исход разговора между супругами, один из которых только что вернулся с работы, обнаружив другого в измотанном состоянии дома:

Жена: Ты не поверишь, какой у меня сегодня был день! Я еле-еле выгнала детей за дверь, и они опоздали на школьный автобус, поэтому мне пришлось отвезти их на машине. На обратном пути я заметила, что кончается бензин, поэтому я остановилась, а на заправке была ужасная очередь. Наверное, у них было дешево. Я пошла в продуктовый, чтобы приготовить что-нибудь вкусное на ужин тебе и детям. Когда я добралась до дома, я вспомнила, что забыла кое-что, и мне пришлось возвращаться. Затем позвонили из школы и сказали, что Эмили заболела, и мне пришлось забрать ее. Когда мы приехали домой, она чувствовала себя отлично и доставала меня весь день. Потом все эти счета, которые надо оплатить, а у меня не было времени, чтобы заняться ими.

Муж: Давай я дам тебе совет, как правильно распределить время, чтобы ты так не перенапрягалась.

Здесь требуется не немедленное решение проблемы, а слушание и аффирмация. Чтобы помочь клиенту, необходимо прежде всего установить взаимные уважительные рабочие отношения. Для этого требуется не время, а слушание в процессе вовлечения для того, чтобы понять дилемму человека. Навыки ОАРР здесь являются ключевыми, и позже они так же докажут свою полезность.

Ключевые моменты

- ОАРР (OARS) – это акроним четырех ключевых навыков консультирования в МК: открытые вопросы, аффирмация, рефлексирование и резюме.
- Открытый вопрос побуждает человека к размышлению до того, как ответить, и предлагает большое количество вариантов ответа, в то время как закрытый вопрос ограничивает ряд возможных ответов и обычно предполагает краткий ответ.

• Аффирмация означает признание, поддержку и стимуляцию сильных сторон и усилий клиента.
• Резюме сводит вместе информацию, данную клиентом, и может быть собирательным, связывающим или переходным.

Глава 7
Исследование ценностей и целей

Похожи, во всем похожи мы на всех континентах в своей потребности в любви, еде, одежде, работе, речи, поклонении, сне, играх, танцах и веселье. От тропиков до Арктики человечество живет с этими похожими, неизбежно похожими потребностями.
Карл Сэнберг

Все люди готовы совершить невероятное, если появляется угроза их идеалам.
Майя Энджелоу

Нет человека без мотивации. Мотивация к изменению сопровождает нас всю жизнь. Временами это так же просто, как поесть или поспать. Когда основные физические потребности удовлетворены, люди стремятся к более высоким целям и ценностям. Возможно, самым известным списком этих стремлений является иерархия человеческих потребностей по Маслоу (Maslow, 1943). Самыми основными являются физические потребности в воздухе, еде, воде и сне. Затем следуют фундаментальные потребности безопасности: кров, здоровье, безопасность, другие люди, работа и собственность. Когда эти основные потребности удовлетворены, люди начинают искать любви, принадлежности (дружба, интимные отношения, семья, доверие) и уважения (уважение, достижения, уверенность в себе). На самом высоком уровне пирамиды Маслоу находится то, что он назвал самоактуализацией, преследование и реализация ключевых ценностей: стать тем, кем человек хочет стать. Зрелые предназначения (*telos* , см. Главу 2) не единообразны, а уникальны для каждого человека. Маслоу и Роджерс придавали большое значение раскрытию и актуализации этого уникального человеческого потенциала, каким бы он ни оказался.

Ключом к оценке внутреннего мировоззрения человека является понимание его основных целей и ценностей. На что он надеется и чего он желает? Как он понимает смысл и цель жизни? Что он поддерживает, для чего живет, к чему стремится? Такие высокие ценности могут быть не столь очевидны, когда базовые потребности не удовлетворены, однако их понимание играет существенную роль в узнавании другого человека.

Когда вы понимаете, что люди ценят, вы имеете на руках ключ к тому, что мотивирует их. Каковы долгосрочные цели данного человека? Как, по мнению человека, изменится его жизнь через год, через 5 или 10 лет? Временны́е горизонты, конечно, варьируются. Под давлением базовых потребностей людям трудно думать о том, что будет завтра. Наркозависимость дает эффект сокращения временной перспективы (Vuchinich & Heather, 2003). В то же время исследование потенциальных жизненных целей позволяет расширить перспективу, обращая взгляд человека к дальним горизонтам. Мы включили в книгу данную главу потому, что время, отведенное на понимание собственных ценностей и целей клиента, – это еще один способ стимулировать вовлечение, заложив крепкий фундамент для рабочего терапевтического альянса.

Понимание ценностей человека также может играть ключевую роль в МК. Широкие жизненные цели человека представляют собой важный потенциальный источник мотивации к изменению. На практике в повседневном поведении человеку свойственно терять или

поступать против долгосрочных жизненных ценностей. Несоответствия в схеме «ценность – поведение» становятся очевидными через рефлексию жизненных ценностей и осознание того, что такое несоответствие может оказать сильное воздействие на поведение (Rokeach, 1973). Понимание ценностей может быть полезным в процессе фокусирования («Что самое важное?»), побуждения («Что мотивирует человека измениться?») и планирования («Какие пути к изменению являются наиболее согласованными с ценностями данного человека?»).

В каждом таком исследовании ценностей важно сообщить человеку о том, что вы принимаете и уважаете. Это не означает, что ваши мнения будут непременно совпадать или что вы одобрите выраженные ценности. Вы только принимаете то, что это ценности, заявленные клиентом, так как вы стремитесь понять, что для него важно.

Интервью с открытыми вопросами на тему ценностей

Один способ узнать ценности и приоритеты другого – это просто спросить его об этом. Приведем несколько примеров открытых вопросов различной сложности:

> «Скажите, чем вы больше всего дорожите в жизни. Что для вас важнее всего?»
>
> «Как, по-вашему, изменится ваша жизнь через несколько лет?»
>
> «Каким правилам вы следуете в жизни? Согласно чему вы стараетесь жить?»
>
> «Представьте, что я попросил вас описать цели, которыми вы руководствуетесь в жизни, ценности, согласно которым вы живете. Назовите пять самых важных ценностей. Для начала назовите по одному слову для каждой ценности. Каковы они?»
>
> «Если бы вам нужно было написать план вашей жизни, описав цели и задачи, что бы вы написали?»
>
> «Если бы я попросил ваших самых близких друзей рассказать мне, для чего вы живете и что для вас важно, что бы, по-вашему, они ответили?»

Очевидно, что язык, используемый в открытом вопросе, должен соответствовать уровню когнитивной сложности и абстракции человека. Задача – выяснить, какие общие цели или ценности человек интернализировал как направляющие принципы жизни.

Задав подобный этим открытый вопрос, перейдите к хорошему рефлексивному слушанию. Когда люди называют прилагательное (добросовестный), существительное (консультант) или глагол (заботиться), какой смысл они в них вкладывают? Не задавайте вопросы, сделайте предположение в форме рефлексии.

КЛИЕНТ: Ну… я хочу любви.

КОНСУЛЬТАНТ: Заботиться о других людях. (Рефлексия, продолжение высказывания.)

КЛИЕНТ: Я не имею в виду просто теплые чувства. Я имею в виду быть любящим человеком.

КОНСУЛЬТАНТ: Любить так, чтобы все изменилось к лучшему.

КЛИЕНТ: Да, я хочу, чтобы все изменилось к лучшему.

КОНСУЛЬТАНТ: Для людей, которыми вы дорожите, кто близок вам. (Рефлексия.)

КЛИЕНТ: Не только для них, хотя, конечно, я пытаюсь быть любящей по отношению к членам моей семьи и друзьям.

КОНСУЛЬТАНТ: Но вы имеете в виду кого-то за пределами круга ваших друзей. (Рефлексия.)

КЛИЕНТ: Да, относиться с любовью к людям, которых я даже не знаю. К кассиру в супермаркете, детям, нищим на улице.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы хотите быть доброй и по отношению к ним, к незнакомцам. (Рефлексия)

КЛИЕНТ: Доброй – да, это подходящее слово.

Вы также можете вставлять открытые вопросы, чтобы помочь человеку тщательнее проработать, исследовать свои ценности.

> «Как вы выражаете это (ценность) в жизни?»
> «Насколько это (ценность) важно для вас?»
> «Приведите несколько примеров того, как вы могли бы стать более (ценность, качество человека)?»
> «Почему это (ценность) важно для вас? Как получилось, что это стало важным для вас?».

Добросовестно дополняйте диалог рефлексиями, а не просто задавайте вопросы.

КОНСУЛЬТАНТ: Почему для вас важно быть любящей даже по отношению к людям, которых вы не знаете? Почему это стало ценным для вас? (Открытый вопрос.)

КЛИЕНТ: Мне самой очень повезло. Я хочу сказать, что мне встречались люди, которые тянулись ко мне, любили меня и очень сильно изменяли мою жизнь в переломные моменты. Очень важно делать это. Иногда ты просто не знаешь, насколько важным было то, что ты сделал.

КОНСУЛЬТАНТ: Как будто вы хотите передать то, что другие дали вам. (Сложная рефлексия.)

КЛИЕНТ: Некоторые говорят: «Передавай это дальше», вместо того чтобы возвращать обратно. Сделай вклад, привнеси доброту в этот мир, не ожидая ничего взамен.

КОНСУЛЬТАНТ: Это действительно важно для вас, это – то, что вы хотите сделать в жизни. (Комплексная рефлексия.)

КЛИЕНТ: Да, в этом мире так много бессердечия. Все, что показывают в новостях…

КОНСУЛЬТАНТ: …бесчеловечность. (Простая рефлексия.)

КЛИЕНТ: Точно. Но в мире есть и много доброго, и я хотела бы внести свою лепту.

КОНСУЛЬТАНТ: Приведите мне несколько примеров того, когда вам это удалось. (Открытый вопрос.)

Конечный результат последовательного вовлечения: обнаружения, просьбы рассказать больше, рефлексии и исследования ценностей – многообразен. Во-первых, оно дает более глубокое, более человеческое и многогранное понимание ваших клиентов и их мотивации. Во-вторых, оно способствует развитию вовлеченности и терапевтического контакта. В-третьих, озвучивание позитивных ценностей является формой самоутверждения, как это описано в Главе 6, которое имеет лечебный эффект само по себе. Наконец, понимание ключевых ценностей человека в дальнейшем может стать предпосылкой для развития несоответствия в процессе побуждения (см. Часть IV), если такое несоответствие между статус-кво и собственными ценностями человека окажется истинным.

Структурированное исследование ценностей

Существуют более структурированные подходы к исследованию ценностей. Одним из общепринятых методов является Q-сортировка, изначально разработанная Уильямом Стефансоном (1953), коллегой Карла Роджерса по Чикагскому университету. Роджерс (1954) быстро осознал пользу метода сортировки как инструмента понимания личности и адаптировал ее к методу клиентоцентрированного подхода.

Типичная методика включает в себя набор карточек, каждая из которых описывает то или иное качество личности, как, например, «добросовестность» или «застенчивость». Карточки перемешиваются. Человеку предлагается разложить их на пять-девять стопок,

ранжируя от «совсем на меня не похоже» до «очень похоже на меня». В подходе Роджерса карточки далее вновь перемешивали, и человек вновь сортировал их на этот раз в соответствии с тем, каким бы он хотел быть, в соответствии со своим «Идеальным Я». Степень несоответствия между реальным и идеальным восприятием представляла особый интерес для Роджерса. В его теории личности психологическое здоровье представлено как близкое соответствие реального и идеального восприятия самого себя, и уменьшение данного несоответствия можно было бы считать ожидаемым положительным исходом клиентоцентрированного консультирования. Уменьшить несоответствие возможно, через изменение реального Я или идеального Я, или того и другого одновременно.

Подобные методы использовались в изучении человеческих ценностей. Следуя работе Олпорта (1961), Милтон Рокич (1973) создал концепцию ценностей как верований, которые описательно или предписательно управляют поведением. Он разработал набор из 36 ценностей, которые могут управлять поведением, включая 18 инструментальных ценностей (например, удовольствие: жизнь, полная наслаждений и приятных занятий) и 18 терминальных ценностей (например, полезный: работающий на благо других). В каждом наборе человек должен был разложить 18 ценностей в порядке приоритета от самой низкой до самой высокой. На запрос «сортировка ценностей» интернет-поисковик выдал множество таких наборов ценностей, используемых в карьерном или профессиональном консультировании, которые можно было бы разложить в порядке приоритетности.

Таблица 7.1.
Личная рефлексия: ее сердечные желания

В 2007 году меня попросили помочь с дальнейшей интеграцией мотивационного консультирования в работу службы помощи социально незащищенным беременным подросткам. Помощь оказывалась приходящими на дом медсестрами, что британский директор Кейт Биллингхэм назвала «окончание профилактики посредством интенсивной терапии». Масштаб был амбициозным. Я встретился с основателем «Партнерства семьи и медицинских сестер» (Nurse Family Partnership Project), доктором Дэвидом Олдсом, который описал потенциал МК следующим образом: «Мотивационное консультирование – это мощный ингредиент топлива, которое приводит в действие хорошую практику». То, что наша работа так легко сочетается с их работой, объясняется хорошо разработанными практическими упражнениями, направленными на исследование ценностей беременной с призывом медсестер к поиску «ее сердечных устремлений». Это легло в основу для рассмотрения больных вопросов, таких, как, например, взаимосвязь устремлений с потреблением наркотиков и алкоголя, промискуитетом, нестабильным положением в социуме, проблемами с поиском жилья, курением или насилием в отношениях (см. www.familynursepartnership.org). В течение 4 лет я работал тренером и ментором и каждый раз, когда я возвращаюсь к этому проекту, я чувствую себя искренне растроганным. Истории, которые мне доводилось слышать, воспевали силу использования вовлечения, исследования ценностей и МК, в что было истоком изменений молодых матерей, отважившихся начать все сначала.

В Таблице 7.2 приведен набор из 100 пунктов, которые могут быть использованы для исследования ценностей. В соответствии с Q-сортировкой в Таблице 7.2, мы напечатали 100 карточек, на каждой из которых указана одна из ценностей[8]. По поводу такого априорно заданного набора ценностей возникают естественные вопросы о том, насколько он понятен (Braithwaite & Law, 1985) и о культурном соответствии ценностей (Lee, 1991), так как, возможно, для отдельных групп населения или для определенной области применения может потребоваться адаптация карточек.

[8] См. www.guilford.com/p/miller2.

Несмотря на то что процесс сортировки карточек по стопкам интересен сам по себе, клиническая ценность данного упражнения лежит в последующем обсуждении, задачей которого является понимание того, что эти ценности значат для человека. Беседа может быть проведена в форме открытых вопросов и рефлексивного слушания.

Таблица 7.2.
Сортировка ценностей
Уильям Р. Миллер, Жанет К. де Бака, Даниэль Б. Мэтьюс и Пола Л. Уилборн

Эти ценности обычно печатаются на отдельных карточках, которые люди могут рассортировать на три-пять стопок. У нас есть пять заглавных карточек, на которых написано: «самые важные», «очень важные», «важные», «немного важные» и «не важные». Целесообразно добавить несколько пустых карточек, чтобы люди могли вписать свои ценности самостоятельно. Эти карточки доступны и могут быть скопированы, адаптированы и использоваться без дальнейшего разрешения. Доступная для скачивания версия в размере визитных карточек доступна на сайте: www.guilford.com/p/miller2.

Образец инструкции для сортировки карточек:
«Каждая из этих карточек содержит слова, описывающие ценности, важные для некоторых людей. Рассортируйте их на пять стопок в зависимости от того, насколько они важны лично для Вас. Некоторые из них могут не иметь для Вас никакой важности. Положите такие карточки в стопку «Не важные». Во вторую стопку положите карточки с названиями тех ценностей, которые для Вас важны лишь немного. Важные ценности поместите в третью стопку, очень важные – в четвертую стопку. И, наконец, те ценности, которые являются для Вас самыми важными, поместите в пятую стопку. Когда Вы это сделаете, подумайте, существуют ли ценности, которые важны для Вас, но их нет на карточках? Вы можете использовать свободную карточку, чтобы добавить эти ценности. Есть ли у Вас вопросы?»

Не имеет значения, в каком порядке карточки лежат в стопке. Не забудьте лишь перемешать карточки перед тем, как приступить (за исключением пустых кар точек). Можно раскладывать карточки на меньшее количество стопок, чем пять, например, на три стопки: «не важные», «важные» и «самые важные».
Следующий шаг – это попросить человека выбрать 5 или 10 самых важных для него ценностей и разложить их в порядке от 1 (самая важная) до 5 или 10. Все эти ценности могут уже лежать в стопке «самые важные» или, при необходимости, быть добавлены из стопки «очень важные». Как вариант, можно пропустить первый шаг (сортировку) и просто попросить человека выбрать 10 ценностей, которые он сочтет самыми важными. Их можно выбрать из списка, приведенного ниже, однако карточки с указанными на них ценностями позволяют людям визуально передвигать их во время сортировки и раскладывать в определенном порядке.

1. ПРИНЯТИЕ – чтобы меня принимали таким, какой я есть
2. ТОЧНОСТЬ – иметь верное мнение и убеждения
3. ДОСТИЖЕНИЕ – иметь важные успехи
4. ПРИКЛЮЧЕНИЕ – получать новый, захватывающий опыт
5. ИСКУССТВО – наслаждаться искусством или выражать себя в нем
6. ПРИВЛЕКАТЕЛЬНОСТЬ – быть физически привлекательным
7. РУКОВОДСТВО – руководить другими людьми
8. АВТОНОМИЯ – действовать по своему усмотрению и быть независимым
9. КРАСОТА – ценить красоту вокруг себя
10. СОПРИЧАСТНОСТЬ – испытывать чувство сопричастности, быть частью

чего-либо
11. ЗАБОТА – заботиться о других
12. ВЫЗОВ – брать на себя решение сложных задач
13. КОМФОРТ – вести приятную и удобную жизнь
14. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ – брать на себя длительные значимые обязательства
15. СОПЕРЕЖИВАНИЕ – чувствовать беспокойство за других, действовать с заботой о других
16. СЛОЖНОСТЬ – видеть жизненные тонкости и нюансы
17. КОМПРОМИСС – быть готовым принимать и отдавать, чтобы достичь согласия с другими
18. ВКЛАД – внести в мир такой вклад, чтобы он остался надолго
19. СОТРУДНИЧЕСТВО – работать совместно с другими
20. СМЕЛОСТЬ – быть храбрым и сильным перед лицом судьбы
21. ВЕЖЛИВОСТЬ – быть внимательным и вежливым по отношению к другим
22. ТВОРЧЕСТВО – создавать что-то новое
23. ЛЮБОПЫТСТВО – искать, испытывать и познавать новое
24. НАДЕЖНОСТЬ – быть надежным и достойным доверия
25. ПРИЛЕЖАНИЕ – быть основательным и добросовестным в любом деле
26. ОБЯЗАТЕЛЬСТВА – выполнять свои обязательства и обязанности
27. ЭКОЛОГИЯ – жить в гармонии с окружающим миром
28. ВОЗБУЖДЕНИЕ – вести жизнь, полную волнующих и захватывающих событий
29. ВЕРНОСТЬ – быть верным и честным в отношениях
30. СЛАВА – быть известным и признанным
31. СЕМЬЯ – иметь счастливую и любящую семью
32. ФИТНЕС – быть физически развитым и сильным
33. ГИБКОСТЬ – легко приспосабливаться к новым обстоятельствам
34. ПРОЩЕНИЕ – уметь прощать других
35. СВОБОДА – быть свободным от чрезмерных ограничений и препятствий
36. ДРУЖБА – иметь близких, поддерживающих тебя друзей
37. ВЕСЕЛЬЕ – играть и веселиться
38. ЩЕДРОСТЬ – давать то, что у меня есть, другим
39. ПОДЛИННОСТЬ – поступать в соответствии с тем, кто я есть
40. БОЖЬЯ ВОЛЯ – обращаться к Богу и подчиняться Его воле
41. ПРИЗНАТЕЛЬНОСТЬ – испытывать благодарность и уметь ценить
42. РОСТ – постоянно меняться и расти
43. ЗДОРОВЬЕ – чувствовать себя физически хорошо и быть здоровым
44. ЧЕСТНОСТЬ – быть честным и правдивым
45. НАДЕЖДА – поддерживать позитивный и оптимистичный взгляд на жизнь
46. СКРОМНОСТЬ – быть скромным и непритязательным
47. ЮМОР – видеть смешные стороны самого себя и мира
48. ВООБРАЖЕНИЕ – мечтать и видеть возможности
49. НЕЗАВИСИМОСТЬ – быть независимым от других
50. ТРУДОЛЮБИЕ – много и хорошо работать над своими жизненными задачами
51. ПОКОЙ – хранить покой в душе
52. ЦЕЛОСТНОСТЬ – проживать каждый день в соответствии со своими ценностями
53. УМ – иметь острый и деятельный ум
54. БЛИЗОСТЬ – делиться сокровенным опытом с другими
55. СПРАВЕДЛИВОСТЬ – иметь справедливое и равное отношение ко всем
56. ЗНАНИЯ – узнавать и передавать ценные знания
57. ЛИДЕРСТВО – воодушевлять и направлять других
58. ДОСУГ – позволить себе расслабиться и насладиться любимым занятием
59. БЫТЬ ЛЮБИМЫМ – быть любимым близкими
60. БЫТЬ ЛЮБЯЩИМ – дарить любовь другим
61. МАСТЕРСТВО – быть компетентным в своей повседневной деятельности
62. САМООСОЗНАННОСТЬ – жить, осознавая и обращая внимание на настоящий

момент
63. УМЕРЕННОСТЬ – избегать излишеств и находить золотую середину
64. МОНОГАМИЯ – иметь близкие любовные отношения с одним человеком
65. МУЗЫКА – наслаждаться музыкой и выражать себя в ней
66. НЕПОДЧИНЕНИЕ – подвергать сомнению авторитет и нормы
67. НОВИЗНА – вести жизнь, полную изменений и разнообразия
68. ЗАБОТА – вдохновлять и поддерживать младших, слабых
69. ОТКРЫТОСТЬ – быть открытым новому опыту, идеям и возможностям
70. ПОРЯДОК – вести упорядоченную и хорошо организованную жизнь
71. СТРАСТЬ – испытывать глубокие чувства по отношению к каким-либо идеям, деятельности или людям
72. ПАТРИОТИЗМ – любить, служить и защищать свою страну
73. ПОПУЛЯРНОСТЬ – нравиться многим людям
74. ВЛАСТЬ – иметь контроль над другими людьми
75. ПРАКТИЧНОСТЬ – концентрировать внимание на практичных, благоразумных и здравых вещах
76. ЗАЩИТА – защищать и беречь тех, кого я люблю
77. ОБЕСПЕЧЕНИЕ – обеспечивать и заботиться о своей семье
78. ЦЕЛЬ – видеть смысл и направление своей жизни
79. РАЦИОНАЛЬНОСТЬ – руководствоваться разумом, логикой и доказательствами
80. РЕАЛИЗМ – видеть мир реалистично, действовать практично
81. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ – принимать и воплощать в жизнь ответственные решения
82. РИСК – идти на риск и надеяться на удачу
83. РОМАНТИКА – иметь интенсивные, вдохновляющие любовные отношения
84. БЕЗОПАСНОСТЬ – быть в целости и сохранности
85. САМОПРИНЯТИЕ – принимать себя таким, какой есть
86. САМОКОНТРОЛЬ – контролировать собственные действия
87. САМОУВАЖЕНИЕ – хорошо относиться к самому себе
88. САМОПОЗНАНИЕ – иметь глубокое и честное понимание самого себя
89. СЛУЖЕНИЕ – помогать и быть полезным
90. СЕКСУАЛЬНАЯ ЖИЗНЬ – вести активную и удовлетворяющую сексуальную жизнь
91. ПРОСТОТА – жить простой жизнью, иметь скромные потребности
92. УЕДИНЕНИЕ – иметь место и время побыть отдельно от других
93. ДУХОВНОСТЬ – расти и развиваться духовно
94. СТАБИЛЬНОСТЬ – вести размеренную жизнь
95. ТОЛЕРАНТНОСТЬ – принимать и уважать тех, кто отличается от меня
96. ТРАДИЦИЯ – следовать почитаемым канонам прошлого
97. ДОБРОДЕТЕЛЬ – вести морально чистую и возвышенную жизнь
98. БЛАГОСОСТОЯНИЕ – иметь много денег
99. МИР ВО ВСЕМ МИРЕ – работать на благо всего мира

КОНСУЛЬТАНТ: Я вижу, что сверху вы положили карточку с ценностью «Защита». Насколько это важно для вас? (Открытый вопрос.)

КЛИЕНТ: Защищать свою семью, обеспечивать их – это моя работа.

КОНСУЛЬТАНТ: То есть это сочетание защиты и обеспечения. (Простая рефлексия)

КЛИЕНТ: Я думаю, каждый мужчина должен это делать.

КОНСУЛЬТАНТ: Это одна из самых важных вещей в вашей жизни. Каким образом, например, вы защищаете свою семью? (Рефлексия и открытый вопрос.)

КЛИЕНТ: Ну, я приношу домой зарплату и ставлю на стол еду.

КОНСУЛЬТАНТ: Это вызывает у вас удовлетворение. (Комплексная рефлексия.)

КЛИЕНТ: Да, я не всегда был таким надежным, если вы понимаете, что я имею в виду. Я держу жизнь в своих руках и хочу, чтобы моя семья могла рассчитывать на меня.

КОНСУЛЬТАНТ: Таким образом, вы обеспечиваете свою семью тем, что приносите

домой зарплату. Как еще вы защищаете свою семью? (Рефлексия и открытый вопрос.)

КЛИЕНТ: Я уверен, что дома они чувствуют себя в безопасности. Противопожарная сигнализация, прочные двери и тому подобное.

КОНСУЛЬТАНТ: То есть они могут чувствовать себя в безопасности, даже если вас нет дома. (Комплексная рефлексия.)

КЛИЕНТ: Правильно. Я не всегда могу быть рядом, но я хочу, чтобы они чувствовали себя в безопасности, чтобы они знали, что я рядом с ними.

КОНСУЛЬТАНТ: У вас действительно сильное чувство семьи. Почему это так важно для вас? (Сложная рефлексия и открытый вопрос.)

КЛИЕНТ: Ну, я себя не чувствовал защищенным, когда рос. Я чувствовал себя очень одиноким. Я был единственным мальчиком и иногда должен был защищать свою маму.

КОНСУЛЬТАНТ: Теперь, когда вы стали мужчиной, вы хотите, чтобы ваши собственные дети знали, что вы их защищаете, и чтобы вы держались вместе, как крепкая семья. (Сложная рефлексия.)

КЛИЕНТ: Когда у тебя крепкая семья, у тебя есть все.

Сложные рефлексии в данной беседе являются также и примером продолжения высказывания в отличие от простого повторения или перефразирования сказанного человеком (см. Главу 5).

Таблица 7.3.
Как я стал некурящим

Когда дети позвонили, отец сел в машину и поехал к городской библиотеке, чтобы забрать их. К тому времени, как он приехал, разразилась гроза и пошел сильный дождь. Стоя у бордюра рядом с включенным двигателем, он захотел закурить и стал искать сигареты. Он пощупал карманы, проверил под сиденьем и в бардачке. Сигарет не было. Он завел машину и отъехал от бордюра. Он посмотрел в зеркало заднего вида и увидел детей, выходящих из библиотеки под самый ливень. Однако он увеличил скорость и поехал к магазину за углом, будучи уверенным, что сможет припарковаться, забежать в магазин, купить сигареты и вернуться до того, как дети окончательно промокнут. Глядя на работающие дворники, он подумал: «Что я за отец, если готов бросить детей мокнуть под дождем, пока сам буду искать наркотик?!»

Он никогда больше не курил.

По Премаку (Premack, 1972)

Исследование 5 или 10 наиважнейших ценностей таким методом – это лучший способ понять, что имеет значение и мотивирует людей, узнать те нормы, которыми люди руководствуются в своих действиях. Одно такое исследование может заставить людей задуматься о несоответствии между тем, что для них ценно, и тем, как они проживают свою жизнь. Несоответствие «осознанные ценности – поведение» может само по себе подтолкнуть к изменению поведения. Когда поведение вступает в противоречие с внутренними ценностями, то, как правило, происходит изменение поведения (Rokeach, 1973 г.). Прочтите историю из жизни, приведенную в Таблице 7.3. Как вы можете объяснить произошедшее?

Целостность

Социальный психолог Леон Фестингер (Festinger, 1957) утверждал, что люди обладают мощным стимулом к сохранению последовательности (или, по крайней мере, к тому, чтобы выглядеть последовательным) и готовы менять свои взгляды и поведение, чтобы уменьшить видимое разногласие (когнитивный диссонанс. – *Прим. ред.*). Действительно, стратегии продаж и маркетинга зачастую используют желание человека быть последовательным

(Cialdini, 2007). Противоречие между ценностями и поведением свойственно любому человеку, что отражено в таких словах, как «совесть» (система ценностей) и «вина» (реакция на поступок против совести). В послании первого века нашей эры апостол скорбит о неверности основным ценностям: «Доброго, которого хочу, не делаю, а злое, которого не хочу, делаю»[9]. Оба утверждения верны: люди хотят оставаться верными своим основным ценностям, но, вместе с тем, часто поступают вопреки им. В этом заключается наиболее распространенный источник внутреннего конфликта.

Быть целостной личностью – это поступать в соответствии со своими основными ценностями. Целостность является целью и желанием, к которому человек бесконечно стремится, это целенаправленный процесс продвижения к реализации исповедуемых ценностей в своей жизни. «Способность посмотреть на себя с тем, что Маурер[10] определил, как радикальная честность по отношению к себе, по-настоящему увидеть себя таким, какой ты есть, со всеми своими слабостями, уязвимостью, нереализованным потенциалом, является сущностью целостности» (Lander & Nelson, 2005, p. 52).

Как развить в себе целостность? Ответ был найден в исследовании социального развития саморегуляции (Diaz & Fruhauf, 1991; Diaz, Neal, & Amaya-Williams, 1990). Дети сперва учатся проявлять внимание и взаимодействовать с окружающими их людьми и открывают, что то, что они делают, влияет на других. По мере развития речи они начинают понимать указания других: «Иди сюда», «Горячо! Не трогай!» Первый шаг в развитии самоконтроля – это научиться следовать таким указаниям, чтобы поведение в присутствии близкого взрослого соответствовало требованиям, выраженным в словах. Постепенно эти внешние правила интернализируются, и ребенок вербализирует их сначала открыто, потом закрыто (во внутренней речи. – *Прим. ред.*). Маленький ребенок может, например, подойти к горячей плите и сказать: «Горячо, не трогай», отходя от нее. Когда это происходит, ребенок становится способным следовать указаниям даже в отсутствии взрослого. Но пока это все еще в значительной степени внешнее регулирование, следование интернализированным указаниям других. Скачок в развитии саморегулирования происходит, как правило, в течение первых шести лет жизни, вместе с появлением способности самостоятельного планирования и целенаправленного поведения для претворения планов в жизнь.

На способность к саморегулированию, все больше проявляющуюся с годами, могут положительно или негативно повлиять биологические и психологические факторы развития (Brown, 1998), Эта способность закрепляется на практике (Baumeister, 2005; Baumeister, Heatherton, & Tice, 1994), и опосредуется эгоцентрической речью (Diaz & Berk, 1992; Diaz, Winsler, Atencio, & Harbors, 1992).

Эгоцентрическая речь (разговор с самим с собой) включает то, что мы описали в Главе 12 как изменяющие и сохраняющие высказывания, собственные аргументы за и против приверженности плану или ценности. Относительный баланс этих вербализованных за и против является маркером уровня амбивалентности человека и его готовности (или неготовности) к изменению (Carey, Maisto, Carey, & Purnine, 2001) и предсказывает последствия лечения (Amrhein et al., 2003; Moyers et al., 2007). Баланс за и против четко реагирует на терапевтические приемы МК (Glynn & Moyers, 2010; Moyers & Martin, 2006; Moyers, Miller, et al., 2005; Vader et al., 2010). Использование МК может содействовать развитию целостности, то есть МК может помочь людям определить их основные ценности и подумать, как жить в согласии с ними. Это является недирективным консультированием в

---

[9] (Послание к Римлянам 7:19)

[10] Ссылка на известного специалиста по теории обучения О. Хобарта Маурера, президента Американской психологической ассоциации, который в поздние годы жизни описал подход, названный им «терапия честности» (integrity therapy) (Mowrer, 1966; Mowrer, Vattano, & Others, 1974; Mowrer & Vattano, 1976).

том плане, что цели с самого начала полностью принадлежат человеку. Консультант сначала выявляет и уточняет цели, которые человек выбирает как ведущие ценности. Затем, используя клиентоцентрированные навыки OAPP, консультант исследует то, как эти ценности выражены в жизни человека, и какие изменения могли бы привести к большему соответствию этим ведущим ценностям. Также необходимо рассмотреть препятствия и все то, что может отвлекать от следования ценностям.

> Быть целостной личностью – это поступать в соответствии со своими основными ценностями.

Магнетизм целостности также работает в рамках МК. Как только люди начинают говорить, они узнают, во что они верят. Разговор, побуждающий к изменению, создает импульс для поддержания целостности через действия, согласующиеся со словесными утверждениями и обязательствами. Функциональная зависимость здесь несовершенна: люди не всегда делают то, что они говорят, но акт говорения – это шаг на пути к действию.

Исследование несоответствия

Каков наилучший способ реагирования, когда мы замечаем несоответствие между заявленными целями или ценностями человека и его действиями? Выпрямительный рефлекс (о котором мы говорили в Главе 1) мог бы указать на него, возможно, даже натолкнуть человека на него:

- Разве вы не видите, что то, что вы делаете, причиняет боль вашей семье?
- Как вы можете говорить, что вы честный человек, если вы обманываете?
- Если вы продолжите так себя вести, вы разрушите свое здоровье!

Такой непосредственный вызов, однако, как правило, побуждает скорее к самозащите, а не к изменению. Наш опыт показал, что когда людям предлагают задуматься над своими ценностями и действиями в обстановке, где они чувствуют себя в безопасности, вдали от осуждения, они обычно осознают несоответствие своих целей и поступков. Такая конфронтация с самим собой может, конечно, вызывать неудобство, и задача консультанта заключается в том, чтобы помочь человеку сохранить внимание и продолжить размышления об этом несоответствии, не уходя в самозащиту. Инструменты OAPP, описанные в предыдущих главах, являются превосходными орудиями для выполнения этого.

Иллюстрацией возможных последствий столкновения с самим собой является классическая серия исследований Рокича (Rokeach, 1973), проведенных на волне движения за гражданские права в США, на примере первокурсников из трех разных колледжей. Учащиеся, принявшие участие в исследовании образовательного «метода активного участия», определили и расположили в порядке приоритетности свои ценности, выбрав их из 18 пунктов, указанных в списке. Это было сделано в условиях групповой работы, где каждый участник имел единоличный доступ к своим ответам.

Затем Рокич рассказал участникам экспериментальной группы результаты своего предыдущего исследования, заключающиеся в том, что в среднем большинство учащихся высоко оценивали «свободу» и ставили ее на первое место, а «равенство» оказывалось менее важным, на шестом месте. При этом Рокич заметил, что «учащиеся, как правило, были больше заинтересованы в собственной свободе, чем свободе других людей» (Rokeach, 1973, стр. 237). Он предложил каждому из участников самостоятельно подумать о том, в каком порядке расположены его собственные ценности относительно ценностей учащихся того же университета в целом. Далее он сообщил, что результаты ранжирования ценностей в предыдущей группе учащихся предсказали их отношение к гражданским правам: те учащиеся, кто приветствовал и принимал участие в мероприятиях по защите гражданских

прав, определили «свободе» и «равенству» одинаковое место, в то время как учащиеся, которые критиковали гражданские права, выше оценили свободу лично для себя, нежели свободу других людей. После некоторых дополнительных тестов он распустил экспериментальную группу, сказав: «Я попросил каждого из вас подумать о себе, о том, что для вас является ценным. Результатом данного задания может быть изменение в вашем понимании окружающего мира. Но все зависит от вас самих… учитель не может указывать учащимся, что думать и во что верить» (Rokeach, 1973, стр. 239). Учащиеся из контрольной группы, набранной методом рандомизации, выполнили то же задание, однако не получили никакой дополнительной информации, никто не пытался обратить их внимание на возможные несоответствия ценностей.

Несмотря на отсутствие различий в отношениях экспериментальной и контрольной групп до начала исследования, участники данных групп в дальнейшем демонстрировали различные результаты в некоторых тестах. Во время повторного ранжирования ценностей, проведенного через 3 недели, число участников экспериментальной группы, отдавших большой приоритет «равенству», существенно возросло. То же самое произошло через 3 месяца и 15 месяцев после начала исследования. В контрольной группе этого эффекта не наблюдалось. Наибольшее удивление вызвали изменения в поведении. Через 3 и 5 месяцев всем участникам было отправлено письмо с приглашением вступить в организацию по гражданским правам (Национальная ассоциация содействия прогрессу цветного населения (NAACP), напечатанное на бланке NAACP и подписанное президентом организации. Связь с проведенным исследованием в письмах не упоминалась.

> Подход МК уважает автономию человека, доверяя его природной мудрости и желанию развиваться в позитивном направлении.

Три отдельных исследования показали, что учащиеся из экспериментальной группы более чем в два раза чаще запрашивали дополнительную информацию и вступали в организацию. В одном из исследований, как студенты выбирали основную специализацию (major subject) через 21 месяц после эксперимента. Учащиеся из экспериментальной группы в два раза чаще (28 %) по сравнению с участниками контрольной группы (14 %) выбирали в качестве основной специализации этнические отношения. В другом колледже студенты из экспериментальной группы чаще меняли свою специализацию с естественных наук на социальные науки или педагогику (55 %), чем участники контрольной группы (15 %).

Как такое незначительное вмешательство смогло дать такой резонансный эффект даже спустя годы? Этим людям просто предложили задуматься над тем, насколько для них важны два пункта в задании по ранжированию ценностей. Любая произошедшая конфронтация была столкновением с самим собой, индивидуального взаимодействия с экспериментатором не происходило. Учащиеся не объясняли и не связывали свое долгосрочное поведенческое изменение с исследованием первокурсников, но экспериментальное вмешательство является единственным возможным объяснением групповых различий. Разумеется, одно лишь непродолжительное вмешательство не могло привести к долгосрочному изменению поведения (Bien, Miller, & Tonigan, 1993; Daeppen, Bertholet, & Gaume, 2010; Erickson, Gerstle, & Feldstein, 2005; Miller, 2000), но оно послужило хорошим примером потенциального воздействия размышлений о своих ценностях.

Так что такое конфронтация? Этимологически confront означает «стоять лицом к лицу». В МК конфронтация – это не столкновение с кем-то, а противостояние с самим собой. В рамках поддерживающего и аффирмативного контекста, без угрозы или оценки, людям предложили встретиться лицом к лицу с самим собой, задуматься над собственным поведением, взглядами и ценностями. Им предложили заглянуть в зеркало, чтобы то, что они там увидят, изменило их. Нет необходимости «маячить перед глазами», чтобы это произошло. В самом деле, такие тяжеловесные стратегии могут вызвать обратный эффект и усиление самозащиты вместо изменения (White & Miller, 2007). Подход МК уважает

автономию человека, доверяя его природной мудрости и желанию развиваться в позитивном направлении.

Ключевые моменты

• Ключом к оценке внутреннего мировоззрения является понимание основных целей и ценностей.
• Самоактуализация предполагает движение к естественному, идеальному, зрелому состоянию человека, или telos.
• Интервью на тему ценностей исследует основные цели человека: почему они важны и в чем они выражаются.
• Жить честно – это поступать согласно своим основным ценностям и воплощать их в жизнь.
• Несоответствие между актуальным поведением и основными ценностями может стать действенным источником мотивации к изменению, если его исследуют в безопасной и поддерживающей атмосфере.
• Саморегуляция – это способность сформулировать собственный план и реализовать поведение, направленное на его осуществление.
• Конфронтация означает стоять лицом к лицу, а самоконфронтация – это, как правило, нечто более действенное, чем столкновение с кем-нибудь.

Часть III
Фокусирование. Стратегическое направление

Чтобы стать хорошим гидом, нужно знать, куда ты идешь. После того как была проведена, по крайней мере, самая основная работа по вовлечению, следующий шаг МК призван прояснить цели, к которым вы будете двигаться вместе. Фокусирование является необходимым условием для осуществления следующих двух процессов МК: побуждения (Часть IV) и планирования (Часть V).

В Части III рассматривается процесс фокусирования в МК и использование ключевых навыков, описанных в Частях I и II, для определения направления. МК – это деятельность, направленная на цель, в ходе которой вы помогаете клиенту разобраться, почему, как и когда он должен что-то изменить, или нужно ли ему вообще меняться. Без фокуса МК не сможет сдвинуться с мертвой точки. Иногда фокус понятен сразу, но если он становится размытым, существуют конструктивные пути поиска направления вашей беседы об изменении.

Глава 8
Зачем нужен фокус?

Если ты не знаешь, куда идешь, любой путь приведет тебя туда.
Льюис Кэрролл

Я бы не дал и гроша за простоту по эту сторону сложности, но я отдал бы жизнь за простоту по другую сторону сложности.
Оливер Уэнделл Холмс

Вовлечение предоставляет хорошую основу для второго процесса МК: фокусирования. Это два процесса, одновременно связанных и противоположных. Можно вовлечь кого-либо в глубокий, приятный, но ни к чему не ведущий разговор. Ниже приведен пример вступительного разговора:

КОНСУЛЬТАНТ: Чем, как вам кажется, я могу вам помочь?

КЛИЕНТ: Ну, на работе я хорошо справляюсь со своими обязанностями, но люди начали замечать, что я слишком нервничаю из-за чистоты, даже если я стараюсь этого не показывать. Я слишком часто хожу в туалет, особенно до и после обеда.

КОНСУЛЬТАНТ: Иногда это для вас непросто.

КЛИЕНТ: На самом деле очень сложно. Иногда чтобы снять напряжение, я звоню на работу и говорю, что заболел. Теперь они замечают и это. Я могу потерять свою работу, если не буду осторожным. На следующей неделе у меня по этому поводу будет разговор с начальником.

КОНСУЛЬТАНТ: Во время работы в голову лезет разное.

КЛИЕНТ: Я не общительный человек, не тусовщик, и мне кажется, что они смотрят на меня все время, и думают, что я ненормальный.

КОНСУЛЬТАНТ: На работе вы чувствуете себя не в своей тарелке.

КЛИЕНТ: Дома родители говорят мне, что «я должен стоять на своих собственных ногах», как они выражаются. Они хотят, чтобы я чаще ходил куда-нибудь и нашел свое жилье. Теперь они еще расстраиваются из-за того, что я отпрашиваюсь с работы. Сейчас отец со мной не разговаривает.

КОНСУЛЬТАНТ: Вам сейчас нелегко и дома, и на работе.

КЛИЕНТ: Еще, я плохо сплю. Моя девушка говорит, что ее достала вся эта драма, но я не могу потерять эти отношения после того кошмарного развода.

На чем здесь можно и нужно сосредоточиться? Этот человек мог обратиться в службу психологической помощи, в поликлинику, в службу занятости, к учителю или в офис коуча. Он может быть одним из тех, кто отбывает условное наказание за какое-нибудь преступление, он мог обратиться к социальному работнику по вопросу опекунства над его детьми от предыдущего брака. Его довольно легко вовлечь в разговор, но чего он хочет? На чем можно сосредоточиться? Страдает ли он обсессивно-компульсивным расстройством? Хочет ли он получить официально оформленный отпуск с работы? В какой части жизни он мог бы добиться наиболее значительного прогресса? Хождение по кругу и неуверенность в выборе продуктивного направления беседы является распространенным явлением в консультировании. Как бы ни было заманчиво обвинить в этом клиента, фокусирование остается частью задачи помогающего специалиста. Ощущение потрясения от требований, предъявляемых жизнью, тоже является распространенным явлением. Фокусирование – это процесс, во время которого разъясняются цели и направление МК, служащий основой для дальнейшего побуждения и планирования, чтобы помочь снять этот груз.

Фокусирование в мотивационном консультировании

Большинство форм лечения включают в себя некоторые способы определения ожидаемого исхода. Несмотря на возможную неопределенность целей в начале консультирования, в нем обычно присутствует процесс оценки или формулировки, в рамках которых происходит идентификация таких целей. Независимо от роли оценки (см. Главу 11), фокус в МК формируется через целенаправленную беседу, в основе которой лежит изменение.

Фокусирование в МК в действительности представляет собой непрерывный процесс поиска и поддержания направления. В любых помогающих отношениях, по крайней мере, одной из сторон полезно иметь четкое понимание направления. В идеале чувство направления должно быть общим, как если бы турист и гид договорились, куда они пойдут. Задачей фокусирования в МК является определение направления консультирования и установление конкретных достижимых целей. Фокусирование естественным образом перекликается с процессом побуждения (Часть IV) и планирования (Часть V) с целью

исследования конкретных способов продвижения в этом направлении.

Иногда процесс определения направления и целей кажется простым. Мужчина звонит по телефону «горячей линии» помощи страдающим зависимостью от азартных игр и просит помощи.

Женщина обращается в службу планирования семьи с просьбой помочь ей в выборе контрацептивного средства. Даже в кажущейся простой ситуации направление и цели, однако, могут быстро стать сложными. В дальнейшем исследовании кто-то может натолкнуться на амбивалентность, множество проблем, противоречие целей и более высокие приоритеты. Консультант или служба помощи может исходить из разных целей клиентов (эту ситуацию мы рассмотрим более подробно в Главе 10). Процесс фокусирования предполагает плавание по этим, зачастую коварным, водам в стремлении найти и сохранить четкое направление. При этом во время пути часто приходится выравнивать курс. Поэтому фокусирование – это, как правило, непрерывный, а не разовый процесс. Процесс согласования вашей программы изменения с программой изменения клиента не всегда удачно проходит в первые минуты беседы, и достигнутое соответствие не остается статичным. Случается, что вы устанавливаете определенное направление движения, но позже фокус может сместиться, соответствие искажается, и вам приходится вновь производить отладку.

> Фокусирование в МК представляет собой непрерывный процесс поиска и поддержания направления.

Программа действий

Мы приступим к рассмотрению фокусирования МК с понятия «программа» (agenda), под которой мы имеем в виду намного больше, чем список целей изменения. Программа клиента может включать в себя надежды, страхи, ожидания и заботы. Представьте родителей, которым суд назначил принудительное лечение в связи с инцидентом домашнего насилия. Целью суда, предположительно, является предотвращение рецидива домашнего насилия. Однако родитель в данной ситуации может приступить к лечению с программой, включающей в себя:

- замешательство и необходимость сохранения самоуважения;
- злость из-за вмешательства в личную жизнь;
- ожидание, что ему будут читать нотации, выговаривать или стыдить;
- страх насилия в будущем;
- более общие проблемы в родительских отношениях;
- мысли о том, следует ли сохранять отношения;
- нежелание обсуждать потребление алкоголя или наркотиков дома;
- беспокойство о правовых последствиях и потере свободы;
- желание защитить детей от неприятных последствий;
- страх, что детей заберут из семьи;

Все это, и даже больше, беспокоит клиента, когда он приходит на консультирование, и это лишь одна часть всей картины. Другой родитель, дети, врач, надзиратель за условно осужденными могут иметь свою программу. Без ясного чувства направления легко можно оказаться непродуктивно дрейфующим среди этих программ. Обнаружение и поддержание данного направления является задачей клинициста.

Вопрос о том, как понять программу и работать с ней обсуждался во многих областях, включая медицину, социальную работу, консультирование и организационное развитие. В МК это происходит посредством процесса фокусирования, чтобы, применив определенные задачи и навыки, направленно использовать программу для содействия изменению.

Без такого фокуса даже продолжительные обсуждения изменения могут оказаться

непродуктивными.

Очевидно, что различающиеся программы могут приводить к конфликту. Стремления клиента не всегда совпадают со стремлениями клинициста или организации. Мы обсудим этическое ориентирование целей в Главе 10.

Три источника фокуса

Если существуют различающиеся программы, существуют и различные возможные источники фокуса и направления. Здесь мы рассмотрим три потенциальных источника: клиент, обстановка и клиницист.

Клиент

Самым распространенным источником направления является сам клиент. Люди переступают через порог, неся свои проблемы и тревоги.

> «Я хотела бы привести себя в форму, чтобы оставаться здоровой по мере старения».
>
> «Мне нужно бросить курить».
>
> «Помогите мне вернуть опеку над ребенком».
>
> «Я чувствую себя очень подавленной».
>
> «У меня высокий сахар крови, хочу подобрать себе диету».
>
> «Наш сын борется с математикой, и мы думаем, ему мог бы помочь репетитор».
>
> «Хочу вернуть свои права и чтобы надзиратель отцепился от меня».

Если консультант чувствует себя комфортно и уверен, что обладает достаточной квалификацией, чтобы оказать требуемую помощь, то можно говорить о естественной согласованности между гидом и туристом. Это не означает, что путешествие будет непременно легким, верно лишь то, что изначально стороны будут согласны двигаться в одном направлении.

Обстановка

Сама обстановка может помочь сосредоточиться на направлении помощи. Организация имеет средства для рассмотрения конкретных вопросов и оказания определенных услуг. Например:

- клиника по лечению табакокурения;
- горячая линия по предотвращению суицидов;
- обязательная программа, разработанная для людей, осужденных за вождение в нетрезвом виде.
- Программа «Управление гневом», предназначенная для лиц, совершивших домашнее насилие.
- Государственная служба занятости.

Люди, заходящие в дверь подобной организации, не спрашивают, какой будет тема беседы. Возможно, им не терпится получить те услуги, за которыми они пришли. Но часто бывает и так, что люди приходят за определенными услугами по чьему-либо указанию:

> «Моя жена говорит, что мне нужно бросить курить».
>
> «Судья сказал мне, что либо я иду сюда, либо сажусь в тюрьму».
>
> «Мне нужно пройти эту программу, чтобы вернуть детей».
>
> «Я на самом деле не думаю, что вы сможете помочь мне, но мой священник сказал, что мне нужно обратиться к вам».

В определенном смысле первоначальным «клиентом» в данной ситуации может быть тот, который отправил человека на прием и который также имеет свою собственную программу. Дело здесь в том, что фокус услуг может быть заранее предопределен или ограничен контекстом.

Клиническая экспертиза

Третьим потенциальным источником фокуса является клиницист. Довольно часто люди обращаются за услугами, имея в голове лишь одну цель, но в ходе консультирования клиницист, работающий с ними, замечает, что необходимо изменение другого рода. Клиент пришел к клиницисту без этой мысли в голове (по крайней мере, эта мысль не значится среди его насущных проблем). Поэтому клиницист стоит перед вопросом, как ему поднять тему и как исследовать готовность клиента поддержать дополнительную цель или направление. Может быть, что это новое потенциальное изменение поможет в достижении заявленной клиентом цели. Возможно, по мнению консультирующего, это изменение просто необходимо. Например:

• Мать приводит ребенка к педиатру, чтобы вылечить астму и еще инфекцию верхних дыхательных путей. Врач хочет поговорить о курении родителей как о факторе, влияющем на заболевание.

• Безработный обратился за помощью в поиске работы. Консультирующий замечает, что внешний вид и гигиена клиента являются существенным препятствием для найма на работу.

• Женщина множество раз возвращалась к употреблению кокаина, несмотря на ее строгое желание бросить. Консультирующий считает, что ей поможет отказ от алкоголя, так как нетрезвое состояние в ее случае предрасполагает к употреблению кокаина.

• Медсестра, контролирующая прием антиретровирусных препаратов пациентом, страдающим СПИДОМ, хочет обсудить вопрос питания и информирования сексуальных партнеров о ВИЧ-статусе.

Клиенты могут воспринимать или не воспринимать взаимосвязь их актуальной проблемы и предметом фокуса, который предпочел консультант. Они могут признавать взаимосвязь, но отказываться фокусироваться на предмете, надеясь, что смогут достичь своей цели без дополнительного изменения. Консультирующий надеется помочь клиенту признать взаимосвязь между предложенным фокусом и их собственными целями, повышая их мотивацию к изменению.

Три стиля фокусирования

Как определить фокус или направления, имея программы клиента, контекста и клинициста? В Главе 1 мы представили континуум стилей, на одном полюсе которого находится директивный стиль, на другом помещен сопровождающий стиль, а между ними находится ориентирующий стиль. Тот же континуум может описать различные подходы к фокусированию.

Директивный стиль

В директивном подходе консультирующий определяет фокус, коренящийся в программе самого консультирующего или организации. Подтекст гласит по меньшей мере следующее: «Я здесь главный, и я решаю, что мы будем обсуждать и делать». Или же вы можете более мягко порекомендовать, как приступить к работе и проверить реакцию клиента. Если рекомендация не была воспринята, вы пробуете следующую. Вы чувствуете ответственность за определение направления и решения, и в зависимости от серьезности дилеммы клиента ваша ответственность воспринимается вами как бремя. Конечно, существуют обстоятельства, в которых директивный стиль больше всего подходит для

определения фокуса, но в качестве подхода по умолчанию, стимулирующего изменение клиента, у него есть серьезные ограничения (Роллник и др., 2008).

Сопровождающий стиль

Как противоположная крайность, акцент делается на приоритетах клиента, какими бы они ни были: «О чем бы вы хотели поговорить сегодня?» В сопровождающем стиле фокусирования вы пытаетесь понять программу клиента и делаете все возможное, чтобы управление, импульс и содержание беседы следовали соответствующим образом. Если клиент поднимает уместный вопрос, вы исследуете его. Сопровождающий стиль может усилить вовлечение, являющееся само по себе терапевтическим процессом.

Иногда продолжительные профессиональные отношения являются большей частью поддерживающими (с использованием навыков вовлечения), в которых клиницист не предлагает конкретного направления для изменения, по крайней мере, в определенный момент времени. В подлинно недирективной клиентоцентрированной форме консультирования фокус полностью является результатом того, что преподнес клиент, и консультант следует за клиентом, куда бы он ни вел. Фокусирование, если таковое случается, предполагает движение в сторону более четких целей изменения по сравнению с вопросами, затронутыми клиентом.

Это особенно распространено в обучении, где консультирование специально предназначено для помощи учащимся в достижении учебных и карьерных целей, определенных ими самими.

Такое открытое исследование может произойти со временем в рамках продолжительных профессиональных отношений. Врач-терапевт, разобравшись с текущим медицинским вопросом, говорит: «Если хотите, у нас еще есть пара минут, чтобы обсудить другие беспокоящие вас проблемы. Есть ли у вас какие-нибудь другие вопросы, связанные со здоровьем, которые мы могли бы обсудить?» В случае работы с больным шизофренией консультант мог бы начать свой прием с вопроса: «Как у вас дела? Что вас беспокоит?». Нет никакого определенного вопроса, с которого можно было бы начать. Новое направление всегда выясняется в ходе открытого обсуждения.

Ориентирующий стиль

Посередине между директивным и сопровождающим стилем находится ориентирующий стиль. Ориентирование способствует совместному поиску направления, соединению опыта, в котором оговаривается фокус лечения. При этом учитывается важность программы клиента и ограничения, свойственные контексту. Опыт клинициста может стать источником целей. Процесс фокусирования МК обычно начинается с этой середины между директивным и сопровождающим стилем, где фокус, импульс и содержание прорабатываются совместно. Если, начиная консультирование, вы твердо стоите на обеих ногах в этой ориентирующей середине, вы сможете двигаться в любую сторону, когда бы вам это ни понадобилось.

Посередине между директивным и сопровождающим стилем находится ориентирующий стиль.

Три сценария фокусирования

Сценарий 1. «Я знаю, куда мы идем; фокус ясен».

Иногда фокус ясен с самого начала. Это может произойти, если вы работаете в сфере с узко определенным фокусом. Например, инструктор, встретившийся с пациентом, которому недавно был поставлен диагноз диабета, сосредоточит свое внимание на обучении пациента контролю гликемического индекса. Это не означает, что конкретный путь достижения цели предопределен заранее. Могут существовать несколько вариантов, а план изменения возникает во время побуждения и планирования.

На практике, когда фокус консультации ясен, вы двигаетесь прямо к процессу

побуждения и планирования. Фокус – это свет на горизонте, в сторону которого вы двигаетесь. Мотивация клиента может колебаться, и время от времени в ваших рабочих отношениях может возникать разногласие, но вы знаете, куда вы хотите пойти, и продолжаете движение в этом направлении в последовательном стиле МК.

Значение побуждения в данной ситуации зависит от изначального уровня мотивации к изменению клиента. Когда клиент обращается с ясно поставленной целью, заранее решив следовать ей и попросив вас о помощи в ее достижении, потребность в побуждении будет небольшой. Цель побуждения: развитие мотивации и готовности совершить изменение – очевидно, уже была достигнута, и самой подходящей стратегией будет переход непосредственно к планированию. Если при этом вы наталкиваетесь на нежелание клиента, вы всегда можете вернуться к побуждению или даже пересмотреть фокус.

Сценарий 2. «Существует несколько вариантов, среди которых нам нужно сделать выбор».

В данном сценарии существует ограниченное количество вариантов возможного фокуса. Темой вашего разговора может быть А, В или С. В практике данный сценарий встречается повсеместно. Диапазон возможных вариантов может быть обусловлен контекстом или профессиональным стажем клинициста. Однако чаще всего список возможных целей определяется в ходе первой консультации. Клиент может с готовностью описать ряд возможностей, и у вас скорее всего тоже найдется одна или две. В процессе может возникнуть некоторое количество различных опасений, поэтому начать можно, сосредоточившись на любом из них.

На практике стоит затратить свое время, чтобы тщательно продумать фокус, с которого начнется работа. Составление программы (agenda mapping), описанное в следующей главе, может оказаться особенно полезной, когда люди сообщают, что проблем несколько. Что же войдет в список? На чем нужно сфокусироваться в первую очередь? Есть ли проблемы, которые нужно будет рассмотреть в первую очередь? Видна ли вам причинно-следственная связь между проблемами, которая могла бы указать на то, куда обратить свое внимание в первую очередь? Сможет ли решение одной проблемы привести к общему улучшению в других сферах? Здесь фокус представляет собой процесс перечисления и ранжирования вариантов, а также принятие решения, с чего начать.

Сценарий 3. «Фокус неясен, нам нужно исследовать».

Данный сценарий находится в противоположном конце спектра фокусирования. Фокус вам совсем неясен. Чего больше всего хочет данный клиент и в чем он больше всего нуждается? Клиенты сами могут быть не вполне уверены и обращаются к вам, чтобы вы помогли разобраться в том, какова дилемма и ее возможные решения. Существующие проблемы клиента могут быть довольно расплывчатыми, не ведущими к определенному направлению или целям изменения. «Вся моя жизнь – это сплошной беспорядок; все перевернулось с ног на голову!» И все же вы верите, что с вашей поддержкой клиент сможет найти то, что лучше всего соответствует его интересам. В лице клиента вы всегда найдете партнера, ко-терапевта.

Фактически процесс ориентирования, который будет рассмотрен в следующей главе, будет актуален и здесь. Речь идет не о сопровождении клиента всюду, куда бы он ни направлялся. Вы ищете свет на горизонте, правильное направление движения. Ориентирование – это в основном процесс использования ключевых навыков для движения от общего к частному и достижения совместно согласованных целей.

Третий сценарий также может включать клиническую формулировку, поиск паттернов и взаимосвязей между проблемами клиента, которые могли бы натолкнуть на фокус изменения. Случай с Юлией, начавшийся в Главе 6 и продолжающийся в следующей главе, дает пример данного более сложного процесса ориентирования и формулировки. Необходимо прийти к определенной гипотезе и определить начальный фокус, приемлемый

для обеих сторон, как способ начать работу над вопросами, вызывающими беспокойство клиента.

Беседа, а не обработка запроса

Фокусирование в мотивационном консультировании – это не покупка соли и не посещение врача по поводу воспаления пальца ноги, где выбор ограничен, цель ясна и имеет место следование некоторому алгоритму. Беседы об изменении далеки от этого. Здесь важны взаимоотношения, ожидания варьируются и колеблются, делаются выборы в пользу больших и малых потоков разговора, в которые можно погрузиться.

В данной главе было рассмотрено обоснование фокусирования в МК и даны некоторые ассоциативные карты, чтобы помочь процессу. Глава 9 обращает внимание на то, как вы можете найти тот горизонт, к которому следует двигаться. Каждый раз, когда вы спрашиваете себя, куда идти дальше, каким путем, или замечаете, что клиент «отключился», возможно, наступило время вернуться к процессу фокусирования. И тогда пути изменения появятся перед вами, размытый фокус станет четким и осмысленным.

Ключевые моменты

- Процесс фокусирования включает в себя поиск одной или нескольких конкретных целей или ожидаемых исходов, указывающих на направление консультирования.
- Фокус может быть определен самим клиентом, контекстом или клиницистом.
- Общие стили консультирования: директивный, ориентирующий и сопровождающий также описывают три подхода к фокусированию.
- Иногда существует единственный четкий фокус, иногда существует несколько возможных тем, иногда фокус неясен и его необходимо исследовать.

Глава 9
В поисках горизонта

Мы всегда держимся за надежду, веру, убеждение, что существует лучшая жизнь, лучший мир за горизонтом.
Франклин Делано Рузвельт

Ты никогда не будешь слишком стар для новой цели или новой мечты.
К. С. Льюис

МК по определению является беседой об изменении, а фокусирование предполагает установление направления пути. В данной главе предлагается обсуждение трех распространенных сценариев, описанных нами в Главе 8:

1. Фокус ясен.
2. Надо сделать выбор одного из нескольких вариантов.
3. Фокус неясен.

Здесь мы рассмотрим, как можно осуществить фокусирование в рамках каждого из этих трех сценариев. Но прежде нам нужно отступить назад и рассмотреть некоторые важные аспекты сути МК, общей установки, лежащей в основе процесса фокусирования (и всех процессов) в хорошей практике МК.

Вопросы, которые могут возникнуть у консультанта в связи с фокусированием

Как примириться с неопределенностью

Сопротивление выпрямительному рефлексу (Глава 1) означает, что вы воздерживаетесь от решения проблем клиентов и активно поддерживаете их усилия сделать это самостоятельно. Такая позиция требует определенной толерантности к неопределенности, ясного ума и отсутствия спешки.

Уровень толерантности к неоднозначности широко варьируется среди клиницистов. Некоторые готовы ждать, пока не возникнет ясность, их вполне устраивает, что процесс движется медленно, и они продолжают бродить кругами, задавая вопросы без определенной направленности. Другие чувствуют нетерпение, они хотят сразу двигаться дальше, особенно в процессе фокусирования, тогда, когда еще даже не ясна тема разговора. В последнем случае велик соблазн прийти к завершению одного контакта и двигаться дальше. Однако здесь присутствует риск преждевременного завершения: продолжая двигаться с определенным фокусом, вы можете вызвать разногласие и потерю вовлеченности клиента, если он не будет двигаться параллельно вам.

Неспешный настрой не означает, что процесс фокусирования займет много времени. В действительности может оказаться наоборот, что чувство спешки спровоцирует преждевременный фокус, что подорвет прогресс. Именно это имел в виду Робертс (Roberts, 2001), выдвигая принцип «медленно значит быстро»: если вы действуйте так, как будто у вас осталось всего несколько минут, дело может занять весь день; действуете так, как будто у вас весь день впереди, и дело займет у вас всего несколько минут. Разница заключается в неосознанном ощущении спешки консультанта. Способность примириться с неопределенностью является одним из признаков умелого фокусирования в МК.

Совместный контроль

Неопределенность, в свою очередь, может питать беспокойство из-за потери контроля над процессом консультирования, что способно сказаться на качестве работы. Правильным в данном случае будет разделить контроль с клиентом, веря, что, несмотря на некоторую неопределенность, ясность должна появиться и непременно появится. Вы держите поводья в ходе консультирования, одновременно давая клиентам некоторую свободу в исследовании и влиянии на выбор направления. Один коллега-врач отозвался о практике применения МК, сделав замечание, охватывающее вопрос движения через неопределенность и обеспокоенности по поводу потери контроля: «Длинное резюме – это замечательно. Я даю своим пациентам спокойно рассказать о своих целях, затем делаю резюме, на основании которого определяю направление дальнейшего движения». МК похоже на танец, в котором партнеры двигаются вместе, но один из них слегка направляет. Если при попытках следовать в одном направлении, вы почувствуете разногласие или дисбаланс, попробуйте пойти другим, более гладким путем.

В поисках сильных сторон и открытости к изменению

Настолько многое в ежедневной практике связано с оценкой, риском, проблемами управления и выполнения задач, что легко можно пропустить возможность произвести изменения. МК предлагает постоянно прислушиваться, чтобы не пропустить те моменты, когда открываются пути к изменению. Малейший проблеск возможного изменения в разговоре, если поддать немного воздуха, начнет светиться, превращаясь в топливо для изменения.

Было бы полезным отступить на несколько шагов назад от проблемного фокуса, чтобы понять положительные стороны, ценности и ожидания, связанные с изменением, с интересом отмечая сильные стороны человека и путь, который его ждет впереди.

Три сценария фокусирования

Обратимся теперь к трем сценариям, упомянутым ранее, трем картинам, которые могут попасть в фокус в процессе определения направления вашей беседы. Первый сценарий, как правило, оказывается самым распространенным в зависимости от обстановки, в которой проводится консультирование.

Сценарий 1. Четкое направление

Некоторые клиенты обращаются за помощью, имея ясное представление о начальной цели обращения и своих проблемах. Если направление изменения уже ясно для вас обоих, то нет необходимости уделять много времени фокусированию. Имеет смысл удостовериться, что вы находитесь на одной стадии и идете в одном направлении, спросить разрешения и подтвердить автономию, задав вопрос: «Итак, мы обсудим именно этот вопрос или же есть еще что-то, о чем вам хотелось бы поговорить?» При надлежащем уровне вовлечения клиенты, как правило, идут рядом с вами или предлагают иное направление. Тогда вы можете переходить к побуждению или непосредственно к планированию, если, на ваш взгляд, клиент полностью готов к изменению.

Первый сценарий может развиваться в другом типе ситуаций, когда объем услуг имеет четкий фокус. Физиотерапевт, в рабочие задачи которого входит помощь пациентам в восстановлении функциональности и баланса, скорее всего, будет плотно придерживаться определенного фокуса. Люди могут обратиться к специалисту по поводу широкого ряда проблем, однако в определенном контексте фокус беседы будет ясным. Это означает, что консультант, по крайней мере, будет иметь четкое представление о том, в каком направлении следует двигаться, хотя степень совпадения фокуса и объема проблем, высказанных клиентом, может варьироваться. В данном контексте ваше направление беседы, в общем, ясно, а непосредственная задача специалиста будет заключаться в побуждении с целью выяснить, разделяет ли клиент фокус беседы, определенный вами. Если вам удастся установить рабочие отношения, с которыми вы будете двигаться в данном направлении, вы сможете приступить к побуждению и планированию. Если же вам не удастся установить рабочие отношения, то у вас не будет основания продолжить работу. Гид, знающий об океанах и рыбной ловле, не подойдет тем, кто желает исследовать растительный мир материка.

Третья ситуация, в которой может возникнуть четкий фокус работы, это когда соответствующее направление изменения определяется в ходе консультации. И вновь клиент может разделять или не разделять ваше чувство фокуса. Если существует конкретное направление, в котором вы бы хотели развивать беседу об изменении, вам необходимо выполнить два шага: разрешение и побуждение. Первое заключается в том, что, поднимая определенную тему, вы должны спросить разрешения у клиента на ее обсуждение. Практикующие специалисты иногда спрашивают нас: «Как я подниму тему X, не огорчая клиента?» Например, клиницист может посчитать, что в интересах клиентки было бы учесть не только ее привычный рацион, но и рацион детей, однако такой вопрос может поставить под сомнение материнские качества клиентки. Очень сложно здесь обратить фокус на тему, которую вы считаете важной, но которая не является, очевидно, таковой для клиента, и он ее не приветствует. Позже в данной главе мы вернемся к рассмотрению конкретно этой задачи.

После того как вы сделали предположение относительно возможного фокуса и получили предварительное согласие на его исследование, вашей задачей будет побуждение и слушание с целью определения собственной мотивации клиента, чтобы двигаться в данном направлении (процесс мы обсудили в Части IV). Отклонение в сторону выпрямительного рефлекса на данном этапе в форме лекции о том, почему и как клиент должен измениться, вряд ли приведет к успешному результату. Когда клиент и так испытывает неуверенность в фокусе, надежда заключается в том, чтобы привлечь клиента к участию и отыскать мотивацию к изменению. Обычно приходится работать с некоторой амбивалентностью;

у клиента уже есть внутренние ценности или другие мотивы для продвижения вперед. Исследование этих автономных мотивов к изменению и есть процесс побуждения (Глава 13). Если ничего подобного обнаружить не удается, процесс может стать процессом развития несоответствия (Глава 18).

Сценарий 2. Выбор направления: составление программы

Второй распространенный сценарий фокусирования возникает, когда существует приемлемо четкий набор возможных тем для обсуждения. Поле возможностей ограничено (в отличие от сценария 3), но нет и четкого первичного фокуса (сценарий 1). Вы можете натолкнуться на этот сценарий не только в начале консультирования, но и в дальнейшем, когда возникнет приемлемо четкий набор возможных проблем, на которых вы могли бы сфокусироваться. Например:

> Клиент, страдающий психическим заболеванием и галлюцинациями, расстраивается из-за того, что не может найти работу, недоволен побочными действиями лекарств и признается, что стал чаще употреблять коноплю.

Или:

> Она недавно перенесла инсульт. Вы обеспокоены тем, что она живет одна и использует ходунки. Она хочет вновь водить машину, хотя и боится повторного инсульта.

Слишком часто, когда существует несколько вариантов, фокусирование происходит довольно быстро, без долгой сознательной рефлексии или взаимного согласия, обычно с учетом только мнения специалиста. Такая спешка может сказаться на вовлеченности, а одностороннее определение фокуса не способствует легкому изменению. С другой стороны, привлечение клиента к выбору направления способно облегчить интеграцию МК в вашу ежедневную практику.

Препятствия к плавному и умелому фокусированию могут быть существенными. Клиент может почувствовать себя погруженным с головой в море проблем и побояться изменений.

С вашей стороны вы зачастую не испытываете недостатка в помехах, которые стоят на пути ко вдумчивой и спокойной работе, включая дефицит времени или множество задач, которые конкурируют за ваше внимание. Если вы оба чувствуете себя перегруженными, вы можете попасть в одну из нескольких ловушек: одностороннее или преждевременное фокусирование, движение по неправильному пути или просто хождение по кругу взаимного отчаяния.

Составление программы – это инструмент, который поможет вам быстрее определить фокус и избежать ненужного замешательства по поводу направления при работе с более активным клиентом. Мы предпочитаем термин «составление программы» (agenda mapping)[11] ранее существовавшему термину «принятие программы» ((Stott, Rollnick, Rees, & Pill, 1995), потому что процесс больше напоминает рассматривание карты перед тем, как отправиться в путешествие, зная, что карту можно будет посмотреть еще раз в любой момент, чтобы сверить направление пути.

> Составление программы – это метаразговор.

В сущности, составление программы – это метаразговор. Это короткий период времени, когда вы и ваш клиент отступаете от беседы, чтобы оценить путь, лежащий

---

[11] Спасибо Нине Гобат за предложенный ею термин и помощь в его продумывании.

впереди, и темы, о которых вы будете разговаривать. Фактически это форма «разговора о разговоре». Составление программы может включать в себя идентификацию одного шага, на котором можно сделать фокус в рамках непрерывного процесса изменения. Если программа составлена хорошо, она может принести облегчение клиенту, который чувствует себя пойманным в ловушку проблем, дав ему шанс на время отложить некоторые вещи и сфокусироваться на другом.

Можно подать сигнал о том, какой фокус вы бы предпочли, не перекрывая процесса принятия решения. Ваше желание просто становится еще одной частью информации, которую необходимо учитывать при совместном выборе направления.

> «Здесь мы могли бы выбрать несколько направлений. Мне интересно, что имеет значение для вас. Вы упомянули вашу диету и возможное увеличение физической нагрузки. Я хотел бы еще немного обсудить курение, но, может быть, у вас есть вопросы, которые беспокоят вас больше. О каких мерах по улучшению вашего здоровья хотелось бы поговорить вам?»

Данный подход – это как смотреть на карту и видеть места, куда вы могли бы отправиться, как если бы два человека, путешествующие на яхте, решили остановиться на какое-то время, чтобы согласовать новое направление, прежде чем снова поднять парус. Попробуйте этот метод, если вы хотите установить или откорректировать свой фокус. Данный способ может особенно пригодиться, когда клиент испытывает ряд взаимосвязанных опасений. Это любопытное исследование вариантов, ведущее к согласованному решению относительно будущего пути, по крайней мере на некоторое время.

Составление программы следует очевидной последовательности, начинаясь со списка вариантов и продвижения к согласованному фокусу, и включает определенное количество элементов. Эти элементы не являются застывшими шагами, так как ежедневная практика предполагает гибкость. Иногда фокус устанавливается быстро, в течение краткого обзорного разговора. В другой раз это может занять больше времени.

Важность элементов зависит от того, составляете ли вы программу в начале консультации или же возвращаетесь к ней в ходе внесения поправок. В любом случае, ключевые навыки, описанные в главах 5 и 6, играют роль связующего элемента, соединяющего различные задачи. Характер составления программы также варьируется в зависимости от контекста: например, одну тему вы можете обсудить в течение нескольких оставшихся минут на примере у врача, а другую в течение нескольких месяцев плановой психотерапии.

Структурирование

Во-первых, хорошая идея – выяснить то, что ты делаешь. Фактически вы на некоторое время отступаете от беседы, чтобы поговорить о ее направлении, и обычно это начинается с структурирующего утверждения. При переходе к составлению программы вы можете попросить разрешения у клиента, используя вступительные фразы, как, например: «*Не возражаете ли вы, если* мы сейчас сделаем обзор нескольких тем, которые мы могли бы обсуждать в дальнейшем?» или «*Можем ли мы* сейчас уделить несколько минут критическому рассмотрению того, о чем мы будем беседовать в ходе дальнейшей работы?» Использование сослагательного наклонения («не возражаете ли», «можем ли») передает гипотетический характер программы. Вы не объявляете темы, которые *будут* обсуждаться, а просто идентифицируете то, о чем *можно было бы* поговорить на данном этапе.

Поддержание гипотетического характера разговора может представлять трудности даже в течение короткого периода составления программы. Вам может показаться заманчивым начать изучение темы или проблемы, предложенной клиентом, здесь и сейчас. В ходе составления программы задачей является не глубокое обсуждение одной темы, а обзор различных возможных направлений беседы. Если жизнь клиента напоминает дремучий лес, то при составления программы вы должны воспарить подобно орлу и взглянуть вниз с

высоты полета. Позже, возможно, окажется полезным опуститься на землю и исследовать лес с точки зрения мыши, но не сейчас. Приведем пример того, как выглядят структурирующие утверждения, выделяющие этап составления программы:

> «Здесь я хотел бы сделать небольшое отступление, буквально на несколько минут, и понять, что является наиболее важным, на чем нам надо будет сосредоточиться. Я начал составлять в уме небольшой список проблемных моментов, о которых вы мне рассказали, и я хочу сверить этот список с вами. После этого мы обсудим, с чего в этом списке, по вашему мнению, мы могли бы начать работу. У меня тоже могут возникнуть идеи по этому поводу. Устраивает ли это вас?»

Рассмотрение вариантов

За подготовительным структурированным утверждением следует составление списка вариантов, с которого начинается составление программы. Каковы же те проблемные моменты, на которые *можно было бы* обратить совместное внимание? Может быть, вам надо просто попросить клиента составить список вопросов для обсуждения, что можно сделать уже в начале консультации. Если вам уже удалось поговорить с клиентом и извлечь пользу из беседы, вы можете составить список собственных тем, основываясь на услышанном.

Как бы там ни было, вы приступаете к составлению списка возможных тем. Мы обнаружили, что следующие рекомендации могут оказаться полезными:

1. Дать клиенту возможность задуматься и выразить свои предпочтения и опасения. Вы не должны чувствовать себя обязанным немедленно начать говорить после семи секунд молчания. Дайте время, и вы увидите, что может из этого выйти.
2. Там, где это уместно, проявите поддержку и аффирмацию. Прокомментируйте видимые сильные стороны и устремления клиента. Сделайте акцент на его личном выборе и автономии в выборах, касающихся личной жизни, здоровья и принятия решений.
3. Позвольте клиенту высказать новые мысли, которые еще совсем не обсуждались.
4. Используйте языковые средства, выражающие гипотетичность, например, «мы могли бы», «есть возможность» и т. д. Скользите над горизонтом и изучайте его; приземляйтесь там, где находится следующая часть программы. Рефлективное слушание, возможно, является наиболее полезным и эффективным путем к пониманию точки зрения клиента и определению нужного фокуса.
5. Включите в рассмотрение и ваше собственное мнение. Ваши предположения тоже имеют значение. Клиенты ценят возможность услышать вашу точку зрения на то, что важно рассмотреть. В рамках МК это делается в сдержанной манере, признавая и уважительно относясь к автономии клиента (см. Главу 11).

> «Мне пришла в голову идея обсудить ваш режим сна, так как недостаток сна способен повлиять на другие проблемы, высказанные вами. Мы могли бы заняться этим сейчас или как-нибудь в другой раз».

Крупный план

Имея большую карту и рассмотрев исследуемую площадь с высоты птичьего полета, мы переходим к следующему шагу составления программы, т. е. к движению от гипотетического к предварительному. Достижение совместного конкретного понимания того, где будет находиться фокус беседы, по крайней мере на некоторое время, и какие темы будут рассматриваться, является очень деликатной и продуктивной частью задачи. Если вы знакомы с цифровыми картами, то это немного напоминает нажатие кнопки увеличения (+), чтобы приблизить и подробнее рассмотреть определенный участок карты. Позже, по мере изменения условий, вы можете уменьшить масштаб, чтобы рассмотреть данный участок в

общем контексте, и обнаружить другой фокус.

Как мы говорили в Главе 8, на выбор фокуса могут повлиять различные соображения. Клиент может иметь четкие и сильные приоритеты, определяющие, откуда начать. Некоторые темы могут потребовать более срочного внимания. Рабочий контекст может ограничивать возможные сферы фокуса. Вы также можете иметь мнение о том, что нужно рассмотреть в первую очередь, возможно потому, что вы видите возможные причинно-следственные связи между проблемами клиента.

> Нет никакого смысла отправляться в четко определенное место назначения, если клиент с вами не последует.

Выбор фокуса на карте должен обсуждаться. При этом вы не должны забывать о вовлеченности клиента. Нет никакого смысла отправляться в четко определенное место назначения, если клиент с вами не последует.

Увеличение масштаба изображения включает обмен информацией между вами и клиентом относительно его и вашего ощущения приоритетности и согласование направления беседы. Вы стремитесь к совместному ощущению направления, что является важным компонентом рабочего альянса (Bordin, 1979). Это направление может быть простым, например, обсудить одну или более тем, или включать четкие цели, которые надо будет достичь.

Ключевой навык резюмирования помогает довести до ума составленную программу, перед тем как вы сделаете шаг обратно в общий поток консультирования. Хорошее резюме должно включать следующие элементы:

1. Большая карта: список тем и целей, которые вы рассмотрели совместно. Вы можете включить сюда темы, которые вы рассмотрели или, возможно, рассмотрите, а также те темы, которые вы не будете рассматривать совместно.
2. Карта фокуса: отправной пункт беседы. Это может быть одна тема или подборка высокоприоритетных тем для рассмотрения.
3. Напоминание, что вы можете вновь вернуться к составлению программы, как только это понадобится позже в ходе консультирования. Это позволяет обозначить ориентир, который вы сможете использовать позже, чтобы вновь сделать перерыв и обратиться к пересмотру программы.
4. Вопросы, исследующие реакции клиента. Приемлемо ли это? Есть ли дополнительные вопросы, которые необходимо будет рассмотреть в ближайшее время? Согласен ли клиент приступить к делу?

На некоторых примерах, приведенных в дальнейшем, вы сможете ознакомиться с краткими вариантами составления программы, которые могут быть использованы в ходе консультации по разным поводам, например, когда вы хотите изменить тему или чувствуете, что стоите на месте. Отвлечение на метаразговор – их единственный общий элемент.

Использование наглядных пособий

Одна из самых ранних форм составления программы на консультациях по изменению поведения включала использование наглядного пособия, играющего роль подсказки для практикующего специалиста и клиента (Stott et al., 1995). Оно представляло собой страницу, на которой были нарисованы кружки, содержащие различные темы, и пустые кружки, которые могли заполняться самим клиентом (см. Таблицу 9.1). Такие страницы могли применяться для различных целей. Например, инструктор по работе с больными, страдающими диабетом, мог заполнить кружочки, иллюстрируя контроль глюкозы в крови: диета, физические упражнения, пероральные лекарственные средства, инсулин, снижение стресса, мониторинг и т. д. При другом подходе берется чистый лист бумаги, на котором

записываются темы, возникающие в ходе разговора.

Таблица 9.1.
Пример страницы с кружками для составления программы

Эти темы можно вписать в нарисованные от руки кружки, а некоторые кружки оставить незаполненными, создавая таким образом индивидуализированную схему с программой.

Составление программы можно использовать не только на отдельном приеме. Вы можете вести визуальную запись с помощью страницы с кружками, служащей напоминанием о прогрессе, текущем и будущем направлении беседы. На следующей консультации в записи могут быть внесены изменения, но предыдущие записи останутся тоже.

Составление программы на практике

Суть составления программы и умелого фокусирования заключается в вовлечении автономного клиента в совместное направление. Приведем некоторые обстоятельства, при которых составление программы может оказаться полезным.

Выбор одной темы для изменения среди множества других

Программа может не понадобиться, если ваш фокус направлен на единственную и согласованную тему. Люди, работающие в области лечения зависимостей, часто отмечают: «Очевидно, что если на двери написано «Программа лечения алкогольной и наркотической зависимости», то не возникает вопроса, о чем мы будем говорить с тем, кто к нам приходит». Однако даже здесь, где фокус оказываемых услуг очевиден, может возникнуть множество различных направлений беседы. Если клиент злоупотребляет алкоголем, курит табак и употребляет наркотики, на что будет сделан первичный фокус?

Кроме того, расстройства, связанные с химической зависимостью, как правило, переплетаются с другими проблемами, некоторые из которых могут вызывать сильные

опасения клиента и представлять собой значительные препятствия на пути к выздоровлению (Miller, Forcehimes, & Zweben, 2011).

В подобных ситуациях составление программы может помочь в определении отправного пункта, той области, которую клиент больше всего готов или, по крайней мере, желает изменить. Как правило, попытки изменить все и сразу непродуктивны. Несмотря на то, что множество важных потенциальных тем могут быть включены в список обсуждения, программа приводит вас к первому шагу, способствуя фокусированию:

КОНСУЛЬТАНТ: Вас направили сюда, чтобы обсудить ваше употребление алкоголя, но похоже, у вас много проблем, которые для вас более важны. Вы говорили о своем желании помириться с женой и вернуться домой. У вашего сына тоже много проблем, которые внесли свою лепту в вашу ссору с женой. Я уже говорил, что существует несколько стандартных вопросов, которые мне будет нужно задать вам перед тем, как мы закончим сегодня. С чего, по вашему мнению, нам следует начать?

КЛИЕНТ: Я должен решить, могу ли я потратить деньги на адвоката для своего сына. У него большие неприятности.

КОНСУЛЬТАНТ: Возможно, это самое важное, что мы должны обсудить сегодня.

КЛИЕНТ: Нет, наверное, нет. То есть, я хочу сказать, я думаю об этом, потому что если я не дам ему денег, он станет ругать меня, как только я его увижу.

КОНСУЛЬТАНТ: Безусловно, вы об этом думаете прямо сейчас, и существуют еще более важные вещи, которые мы можем обсудить. Не возражаете, если мы поговорим о вашем пристрастии к алкоголю, если уж вас направили сюда именно по этому поводу?

КЛИЕНТ: Ну да, но все не так плохо, как они это описывают. Просто иногда у меня возникают проблемы.

КОНСУЛЬТАНТ: Итак, вот еще одна тема, на которой мы могли бы сосредоточиться сегодня.

КЛИЕНТ: Да.

КОНСУЛЬТАНТ: Что еще?

КЛИЕНТ: Меня могут выгнать из квартиры, а мне больше негде жить.

КОНСУЛЬТАНТ: Насколько это срочно?

КЛИЕНТ: У меня еще есть некоторое время, чтобы разобраться с этим, но я хотел бы вернуться к жене.

КОНСУЛЬТАНТ: ОК. Что еще мы могли бы обсудить?

КЛИЕНТ: Мой шеф на работе недоволен мной. Он объявил мне письменный выговор за опоздание. Если я потеряю эту работу, у меня будут проблемы с инспектором, наблюдающим за условно осужденными.

КОНСУЛЬТАНТ: Это вас тоже тревожит.

КЛИЕНТ: Да.

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо, итак, у нас есть много разных вещей, которые можно было бы обсудить сегодня. Перед тем как я начну задавать вопросы, которые мне нужно у вас выяснить, ответьте мне, с чего вы хотели бы начать?

КЛИЕНТ: Думаю, с того, что мне нужно найти адвоката для сына. Он сегодня спросит меня об этом.

КОНСУЛЬТАНТ: Конечно, давайте начнем с этого. Вы согласны обсудить тему злоупотребления алкоголем после этого?

КЛИЕНТ: Конечно.

КОНСУЛЬТАНТ: Я буду следить за временем. Посмотрим, успеем ли мы обсудить что-нибудь еще, хорошо?

КЛИЕНТ: Да, отлично.

Изменение направления

Несмотря на то что тема беседы время от времени меняется, в МК важно следить за

горизонтом, чтобы знать, куда вы направляетесь. В ходе консультирования, особенно в случае многократных приемов, вы можете достичь поворотного момента, где будет уместным задуматься об изменении фокуса и выбрать новое направление. Зачастую это влечет за собой выбор между двумя возможными направлениями. В таких ситуациях мы рекомендуем краткий метаразговор, чтобы вам обоим были понятны цели и ожидания от консультирования, подобно тому, как хороший гид должен остановиться и обсудить следующие возможные направления пути. Консультант может начать такой разговор следующим образом:

> «Изначально вы оба пришли сюда, чтобы поговорить об улучшении ваших отношений. Вы, Линда, хотели более открытого общения, слышать чаще о том, что чувствует Карл. Мы провели с вами четыре сессии. Еще больше времени вы уделили разговорам друг с другом дома, используя некоторые навыки слушания, которые мы с вами обсуждали. Для вас, Карл, что-то стало для вас более понятным. Например, ваше сопротивление доверительным отношениям и чувство уязвимости, и вам хотелось бы узнать, связано ли это со службой в армии. Сейчас давайте на минутку вернемся обратно и поговорим о том, к чему мы стремимся. Один вариант для нас – это продолжать работать вместе над укреплением вашего общения и ваших отношений. Другим вариантом для вас, Карл, было бы переработать ваш боевой опыт и то, как он влияет на вашу жизнь сейчас. Возможно, в связи с этим вам потребуется консультирование в индивидуальном порядке.

Если вы чувствуете, что здесь вы бьетесь о стену, возможно, это станет первоочередной задачей, прежде чем мы будем двигаться дальше в работе над вашими взаимоотношениями. Или же, возможно, вам пришло в голову иное возможное направление. Полагаю, что хотел бы услышать мнение каждого из вас о том, какой шаг вы считаете наилучшим на следующем этапе».

Активация клиента до встречи с ним

Существует возможность распространить логику составления программы, чтобы побудить клиентов задуматься о том, к чему они стремятся, еще до встречи с ними. В одном из наших недавних исследований (McNamara и др., 2010) дети и молодые люди, страдающие диабетом, использовали набор для составления программы, чтобы исследовать и записать то, о чем хотели бы поговорить, еще находясь в комнате ожидания. Один из клиницистов был удивлен, когда один ребенок, до этого очень скрытный, задал единственный вопрос, отобразив его в своей программе: «Как долго я буду жить?» Усилия, направленные на раннюю активацию клиента, могут оказать влияние на культуру и организацию обслуживания, о чем будет сказано позже в Части VI. Предоставление клиенту времени и небольшой схемы подготовки к консультации не только экономит время, но и позволяет предупредить о том, как вы и ваши услуги смогут удовлетворить ожидания клиента. Данная подготовка должна проводиться в начале составления программы, а не в конце его. Результат будет зависеть от вовлеченности клиента и навыков фокусирования консультанта, которому иногда приходится сталкиваться с неожиданными устремлениями клиента.

Как перестать топтаться на месте

Случается, что в ходе консультации вы начинаете чувствовать, что ваша беседа ходит по кругу, охватывая слишком большое количество тем, и ни к чему не приводит. Будет полезным на некоторое время отойти от беседы для откровенного обмена мнениями, чем нести груз ответственности за единоличное решение по выходу из создавшегося тупика. Фактически вы используете клиента в качестве консультанта. В данной ситуации нет необходимости проходить через все описанные стадии составления программы целиком, достаточно лишь части из них, например:

> «Я бы хотел прерваться на некоторое время (отграничивание метаразговора) и просто узнать, что вы чувствуете по поводу нашего разговора. Честно говоря, я размышляю над тем, куда мы могли бы двинуться дальше и что будет наиболее полезным для вас. Из всего, что вы упомянули, что, по-вашему, является наиболее важным, на чем мы должны сосредоточиться?»

Можно открыто признаться, что вы чувствуете растерянность, не утратив доверия к себе. Будет полезно просто послушать какое-то время.

В данной ситуации также можно начать процесс составления программы или вернуться к уже имеющейся, сделав резюме, перечисляющее возникшие в ходе консультации темы:

> «Мне бы очень помогло, если бы мы просто ненадолго сделали шаг назад и поговорили о том, куда мы движемся. Мы говорили о вашем возвращении на работу, о препятствиях, на которые вы натолкнулись, о том, что вы чувствуете по этому поводу, о ваших повседневных делах, о проблемах с дочерью и даже о том, какой вы хотели бы видеть свою жизнь через 10 лет. На данный момент, какие чувства вызывает у вас наша беседа? Мне интересно, хотели бы вы уделить особое внимание какой-то из этих тем?»

Как предложить трудную для обсуждения тему

Практикующие специалисты порой задумываются, как правильно задать вопрос, чтобы вынести на обсуждение трудную тему. Проблема может состоять в слабой вовлеченности. Если ее усилить, она позволит вам откровенно высказать свои опасения. Однако обстоятельства зачастую далеки от идеальных, вы можете ощущать слабую вовлеченность клиента, несмотря на все ваши усилия. В этом случае вам поможет составление программы. Вы делаете шаг назад, выделяете трудную тему среди прочих, делаете акцент на автономии и оцениваете готовность клиента идти дальше. Возьмем для примера возможное злоупотребление алкоголем несомненно чувствительным человеком, рассказывающим о болях в животе и стрессе. Можно действовать так:

> «Могу ли я спросить вас, куда мы направим наш разговор дальше? Вы рассказали о том, что вы называете чувствительным желудком, и, пожалуйста, скажите мне, если вас еще что-то беспокоит в связи с этим. Вы также рассказали мне о стрессе, и мы могли бы поговорить о том, как можно улучшить некоторые вещи, чтобы справиться с ним. Мне также интересен вопрос злоупотребления алкоголем и как это может влиять на ваш желудок. Кроме этого, возможно, есть другие вопросы, которые вы хотели бы затронуть. Решать вам».

Если вы думаете, что важно обсудить какую-то конкретную тему, вы можете поднять ее, спросив специального разрешения.

> «Слушая о ваших проблемах с желудком, я подумал об одной вещи, которая может оказаться очень важной. Согласны ли вы поговорить немного о вашем пристрастии к алкоголю?»

Как ввести в разговор оценку

Если в процессе повседневной работы вам необходимо ввести стандартную процедуру оценки, вас может беспокоить вопрос о том, как она скажется на вовлеченности клиента. Начинать контакт с допроса – не лучший способ вовлечь клиента.

Одним из способов решить проблему будет составление программы вначале, прежде чем выполняется детальная оценка. Схема первого посещения может включать необходимую оценочную процедуру, но вы можете решить вместе с клиентом, когда именно ее проводить. Например:

«Это наша первая встреча и нам придется сделать, по крайней мере, две вещи. Есть несколько вопросов, на которые я попрошу вас ответить письменно, заполнив вот эту анкету. Ее заполняют все, кто к нам приходит. Я также хочу услышать, какие вопросы у вас есть сегодня, и как, с вашей точки зрения, мы могли бы помочь вам решить их. Мы можем начать с любого из этих дел. Вопросы из анкеты займут примерно 15 минут. Что вы предпочитаете? Следует ли мне сперва выслушать то, что вас беспокоит, или вы предпочитаете сначала заполнить форму?»

Некоторые люди захотят сначала рассказать свою историю, а другие предпочтут структурированную безопасность, какое-то время отвечая на вопросы. В любом случае, им предоставили возможность сделать выбор и показали, что во время консультации в любом случае будут решены обе задачи.

Уточнение ваших ролей в сложных обстоятельствах

Некоторым практикующим специалистам приходится существовать, по крайней мере, в двух плоскостях одновременно: благополучие клиента и безопасность других, например, уязвимых детей, супругов, подвергающихся жестокому обращению, и всего общества в целом. В вопросе безопасности последнего процедура и политика оценки могут сыграть не последнюю роль в ходе консультации. Кроме того, вы также хотите выступить в поддержку своего клиента и способствовать его изменению. Нельзя винить клиента в том, что он занял оборонительную позицию, пытаясь понять, на чьей вы стороне. На самом деле вы на обеих сторонах и вам может быть непросто установить и поддерживать отношения сотрудничества с целью изменения.

Составление программы способствует уточнению ролей, что в дальнейшем позволит легко переходить с одной темы на другую в ходе беседы. Вы вступаете в метаразговор, уточняете роли и, в зависимости от обстоятельств, приступаете к составлению программы. Можно использовать метафору «сменить костюм». Если в дальнейшем вы захотите сменить тему или поменять роль, переход не будет трудным, так как вы уже обозначили различия. Например:

«Возможно, будет полезно, если я уделю минуту и расскажу о своих ролях. Вы можете представить, как будто я надеваю разные костюмы. Если я в костюме консультанта, моей работой будет помогать вам удовлетворить ваши собственные потребности и достичь целей в повседневной жизни. Кроме этого, как вы знаете, у меня есть еще один костюм, который связан с защитой других людей. Мне не всегда просто носить его, но я несу ответственность за безопасность и интересы ваших детей. У меня две работы и два костюма: помогать вам и помогать вашим детям в плане их безопасности.

Я надеюсь, мы сможем сработаться, независимо от того, в какой роли я выступаю, какой костюм ношу. Так что, давайте начнем с ваших потребностей и опасений. Какие изменения вы хотели бы видеть в вашей жизни?»

Сценарий 3. Неясное направление: ориентирование

Составление программы начинается с меню возможностей, т. е. списка возможных тем для проведения изменений. Однако иногда списка отдельных проблем не существует. Здесь нет карты с четко обозначенным выбором направлений. Представленный клиентом сценарий может быть достаточно неопределенным. Клиент описывает некоторые проблемы, но остается неясным то, как они взаимосвязаны, и четкий фокус изменения отсутствует. Клиент может показаться «рассеянным по всей карте», и тогда первоочередной задачей будет устранение замешательства (Gilmore, 1973). Если выбрать в качестве фокуса изменения одну из представленных им проблем, существует риск упустить общую картину.

Здесь задача клинициста становится более сложной, чем просто составление списка приоритетов. Необходимо выслушать рассказ клиента о своей жизни и совместно решить

проблему поиска пути из «темного леса». В то время, как вы пытаетесь составить карту местности, вам могут встретиться различные течения. Общий процесс ориентирования заключается в движении от общего к частному, и в нем важнейшую роль будет играть прочная вовлеченность клиента, являющаяся основой происходящего.

Зачастую в задачи ориентирования входят формулировка случая, разработка четкой совместной картины (или, по крайней мере, гипотезы) того, в какой ситуации находится клиент, и как эту ситуацию следует рассматривать. Клиент дает вам части головоломки, и вместе вы должны сложить из них картину. Процесс ориентирования может быть инициирован в начале консультации и сопутствовать процессу вовлечения. В данном случае в центре как фокусирования, так и вовлечения окажутся навыки OAPP, описанные в Главах 5 и 6. Иллюстрацией к этому служит раскрывающаяся история Юлии, начавшаяся в Главе 6 и продолжающаяся далее. Эта часть первой сессии начинается с того, что консультант делает резюме, перечисляя вопросы, возникшие ранее в ходе беседы. Если речь идет о простом составлении программы, тогда достаточно всего лишь принять решение, с какой из проблем начать, однако все может быть намного сложнее. Консультанту следует удерживать фокус на всей картине в целом (орлиный взгляд), вместо того, чтобы приближаться к какой-то одной конкретной проблеме (мышиный взгляд). Задача состоит в том, чтобы совместно испробовать разные способы собрать все части головоломки.

КОНСУЛЬТАНТ: Итак, у вас на уме много всего. Давайте посмотрим, сложилось ли у меня начальное понимание того, что беспокоит вас. Вы злитесь и страдаете из-за расставания с Рэем. Вас волнует, что, возможно, ваши отношения с противоположным полом будут и в дальнейшем развиваться по тому же самому сценарию. Вы плохо спите и вы заметили, что вам трудно сконцентрироваться. У вас мало сил, вы чувствуете себя одинокой и иногда вы плачете непонятно из-за чего. Но больше всего вас беспокоит, что происходит. Вы хотите понять, что с вами случилось и беспокоитесь из-за того, что у вас «едет крыша», что, может быть, вы сходите с ума. Иногда вы теряете контроль, кричите, швыряете и ломаете вещи. Это случалось и раньше, когда вы расставались со своими молодыми людьми. Но в этот раз впервые вы порезали себя, и это испугало вас.

КЛИЕНТ: Я из-за этого просто в шоке. Но это принесло своего рода облегчение, что тоже пугает меня.

КОНСУЛЬТАНТ: Как если бы вы могли сделать это снова.

КЛИЕНТ: Не знаю. Я просто не знаю, что со мной.

КОНСУЛЬТАНТ: Сейчас в вашей жизни происходит много вещей, и вы не знаете, с чего начать, поэтому вы пришли сюда, в эту клинику.

КЛИЕНТ: Как вы думаете, вы сможете мне помочь?

КОНСУЛЬТАНТ: Да, думаю, что смогу. Вам это все кажется очень странным, в том числе и ваше обращение к нам, но я раньше работал с женщинами, у которых были похожие проблемы, поэтому я верю, что смогу помочь. По-моему, хорошо было бы начать с уточнения целей совместной работы. Если наша совместная работа окажется действительно успешной с вашей точки зрения, что изменится?

КЛИЕНТ: Наверное, я перестану чувствовать себя так плохо все время. Мне надо будет принимать лекарства?

КОНСУЛЬТАНТ: Это один из вариантов, но давайте сначала поговорим о том, к чему вы хотите прийти, до того как мы решим, как это сделать. Итак, вы хотели бы изменить то, как вы себя чувствуете. Расскажите мне подробнее об этом.

КЛИЕНТ: Я просто чувствую себя расстроенной и много плачу. Я не сплю и чувствую себя измотанной, переутомленной.

КОНСУЛЬТАНТ: ОК, вы хотели бы наладить свою эмоциональную жизнь, спать и быть полной сил и энергии. Что еще?

КЛИЕНТ: Я хочу хорошие отношения.

КОНСУЛЬТАНТ: Расскажите об этом.

КЛИЕНТ: Я хочу быть с мужчиной, который был бы по-настоящему мне близок, с кем-то, кто мне интересен, и с кем я могла бы разговаривать. Секс – это хорошо, но я хочу кого-то, кто бы меня по-настоящему любил и не игнорировал бы. Почему мужчины так себя ведут?

КОНСУЛЬТАНТ: Это как раз то, что расстраивало вас в отношениях с Рэем: чувство, что вас игнорируют.

КЛИЕНТ: Да! Я просто хочу узнать, почему я постоянно разрушаю все свои отношения. Что со мной не так?

КОНСУЛЬТАНТ: Это уже другая вещь, расстраивающая вас: незнание, почему вы чувствуете себя так плохо и почему все это случается с вами. Вы хотите понять, что происходит с вашими отношениями и почему вы режете себя.

КЛИЕНТ: Разве понимание этого не важно?

КОНСУЛЬТАНТ: Разумеется, это важно для вас. Вам не нравится ощущение потери контроля над собой, и еще есть другие вопросы, которые вы хотели бы прояснить. Вы хотите чувствовать себя лучше, обрести внутренний покой, решить проблемы со сном и концентрацией внимания. Вы хотели бы обрести отношения, в которых вы любили бы и были любимой, в которых вы оба были бы близки друг с другом. Вы считаете, что вам поможет понимание того, что происходит с вами, и почему это происходит. Подходит это для начала?

КЛИЕНТ: Да, особенно понимание того, что происходит.

КОНСУЛЬТАНТ: Эта проблема имеет для вас высокий приоритет. У меня есть идея, которая соберет некоторые части головоломки, не все, заметьте, но это позволяет понять многое из того, что вы переживаете, по крайней мере, я так думаю. Если вас это устраивает, мы можем поговорить об этом.

КЛИЕНТ: Конечно. Что это за идея? (Продолжение см. в Главе 11.)

Что здесь происходит? Консультант не спрашивает Юлию, с какой проблемы она хотела бы начать, как это бывает в случае составления программы, но ее опасения остаются в центре картины. Здесь присутствует движение от общего к конкретным частям головоломки. Консультант не просто следует за клиентом, куда бы тот ни шел, но и не диктует ему, куда следует отправиться. Это совместный процесс, в котором консультант выполняет функцию опытного гида. Со временем картина станет более отчетливой, и в конце этой части сессии консультант будет готов предложить одну возможную формулировку, которая укажет дальнейший путь. Однако головоломка еще не собрана: формулировка является догадкой, гипотезой о том, какой может быть картина. Если клиент и консультант согласятся принять такую гипотезу в качестве рабочей, они смогут перейти к ее проверке, чтобы выяснить, действительно ли та помогает разобраться с проблемами Юлии.

Мы решили назвать данный комплексный процесс ориентирующим. Он не так прост, как в случае первого сценария, где конкретный фокус возникает довольно быстро, или второго сценария, где существует список возможных целей изменения, которые могут быть рассортированы в зависимости от их важности. В данном случае задача состоит в том, чтобы совместно сложить все части головоломки. Здесь происходит подлинное соединение профессионального опыта консультанта и знаний клиента о самом себе. Здесь по-прежнему присутствуют признаки процесса фокусирования: движение от общего к частному и выявление четкого направления движения. Когда в фокусе виден горизонт, можно начать движение к побуждению и планированию.

Ориентирование – это очень хороший пример ориентирующего стиля. Клиенты в этой неразберихе могут не сработаться с консультантом, если тот с трудом следует за ними. Необходимо и удобно иметь опытного гида. В хорошем ориентировании консультант не просто принимает на себя ответственность. Он по-прежнему много слушает, уделяет внимание пожеланиям, опасениям и опыту клиента. Клиницист вкладывает свой опыт в формулирование возможных путей следования, но процесс фокусирования сохраняет

совместный характер.

Конечно же, эти три сценария фокусирования не обособлены, между ними есть промежуточные участки. Они представляют собой континуум от единственного четкого фокуса на одном конце к беспорядочной головоломке на другом. Можно подойти к ситуации Юлии как к задаче составления программы, выбрать, какой пункт или несколько пунктов из списка проблем, сформированного по ходу консультации, следует рассмотреть в первую очередь. Общим звеном в процессе фокусирования является разработка четкого направления, горизонта, в сторону которого следует двигаться. Горизонт условен, и со временем цели и направления могут измениться. Несмотря на это, для продвижения вперед в процессе побуждения и планирования в МК крайне важно иметь ясный взгляд на далекий горизонт.

Ключевые моменты

- В МК фокусирование является совместным процессом поиска направления, приемлемого для обеих сторон.
- Когда существует достаточно четкий набор возможных тем для разговора и консультации, задача по составлению программы заключается в выборе и расстановке приоритетов.
- Составление программы – это метаразговор, в котором вы ненадолго отступаете назад, чтобы рассмотреть будущий путь вместе с клиентом.
- Составление программы может быть полезным при изменении направления, выходе из тупика, вынесении на рассмотрение сложных тем и разъяснении ролей.
- Когда цели консультации кажутся более размытыми, необходим процесс ориентирования, который может включать формулировку, т. е. собирание частей головоломки, во время которого рождаются предварительные гипотезы о том, с чего начать.

Глава 10
Когда цели различаются

У меня нет права желать изменить другого человека, если я сам не открыт для изменений.
Мартин Бубер

Одним из параметров, которым различные виды терапии отличаются друг от друга, является степень вовлечения консультанта как специалиста в открытое управление. В какой степени клиницист стремится направлять клиента к определенной цели, изменению или образу жизни? В рационально-эмотивной терапии, например, терапевт специально выискивает «иррациональные» убеждения клиента и использует дискуссионные стратегии, чтобы заместить такие убеждения теми, которые терапевт считает рациональными (Ellis & MacLaren, 2005). В терапии реальностью (Glasser, 1975) клиницист также выступает в роли специалиста, который ставит обманывающего самого себя клиента перед лицом действительности. В обоих случаях терапевт является авторитетным судьей в вопросе того, что составляет рациональность и реальность. Другими словами, эти подходы к лечению в значительной степени опираются на руководство консультанта как эксперта.

На противоположном конце данного спектра находится лечение, изначально созданное как недирективное, термин, изначально определяющий подход клиентоцентрированного консультирования Карла Роджерса (1965). В данном подходе клиент определяет содержание, направление и цели лечения. Консультант обеспечивает поддерживающую, неосуждающую и безоценочную атмосферу для безопасного исследования личного опыта и в значительной степени опирается на следование за клиентом с помощью искусного слушания. С этой точки

зрения, направление клиента к определенному результату является анафемой. Терапевты, придерживающиеся гуманистического или экзистенционального подхода, могли бы высказать возражения против управляющего аспекта МК, в котором клиенты намеренно направляются к тому, что консультант сочтет соответствующей целью. В рамках подлинно недирективного подхода цели лечения должны определяться исключительно самим клиентом.

Ощущения от факта управления другим человеком существенно различаются в зависимости от клинического контекста. Сомнительно, чтобы те, кто работает в исправительных учреждениях, были бы шокированы замечанием, что консультант преследует цели сокращения числа правонарушений в будущем.

Клиницисты в таких учреждениях работают, чтобы предотвратить дальнейшие инциденты насилия, вождения в нетрезвом состоянии или половых преступлений, независимо от одобрения данной цели преступником в настоящий момент. Те, кто работает на «горячей линии» по предупреждению самоубийств, по определению должны держать в голове определенный результат, начиная с того момента, как они сняли трубку. Мало кто будет удивлен или потрясен тем, что общей целью консультантов, работающих в программе лечения зависимостей, является сокращение приема наркотических веществ и связанного с этим страдания, даже если эта цель изначально не поддерживается клиентами, многие из которых проходят лечение принудительно. Такие обстоятельства призывают клинициста к ясным целям изменения.

Как вы решаете, правильно ли будет двигаться к конкретному фокусу? Наш коллега доктор Тереза Мойерс однажды предложила «тест официантки» из клинической практики, отвечающий здравому смыслу. Представьте себе занятую официантку, целый день проводящую на ногах, которая платит из своего заработка значительную сумму налогов, идущих, помимо всего прочего, на учреждения, оказывающие услуги населению, в том числе и услуги консультанта. Сочтет ли она разумным, если клиницист не будет двигаться к определенной цели (например, если практика клинициста сосредоточена на лечении шизофрении, профилактике наркомании, вождения в нетрезвом состоянии, домашнего насилия или жестокого обращении с детьми)? Оценит ли она это, как хорошее применение с трудом заработанных ею денег, отданных в уплату налогов, если они пойдут на финансирование лечения, не предполагающего намеренного направления в сторону положительных изменений?

С другой стороны, существуют очевидные клинические ситуации, когда помогающий специалист не должен подсказывать конкретного направления, в котором люди должны двигаться. Обсуждение таких ситуаций и то, как проводить нейтральное консультирование, приведено в Главе 17. Нам кажется ясным, например, что нельзя использовать клинические навыки и влияние для того, чтобы убедить людей подписать контракт или бланк информированного согласия, пожертвовать свою почку или усыновить ребенка.

Между этими двумя этическими крайностями (ясной необходимостью иметь направление и ясной причиной избегать его) существует большое промежуточное пространство, где менее очевидно, следует ли клиницисту выделить определенную цель изменения и добиваться ее выполнения.

Рассмотрим допустимо упрощенную схему цели формата 2 × 2, приведенную в Таблице 10.1

Таблица 10.1.
Совпадение ожиданий клиента и клинициста

В ячейках A и D очевидной проблемы нет: цели клиента и консультанта совпадают. Большинство практикующих специалистов большую часть своего времени работают в ячейке A. Ячейка C включает цели клиента, которые вы не разделяете, возможно, потому что они выходят за рамки лечения или вашей сферы деятельности, или потому, что вам этически некомфортно, или вы по каким-то другим причинам не желаете помогать клиенту в достижении этих целей. Здесь вы можете сами отказаться от дальнейшей проработки такой цели лечения, возможно, направив клиента к другому специалисту.

В ячейку B попадает оставшаяся ситуация, в которой клиент не разделяет ваши желания, связанные с его изменением. Как было сказано ранее, это чаще встречается в ситуациях, когда клиенты по решению суда или иным способом принуждены проходить лечение (например, условно осужденные или подростки, приведенные родителями) или обращаются за помощью по совершенно другой причине (например, в отделение интенсивной терапии состояний и травм, связанных с употреблением алкоголя). Первоначально МК разрабатывалось для ситуаций из ячейки B, в частности, для ситуации, в которой клиент испытывает *амбивалентность* относительно конкретного изменения. Внутренний комитет клиента высказывает голоса за и против изменения. Если вы спросите человека, страдающего алкогольной зависимостью: «Готовы ли вы бросить пить?», он, вероятно, ответит «нет». Трезвость в настоящее время не является целью данного человека. Однако если вы будет исследовать его дальнейший жизненный опыт, то не раз услышите аргументы, высказанные в пользу изменения (это основная тема Части IV). Часть внутреннего комитета человека убеждена, что настало время совершить изменения, а другая часть хочет продолжать пить. Звучат оба голоса, и проблема не может разрешиться. При отсутствии нового решения статус-кво будет превалировать.

В ячейку B попадает и ситуация, когда клиент внешне не находится в состоянии амбивалентности, у него нет какой-либо видимой мотивации для изменения (стадия отсутствия осознания проблемы, precontemplation). Однако специалист обеспокоен и видит веские причины работать над изменением. Данная ситуация обсуждается в Главе 18, затрагивающей тему развития несоответствия.

Итак, что должен делать помогающий специалист, оказавшись в ситуации из ячейки B? Как один из вариантов специалист по лечению зависимостей сказал бы: «Возвращайтесь, когда будете готовы измениться». Это один из вариантов, но нам предельно ясно, что это не единственный возможный выбор, что нет необходимости ждать, пока клиент «опустится на дно» или «замотивируется», прежде чем вмешаться и помочь ему (Meyers & Wolfe, 2004; Miller, Meyers, & Tonigan, 1999; Sellman, Sullivan, Dore, Adamson, & MacEwan, 2001). Другой возможный вариант профессионального отношения к целям клиента – сохранять беспристрастность, т. е. не занимать никакой позиции и не поддерживать выбор какой-либо одной альтернативы (см. Главу 17). Однако, если следование этой модели ведет к значительному риску для жизни и благополучия клиента или других людей, есть смысл стремиться усилить мотивацию к изменению, и часто это возможно сделать.

В связи с этим обратимся к краткому рассмотрению этических аспектов влияния на людей с целью их изменения, относительно которого они испытывают амбивалентность или отсутствие интереса. Этот разговор актуален, в частности, потому, что повлиять на мотивацию и выбор человека *возможно* . Психология межличностного влияния хорошо изучена (Cialdini, 2007) и повседневно применяется в рекламе, маркетинге, политике, тренингах, пропаганде здорового образа жизни и организационном развитии.

Консультанты и психотерапевты иногда стремятся оказать «безоценочные» или «недирективные» услуги, хотя возможность действительно сделать это таким образом является спорной (Bergin, 1980; Truax, 1966). Мы считаем, что важно знать и уметь с умом управлять этическими решениями, обладая четко определенным набором выбранных профессиональных ценностей.

Четыре главные этические ценности

Профессиональные отношения подразумевают неравные силы и тем самым возлагают на человека особую ответственность. В каждой профессии есть свой набор этических стандартов поведения, которые, в свою очередь, отражают общий набор внутренних ценностей, которые были широко рассмотрены в рамках обеспечения безопасности лиц, участвующих в исследовании в качестве испытуемых (Israel & Hay, 2006; National Research Council, 2009). Данные ценности включают четыре главных этических принципа: не навреди, делай благо, автономия и справедливость (Beauchamp & Childress, 2001).

Не навреди

«Прежде всего – не навреди» – древняя заповедь медицинской практики. В традиционной клятве Гиппократа этот принцип ставится даже впереди принципа «делай благо». Медицинское вмешательство должно по меньшей мере не причинять вреда людям. Невмешательство (бездействие) может принести вред. Хирург обратилась к специалистам по МК с вопросом об этичности лечения травм в отделении неотложной помощи, не затрагивая проблему алкоголя, являющегося непосредственной причиной травмы и предпосылки для будущих травм (Schermer, 2005; Schermer, Moyers, Miller, & Bloomfield, 2006; Schermer, Qualls, Brown, & Apodaca, 2001).

Делай благо

Клиническое вмешательство должно не только не причинять вред. Оно должно нести благо. Основополагающее положение данного принципа заключается в лечении методами с научно доказанной эффективностью, которые являются оптимальным способом достижения целей лечения. Кроме научной эффективности, внимание уделяется достижению согласия среди профессионалов в вопросе о том, что в данной ситуации является наилучшим курсом действий. Принцип «делай благо» отражен в сопереживании, которое является компонентом внутренней сути МК и заключается в том, что основной целью консультации является способствование благополучию клиента (см. Главу 2).

Автономия

Третьим главным этическим принципом является автономия: уважение свободы и достоинства человека. Когда люди соглашаются на лечение, они должны полностью осознавать потенциальные риски и пользу будущего лечения, а также иметь представление о возможной для них альтернативе.

Особое значение здесь придается вопросам самоопределения и выбора. Клиент принимает решение об изменении и о том, как его осуществить. В конечном счете, этого выбора у него не отнять (Frankl, 2006). Конечно, может случиться, что состояние человека (например, наркозависимость) само по себе снижает способность к самоопределению (Miller & Atencio, 2008). В таком случае поддержка автономии может быть выражена через

стремление к цели, которую сам клиент не принял, по крайней мере в данный момент. Этому уделяется центральное внимание, например, в вопросах принудительной госпитализации.

> Клиент принимает решение об изменении и о том, как его осуществить. В конечном счете этого выбора у него не отнять.

Справедливость

Наконец, принцип справедливости имеет отношение к беспристрастности, равным правам на получение медицинской помощи и защите от рисков. На доступность и ход лечения не должны оказывать влияния факторы, не связанные с вероятностью пользы или вреда от него.

Цели лечения

Каким образом этические принципы, определяющие проведение исследований и оказание медицинской помощи, применяются при уточнении целей лечения? Чаще всего эти цели определяет сам клиент, рассказывая о своих проблемах, а клиницист либо соглашается работать над ними (ячейка A в Таблице 10.1) либо отказывается (ячейка C), возможно, руководствуясь принципом «не навреди».

Этические дискуссии часто имеют дело с ячейкой B, где клиницист может поставить и преследовать цель, которая в данный момент не была принята клиентом. Это может произойти в критической ситуации, например когда клиницист вмешивается, чтобы спасти жизнь с помощью принудительной госпитализации или реанимации пациента, находящегося в бессознательном состоянии из-за передозировки. Однако когда цель касается изменения поведения автономных личностей, ее невозможно достичь без вовлеченности и сотрудничества клиента. Клиницист не может решить за клиента, изменится ли он. Даже самые внешние способы мотивирования, такие, как плата за воздержание от алкоголя или наркотиков (Stitzer & Petry, 2006; Stitzer, Petry, & Peirce, 2010) предполагают добровольное участие в изменении. Преступников можно посадить в тюрьму, чтобы изолировать их от общества, однако изменение поведения после освобождения является результатом автономного выбора самого человека. Это означает, что достижение любой цели, связанной с изменением, которую клиент в настоящий момент не разделяет (ячейка B), обязательно включает вмешательства, направленные на то, чтобы повлиять на человека и убедить его принять цель и стремиться к ее достижению. Мы надеемся сделать такую цель совместной, перейдя из ячейки B в ячейку A (Таблица 10.1). В этом заключается одна из функций процесса побуждения.

Итак, когда же целесообразно использовать клинические стратегии, такие как МК, чтобы повлиять на то, что хочет или выбирает клиент? В потенциальной способности МК изменить волю и выбор клиента, а также связанное с этим поведение, содержится и опасение, и надежда. Опасений нет, когда желания клиента и консультанта созвучны. Однако когда желания клиента и консультанта расходятся, с этической точки зрения необходимо уделить внимание любому методу, который бы эффективно способствовал сближению ожиданий клиента и консультанта. Проблема усложняется, когда «реальный клиент» консультанта (тот, кто хочет изменений) – не тот, кто сидит в кабинете, а, например, судебная система, родитель или школа, которые просят изменить человека.

> В задачи МК не входит убеждение людей сделать что-то, что противоречило бы их ценностям, целям или интересам.

Ключевыми этическими принципами здесь будут «делай благо» (способствуй благополучию человека) и «не навреди» (предупреди причинение вреда клиенту или другим людям). Как это уже обсуждалось ранее, существуют ситуации, в которых это кажется очевидным, например необходимость изменить угрожающее жизни поведение или рецидив

насилия, несмотря на внешнее отсутствие мотивации клиента. В общем плане существуют ситуации, в которых консультант видит изменение, которое необходимо совершить в интересах самого клиента, хотя для клиента это не является очевидным. В такой ситуации клиницист стремится к изменению, а клиент в этот момент не разделяет его устремлений, поэтому клиницист надеется повлиять на клиента, чтобы тот захотел, выбрал и начал работать над осуществлением изменения.

Нарушает ли такое ожидание консультанта этический принцип автономии? Мы убеждены, что нет, потому что конечное решение о любом личностном изменении (в поведении, образе жизни, взглядах и т. д.) обязательно остается за клиентом. В задачи МК не входит убеждение людей сделать что-то, что противоречило бы их ценностям, целям или интересам. Только в том случае, если изменение каким-либо образом соответствует целям и ценностям клиента, существует основание для достижения положительного результата с помощью МК.

Когда не следует применять мотивационное консультирование

Как обсуждалось ранее, попытки повлиять на личностный выбор в обществе встречаются повсеместно. Реклама и маркетинг стремятся повлиять на желания людей, политические компании – повлиять на результат голосования, пропаганда здорового образа жизни – мотивировать изменение поведения в отношении здоровья. Являются ли такие действия манипуляцией? Этот термин обычно подразумевает искусное использование стратегий изменения недобросовестно и в собственных интересах тех, кто использует такие стратегии.

Именно поэтому мы добавили *сопереживание* как важный компонент внутренней сущности МК (Глава 2). Применение МК на практике должно осуществляться во благо клиента, в его, а не в ваших собственных интересах. Профессиональные помогающие отношения требуют более высокого стандарта поведения, чем обычные отношения; клиенты вступают в эти отношения с верой в то, что при его лечении будут соблюдены этические принципы.

Применение МК может стать проблематичным с этической точки зрения, когда интересы клиента потенциально противоречат интересам другого человека (Miller, 1994; Miller & Rollnick, 2002).

Личная заинтересованность

Уточним, что ситуация становится малопонятной в этическом плане или приобретает манипулятивный характер, когда вы лично заинтересованы в результате. Чем больше вы лично или организация, которую вы представляете, выиграет от определенного решения клиента, тем более неуместно, по нашему убеждению, применение МК с целью оказания влияния на этот выбор. Данный сценарий обычно называется термином «конфликт интересов». Рассмотрим два примера.

• Клиницист проводит клиническое исследование, сравнивая различные подходы к лечению определенной проблемы со здоровьем. Каждый из подходов обладает потенциальной пользой и рисками. Набор испытуемых для участия в исследовании отстает от графика. Клиницист встречает пациента, который выглядит подходящим для данного исследования. Заработок и репутация клинициста частично зависят от ее умения рекрутировать достаточное количество участников исследования. Она уверена, что исследуемые методы лечения способны помочь пациенту. Стоит ли ей применить процесс побуждения МК, чтобы убедить человека согласиться на участие в исследовании и подписать нужный для этого бланк?

• Консультант выполняет работу по подбору пациентов в частный реабилитационный центр по лечению наркотической зависимости. Звонит отец, обеспокоенный

наркозависимостью сына. Программа данного учреждения весьма недешева, поэтому отцу придется взять большой кредит, заложив свой дом, чтобы оплатить стоимость расходов на лечение. В округе существуют и более доступные варианты лечения наркозависимости. Должен ли консультант применять МК, чтобы мотивировать отца воспользоваться услугами именно данного учреждения?

Это два наглядных примера ситуаций, когда, с нашей точки зрения, применение профессионалом клинических методов с целью повлиять на выбор клиента некорректно по причине личной заинтересованности или интереса организации, которую представляет данный специалист. МК задумывалось нами как метод, применяемый в ситуациях отсутствия значительного интереса в выборе клиента. Из исследований МК мы вынесли полезные знания о том, как *не влиять* , в том числе непреднамеренно, на выбор в ситуациях, когда требуется соблюдение беспристрастности (см. Главу 17).

Под понятием «отсутствие значительного личного интереса» мы не имеем в виду отсутствие заботы или сопереживания. В идеале мы всегда стремимся к хорошему результату для каждого клиента. Мы также не имеем в виду отсутствие мнения о том, какие действия отвечают интересам клиента наилучшим образом. Под термином «личный интерес» мы понимаем личную или институциональную заинтересованность в одном из вариантов выбора клиента; такого варианта, который был бы значительно лучше для консультанта или учреждения.

Консультант может иметь свое мнение по поводу того, что от того или иного выбора зависит результат, который *скажется на клиенте* , и, побуждаемый сопереживанием, может желать самого лучшего результата лечения, не испытывая при этом заинтересованности, связанной с прибылью или убытками для себя или для организации, которую он представляет. Мы пришли к выводу, что дифференциация трех различных типов заинтересованности консультанта в результатах лечения клиента: сопереживание, мнение и интерес, полезны для классификации некоторых этических дилемм, связанных с практикой МК. Эти дилеммы свойственны не только МК. Любому специалисту, оказывающему помощь, стоит задуматься над ними.

Личный интерес может быть основан на психологических или моральных закономерностях. Консультант, который сам борется с проблемой, идентичной высказанной клиентом, может чрезмерно идентифицировать себя со своим клиентом (особенно сам консультант находится на ранней стадии процесса восстановления), и усердно содействовать выбору одного из вариантов. Специалисты, которые связывают результаты лечения клиента со своей личной значимостью и компетентностью, как правило, также проявляют чрезмерную заинтересованность в выборе клиента. В силу глубоких моральных убеждений консультанты могут оказывать давление в достижении искомых результатов во время консультаций в связи с нежелательной беременностью, домашним насилием или злоупотреблением алкоголем или наркотиками среди будущих родителей. Заинтересованность может возникнуть в силу важности отношений. Члены семьи являются заинтересованными сторонами, поскольку выбор клиента и результаты лечения могут непосредственно и по-разному затрагивать их интересы. Психотерапевты не случайно избегают лечить людей, с которыми они находятся в личных или профессиональных отношениях.

Сила принуждения

Контекст консультирования варьируется в зависимости от того, насколько сильно консультант может влиять на поведение клиента и результаты лечения. На самой нижней ступени находится ситуация, когда консультант впервые встречает клиента и проводит всего одну консультацию по поводу его проблемы. Конечно, в одной проведенной консультации тоже существует неравноправие позиций, а консультант, предположительно, всегда способен оказать некоторое положительное влияние на поведение клиента. Если бы это было иначе, в

проведении консультации не было бы смысла. На другом конце спектра находится работник пенетенциарной системы, который имеет дело с преступниками, досрочно освобожденными с испытательным сроком или отбывающими условное наказание. В его власти в любой момент изменить их статус и заключить их под стражу. Специалист, обладающий такой властью, должен выбирать, когда следует использовать свою власть и следует ли ею воспользоваться, чтобы убедить клиента двигаться в нужном направлении.

Наличие такой власти принуждать не делает МК неприемлемым само по себе. В рамках реабилитационной модели коррекции, например, инспекторы по надзору за условно осужденными выполняют как минимум две функции: функцию государственного агента по защите общественной безопасности и функцию сторонника правонарушителей, поддерживая и способствуя развитию в них позитивных изменений. Несмотря на то что эти две функции могут иногда противоречить друг другу, чаще всего они согласуются между собой: содействие позитивному изменению клиентов способствует увеличению общественной безопасности. МК может служить полезным инструментом в рамках роли по защите интересов клиента.

В ходе судебного разбирательства выносится решение, и функция инспектора заключается в обеспечении приведения его в исполнение. При этом в рамках данного решения инспектор и правонарушитель совместно исследуют, какой выбор может сделать и сделает преступник. Инспектор по надзору за условно осужденными не может навязать изменения из-за неотъемлемой автономии правонарушителя в выборе своего поведения. Однако, применяя МК, возможно направить этот выбор в положительное русло. Поддерживающий, совместный стиль МК никоим образом не расходится с обязанностью инспектора защищать общественное благополучие. Наоборот, помощь преступникам в изменении способствует общественной безопасности (McMurran, 2002, 2009).

Отношения становятся более проблематичными с этической точки зрения, если полномочия влиять на поведение и выбор других сочетаются с личной заинтересованностью в определенном исходе. Сила принуждения может быть как позитивной, так и негативной, включать поощрение или наказание. Родители обычно обладают силой принуждения и лично заинтересованы в результатах своих детей. Родителям очень трудно оставаться беспристрастными (и в то же время заботливыми) и сохранять дистанцию, необходимую для процесса вовлечения МК. Рекрутеры могут иметь в запасе существенные меры поощрения и одновременно быть заинтересованными в количестве завербованных. Мы считаем, что МК не должно применяться, когда присутствует такой конфликт интересов.

Польза

Наконец, из этических принципов «не навреди» и «делай благо» следует, что нельзя использовать МК, если существует вероятность того, что оно не принесет пользы или причинит вред. К примеру, существуют определенные доказательства того, что МК может сдерживать прогресс на «стадии действия» клиента, который уже решил измениться (Project MATCH Research Group, 1997b; Rohsenow et al., 2004: Stotts, Schmitz, Rhoades & Grabowski, 2001). Эти данные были получены до того, как мы дифференцировали четыре процесса МК. Если клиент уже имеет ясную цель и готов следовать ей, задачи процессов фокусирования и побуждения считаются выполненными, а причина тратить время на укрепление мотивации малоочевидна. В данной ситуации можно перейти непосредственно к процессу планирования при условии, что степень вовлечения достаточна для формирования рабочего альянса. Если в дальнейшем возникает амбивалентность, всегда можно вернуться к процессу фокусирования или побуждения.

Этика и четыре процесса мотивационного консультирования

Наши мысли в отношении этики МК развивались по мере дифференциации четырех составляющих процессов. В некоторых ситуациях из описанных выше могут быть

противопоказаны некоторые конкретные процессы, а не МК в целом.

Как только что обсуждалось, когда клиенты оказываются готовыми к изменению (неважно, происходит ли это когда они впервые заходят в ваш кабинет или приходят к этому в процессе разговора), дальнейшее побуждение противопоказано, и пора приступить к планированию. В роли родителя навыки вовлечения с помощью хорошего слушания могут стать бесценным инструментом общения с детьми (Gordon, 1970). Помощь детям в выборе фокуса также является распространенным процессом в воспитании детей. Нелегкий конфликт ролей возникает в процессе побуждения при попытке направить волю детей в определенную сторону, используя стратегические инструменты. В нас просто недостаточно равнодушия (и слава богу!), чтобы мы могли сидеть с нашими детьми и бесстрастно оценивать все за и против внутривенного приема наркотиков или криминального поведения.

Таким образом, правильный этический вопрос рассматривает уместность каждого составляющего процесса. Маловероятно, что хорошее слушание причинит вред, напротив, оно само по себе способствует позитивному изменению. Фокусирование – это процесс, предполагающий направление действий к определенной цели с соблюдением этических требований. Побуждение предполагает выбор цели и стратегически ведет человека к этой цели. Побуждение редко является противоречивым, когда установленная цель совпадает с целью, высказанной самим клиентом. Этические соображения возникают, когда ожидания клиента и консультанта не совпадают. Наконец, планирование предполагает готовность двигаться дальше (стадии подготовки (preparation) и действия (action) в понятиях трансстеоретической модели). Существуют подходящие и неподходящие моменты задействовать каждый из этих четырех процессов.

Некоторые этические рекомендации для практики мотивационного консультирования

Мы заканчиваем эту главу некоторыми практическими рекомендациями для этичного применения МК.

1. Использование составляющих процессов МК нецелесообразно, когда имеющиеся научные доказательства свидетельствуют, что его применение будет неэффективным или вредным для клиента.
2. Когда вы чувствуете моральный дискомфорт или замечаете разногласие в ваших рабочих отношениях, уточните свои ожидания и устремления клиента.
3. Когда ваше мнение о том, что наилучшим образом отвечает интересам клиента отличается от того, что хочет сам человек, пересмотрите и обсудите свою программу, проясните для клиента свои опасения и желания.
4. Чем значительнее ваша личная заинтересованность в конкретных результатах лечения конкретного клиента, тем более нецелесообразно применять стратегическое побуждение. Очевидно, что ваш личный интерес может противоречить интересам клиента.
5. Когда право на принуждение сочетается с личной заинтересованностью в определенном поведении человека и его достижениях, использование стратегического побуждения неуместно.

Ключевые моменты

• Этический вопрос в помогающих отношениях заключается в том, должен ли клиницист содействовать разрешению амбивалентности в определенном направлении.

• Этические проблемы возникают, в частности, в ситуациях, когда клиницист или организация стремятся к изменению, но этого устремления не разделяет (пока) клиент.

• В подобных ситуациях применимы четыре ключевых этических принципа: «не

навреди», «делай благо», автономия и справедливость.
• Нецелесообразно использовать МК, чтобы повлиять на выбор, когда практикующий специалист имеет личную или институциональную заинтересованность в определенном результате, особенно в сочетании с силой принуждения. Особенно это относится к процессу побуждения МК.
• Использование конкретных процессов МК должно быть адаптировано под нужды клиента. Например, побуждение может быть ненужным и даже вредным для клиента, который уже решил измениться.

Глава 11
Обмен информацией

Непрошеный совет подобен спаму в нашей жизни.
Берн Уильямс

Совет – это то, что мы спрашиваем, когда уже знаем ответ, но хотели бы не знать его.
Эрика Джонг

Все выглядит достаточно просто: вы приобрели знания в вашей профессиональной сфере и вы передаете их клиентам по мере необходимости. Тем не менее, вопросу о том, как сделать это наилучшим образом, не уделяется почти никакого внимания, когда клиницист познает свое ремесло. Возможно, то, как вы это делаете, имеет небольшое значение в некоторых простейших взаимодействиях, но когда дело касается разговора об изменении, передача знаний становится более трудной и требует квалифицированного подхода.

Цель данной главы – уточнить и проиллюстрировать хорошую работу в тех ситуациях, где информация, поступающая от вас, способна помочь клиенту измениться. Это включает ваш собственный совет, представляющий собой специфическую информацию. Совет и информация, преподносимые клиенту, фактически представляют собой двусторонний обмен, потенциально содержащий много сложностей. Вы также получаете информацию, которая будет учтена и включена в обмен, если только клиент не сохраняет абсолютное молчание во время процесса (которое тоже само по себе информативно).

Очень легко переоценить количество информации и советов, которые требуется дать клиенту.

Очень легко переоценить количество информации и советов, которые требуется дать клиенту.

Очень легко переоценить количество информации и советов, которые требуется дать клиенту. Несомненно, большинство клиентов ожидают, что вы поделитесь своим опытом, который у вас, конечно, имеется. Однако они приходят, сами обладая массой значимой информации; никто не знает их лучше, чем они сами. Как много они уже знают? В основном, бесполезно давать людям информацию, которая у них уже есть. Какой совет они могут дать сами себе? Что они уже попытались сделать?

Нет особой пользы в том, чтобы советовать человеку то, о чем он уже думал и что он уже пробовал.

Мы обращаемся к этому ключевому навыку здесь, так как сообщение информации и совет могут потребоваться уже в начале консультирования. Основываясь на вовлеченности (Часть II), обмен информацией может оказаться жизненно важным в поиске четкого фокуса вашей беседы и консультации (Часть III). Обмен информацией возникает во время побуждения (Часть IV) и является центральной задачей планирования (Часть V), где он часто служит топливом, питающим попытки принести пользу. Итак, каким образом предоставление информации и совет входят в МК?

Данная глава начинается с конкретного примера, дающего основание для рассмотрения некоторых распространенных ловушек и принципов хорошей работы. Затем он становится общей моделью ведения квалифицированной практики (выявление – сообщение – выявление), за которой следует обсуждение того, как можно улучшить стандартную процедуру оценки. Наконец, мы рассматриваем непростую задачу, как дать людям совет касательно изменения. Проще говоря, как информация, поданная с соблюдением условий уважения, внимания и взаимности, позволяет отстаивать интересы и автономию человека и может стать важным опытом, изменяющим жизнь знанием и неотъемлемой частью МК. Полярную альтернативу такого взаимообмена информацией, вероятно, можно провести во сне с закрытыми глазами: задайте побольше специальных оценочных вопросов и скажите клиенту, что ему делать. Результатом такого подхода может стать отчужденный, разочарованный и немотивированный клиент.

Найди отличие

Рассмотрим два коротких диалога с матерью, которая была обнаружена с симптомами гипервентиляции и алкогольной интоксикации утром около входа в школу, где учились ее дети. Она согласилась прийти на прием, чтобы получить какую-нибудь помощь. Далее приводится два варианта беседы во время первой встречи, которые могли бы произойти. Пример А выдвигает на первый план распространенные ошибки, которые могут быть вам знакомы. Вторая беседа, пример В, иллюстрирует обмен специальной информацией согласно методу МК.

Пример А

КЛИЕНТ: Меня утром так трясло, что мне пришлось выпить немного вина, прежде чем выйти из дома.

КОНСУЛЬТАНТ: Звучит так, что вы пьете довольно много. Сколько вы пьете последнее время?

КЛИЕНТ: Ну, я не алкоголик, если вы это имеете в виду. Мне просто надо это сделать, прежде чем я выйду из дома.

КОНСУЛЬТАНТ: Сколько, по-вашему, вы обычно выпиваете за день, хотя бы предположительно?

КЛИЕНТ: Ну, не знаю, может несколько стаканов в день, иногда больше. Я пью, чтобы успокоить нервы, правда.

КОНСУЛЬТАНТ: А как насчет выходных?

КЛИЕНТ: Если я выбираюсь из дома в субботу вечером, это, считайте, мне повезло. Но, может быть, выпью несколько стаканов сама, в одиночестве.

КОНСУЛЬТАНТ: То есть, возможно, шесть-восемь стаканов или больше. Это довольно много, если пить ежедневно, вам не кажется?

КЛИЕНТ: Думаю, да. Я на самом деле не думала об этом.

КОНСУЛЬТАНТ: Какой величины ваш стакан?

КЛИЕНТ: Обычный стакан для воды.

КОНСУЛЬТАНТ: То есть примерно 250 миллилитров. Это будет 50–60 стаканов и, может быть, 15–20 литров вина в неделю. Вы пьете, когда забираете детей после обеда?

КЛИЕНТ: Когда я нервничаю, я выпиваю немного вина, но действительно немного.

КОНСУЛЬТАНТ: Понятно. Как часто это происходит, когда дети находятся рядом с вами?

КЛИЕНТ: Ну, я не всегда пью, когда иду за детьми, но вы и понятия не имеете, как мне становится страшно. Это просто ужасно.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы выпили и сегодня перед вашим приходом сюда?

КЛИЕНТ: Может быть немного больше, чем обычно.

КОНСУЛЬТАНТ: После того как вы выпьете вина, ваша нервозность на время

проходит. Как давно это происходит?

КЛИЕНТ: Не знаю. Может быть год или два. Может быть дольше.

КОНСУЛЬТАНТ: А что ваши дети думают о том, что вы пьете?

КЛИЕНТ: Они никогда ничего не говорили об этом.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы считаете, что у вас есть проблемы с алкоголем?

КЛИЕНТ: Нет, на самом деле не считаю. Мне это помогает расслабиться и уснуть.

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо, мне нужно сказать вам что-то, что очевидно из ваших слов. Количество выпиваемого вами спиртного сильно превышает допустимое с медицинской точки зрения количество потребления спиртного и намного больше, чем пьет подавляющее большинство женщин вашего возраста. Ваш тремор выглядит для меня как физиологическая зависимость от алкоголя. Это усугубляет ваши страхи, а не успокаивает. Вы подвергаете опасности своих детей. Думаю, что вам нужно прекратить пить. Если вы этого не сделаете, вам будет становиться все хуже и хуже.

КЛИЕНТ: Ну, я не согласна с вами.

Пример В

КЛИЕНТ: Меня утром так трясло, что мне пришлось выпить немного вина, прежде чем выйти из дома.

КОНСУЛЬТАНТ: Это помогает вам успокоить нервы (рефлексия, продолжение высказывания).

КЛИЕНТ: Потом я смогла пойти в магазин, забрать детей и покормить их.

КОНСУЛЬТАНТ: У вас напряженная жизнь (рефлексия).

КЛИЕНТ: Да, потом я часами вожусь с ними, знаете: покормить, поиграть, сделать уроки, уложить спать, а они беспокойные, постоянно кричат.

КОНСУЛЬТАНТ: Кажется, что вам удалось многое сделать, несмотря на то что вы чувствовали себя эмоционально перегруженной (утверждение).

КЛИЕНТ: Да, часто я чувствую, что мне надо выпить, если честно! Я просто не знаю, когда это все закончится, я постоянно так нервничаю, что чувствую, как будто задыхаюсь.

КОНСУЛЬТАНТ: Давайте на время оставим эту тему, расскажите мне, что вы знаете об алкоголе и его влиянии на человека (выявление).

КЛИЕНТ: Ну, сначала это меня успокаивает, потом меня снова начинает трясти, ну, вы, может быть, знаете, что я имею в виду.

КОНСУЛЬТАНТ: Да, знаю. Похоже, что вы думали об этом, и вы не уверены в том, приносит ли алкоголь вам вред или пользу (рефлексия).

КЛИЕНТ: Да, то есть он определенно помогает достаточно успокоить нервы, чтобы я могла отвести детей в школу. Я чувствую такое облегчение, но потом мне снова становится страшно.

КОНСУЛЬТАНТ: Что-то происходит с вами, когда действие алкоголя помогает вам развеять то, что вам не нравится (рефлексия).

КЛИЕНТ: Точно, он успокаивает меня, затем снова сбивает меня с ног. Мне это не нравится.

КОНСУЛЬТАНТ: Могу ли я рассказать вам, что я заметил у людей, которые боролись с алкоголем? (Запрос разрешения.)

КЛИЕНТ: Хорошо.

КОНСУЛЬТАНТ: (Предоставление информации.) Когда люди пьют, чтобы успокоить нервы, дрожь, которую вы описали, постепенно становится все сильнее. Кажется, что алкоголь помогает на короткое время, но на самом деле он служит причиной этой дрожи и сам становится проблемой, а не решает ее. Это настоящая ловушка, потому что вам кажется, что у вас настоящая паника, а потом алкоголь вновь успокаивает вас на некоторое время. Что вы думаете по этому поводу? (Выявление.)

КЛИЕНТ: Знакомо. То есть вы хотите сказать, что вино усиливает панику?

КОНСУЛЬТАНТ: Да, я так думаю. Я знаю, это может восприниматься не так, потому что вам кажется, что у вас паническая атака, а алкоголь сразу ее успокаивает, но потом она снова возвращается, чтобы мучить вас (сообщение).

КЛИЕНТ: Я должна найти способ справиться с этой нервозностью. Не знаю, как мне выдержать весь день.

КОНСУЛЬТАНТ: Алкоголь стал настолько важным для вас (рефлексия).

КЛИЕНТ: Но я вижу, что я иду не в том направлении. Что же я могу сделать?

Время, затраченное на консультацию А и консультацию В, одинаково, однако в последнем случае фокус стал более очевидным для клиента. Кроме того, возросла готовность клиента к принятию решения об изменении. Оба консультанта сообщали информацию, но то, как это сделал консультант В, почему-то оказалось более полезным. Консультант А в основном задавал закрытые вопросы, а затем высказывал свое мнение, хотя его никто об этом не просил. Консультант В применил много рефлексивного слушания и использовал специальный ритм (выявление – сообщение – выявление, который мы вкратце опишем далее), чтобы изложить ту же самую информацию, но таким образом, чтобы клиент ее принял. Это проясняет некоторые сильные стороны и характерные особенности обмена информацией, принятые в МК: квалифицированная информация, в данном случае по поводу отказа от алкоголя, увеличивает усилия клиента, прилагаемые к осмыслению опасной ситуации, в которой она находится, и позволяет выразить то, как и почему она могла бы измениться. Клиент в данном диалоге признает: «Я должна найти способ справиться с этой нервозностью» и вместо того, чтобы начать защищаться, она спрашивает совета. Фокус их беседы проясняется очень быстро.

Посмотрим на разницу примеров А и В по отношению к следующим вопросам:

- Кто озвучивает аргументы в пользу изменения?
- Как вы представляете себе чувства консультанта?
- Что, по-вашему, чувствует клиент?
- Могли бы вы сказать, что вовлеченность усилилась или, напротив, снизилась?
- Пришли ли они к общей цели на данной консультации?

Ответы на данные вопросы послужат основой последующего обсуждения, освещающего распространенные ловушки и принципы хорошей практики.

Некоторые распространенные ловушки

Если бы вам пришлось спросить консультанта А о роли квалифицированной информации в помогающем процессе, то вы могли бы получить следующие распространенные предположения:

1. «Я эксперт в том, как и почему клиенту следует измениться». Попав в ловушку эксперта, консультант А очень скоро почувствует фрустрацию. Вероятнее всего, его благие намерения восполнить отсутствие знаний клиента, равно как и доводы в пользу изменения (которые мы назвали «выпрямительным рефлексом» в Главе 1) будут встречены оборонительным поведением («Я не алкоголик» и «Я не согласен») и ощущением отсутствия понимания («Вы понятия не имеете, насколько я напуган»). Консультант вполне может навесить на клиента ярлык «сопротивляющийся», «отрицающий» и «немотивированный», в то время как неэффективно используемый директивный стиль является истинной причиной несостоявшегося вовлечения и прогресса. Разочарование клиента, страх и демонстративное сохранение самоуважения можно почти что потрогать руками. Есть грустная ирония в том, что этот противоположный МК способ предоставления информации и совета приведет к эффекту, который противоположен желательному.

2. «Я собираю информацию о проблемах». Задавая в основном закрытые вопросы консультант А навязывает фокус беседы: оценить объем употребления алкоголя и последствия этого, вплоть до игнорирования других проблем (например, паники). Это приводит к тому, что мы назвали ловушкой «вопрос – ответ», где многократно задаваемые вопросы ведут к накоплению доказательств, как правило, относящихся к серьезности проблемы, с явным или неявным осуждением слабости, сопротивления, отсутствия силы воли или заблуждений клиента. Такой сбор доказательств, как правило, приводит к вынесению вердикта («Ваш тремор выглядит для меня как физиологическая зависимость от алкоголя… Думаю, что вам нужно прекратить пить»), подобно развязке детективного романа. Накопление доказательств уместно в дифференциальной диагностике при оказании неотложной помощи, может быть предметом телесериалов про врачей, но оно намного менее эффективно, когда в фокусе находится изменение поведения.

Оценка и сбор информации о ключевых элементах тяжелой ситуации клиента (алкоголь, паника, дети и т. д.) могут быть осуществлены таким способом, который согласуется с МК и предполагает малую вероятность фрустрации клинициста, а также большую пользу для клиентов. Серия заданных вопросов может быть не только пустой тратой времени и привести к включению защиты (Карл Роджерс однажды заметил, что клиенты уже знают всю эту информацию), но также привести к потере важной информации и пренебрежению богатым потенциалом взаимного обмена, усиливающего вовлеченность и мотивацию к изменению.

3. «Я восполняю пробелы в знаниях». Опасения и даже страх невыполнения должностных обязанностей толкает консультанта А на сбор и предоставление информации о последствиях чрезмерного употребления алкоголя. Это приводит к одностороннему фокусу на сборе фактов и не на чем более, с целью исправить неправильное в клиенте. В худшем случае, не являющимся редкостью для консультаций в сфере здравоохранения и социальной помощи, можно встретить практикующего специалиста, пытающегося словно поднять крышку на голове клиента, забить голову информацией, а потом закрыть крышку, в надежде, что что-нибудь да усвоится. Существует способ увеличить знания клиента, минуя эту ловушку. Опираясь на интерес самого клиента к получению информации и те знания, которые у него уже есть, можно усилить вовлеченность и получить лучшие результаты.

4. «Пугающая информация приносит пользу». Когда приходит время сообщать результаты оценки, консультант А исходит из предположения, что страх является хорошим мотивом для изменения. Эта тактика запугивания столь широко распространена в сфере ухода за больными, что если бы это было правдой, то МК или любой другой подход, стимулирующий изменения, был бы малоинтересен и бесполезен. Предупреждение о негативных последствиях может сыграть свою роль, но не оправдывает статуса подхода, по умолчанию способствующего изменению. Кто-то может считать, что ужасные болезни и мучительное умирание, связанные с курением, являются достаточными причинами, чтобы убедить людей бросить курить или, прежде всего, не начинать курить вовсе. Иногда этого достаточно, но часто бывает, что нет.

5. «Мне надо просто сказать им точно, что делать». Совет консультанта А был достаточно ясен: «Я думаю, что вам нужно прекратить пить», однако существует большая вероятность, что этому совету не последуют. Слабая вовлеченность, разочарование обеих сторон и горемычный клиент столкнулись с советом, который оставляет мало места для автономии. Целью является не дать совет, а поспособствовать изменению. Здесь на помощь придет квалифицированное консультирование. Обратимся к рассмотрению этой темы.

Целью является не дать совет, а поспособствовать изменению.

Принципы хорошей практики

Если бы вы спросили консультанта В об обмене информацией, приведенной выше, но согласующемся с принципами МК, то вы бы получили весьма отличающийся набор предположений, практически противоположный подходу консультанта А:

1. «У меня есть экспертные знания, но клиенты являются специалистами самих себя». Консультант В рассматривает обмен информацией как совместный поиск к пониманию задач, сильных сторон клиента и его потребности в информации. Ключевые навыки, описанные в Части I, включая аффирмацию («Кажется, вам удалось многое сделать, несмотря на то, что вы чувствовали себя эмоционально перегруженной») и рефлексию («Вы действительно думали об этом») используются, чтобы подчеркнуть сильные стороны клиента. Таким образом, мы добиваемся усиления вовлеченности. Затем консультант В уделяет время выяснению того, что клиенту уже известно, спрашивает разрешения на предоставление некоторой информации, предоставляет ее и поощряет клиента к самостоятельным выводам. Оба, клиент и консультант, обмениваются полезной информацией в совместном поиске фокуса.
2. «Мне надо выяснить, какую информацию клиент хочет получить и какая информация ему нужна». Консультант В пытается выяснить, какая именно информация нужна клиенту («Расскажите мне, что вы знаете об алкоголе и его влиянии на человека»).

Это не только предотвращает сообщение уже известной клиенту информации, но и обладает дополнительным преимуществом: заставляет клиента самого озвучить причины для изменения (процесс побуждения, описанный в Части IV). Хорошее рефлексивное слушание позволило получить еще больше информации («Что-то происходит с вами, когда алкоголь помогает вам развеять то, что вам не нравится») и привело к обсуждению не количества выпитого алкоголя, а результатов отказа от него. Краткий процесс выявления целей, постепенно сводящий обсуждение к самой сути проблемы, обеспечил прочное основание для квалифицированного обмена информацией.

3. «Я соотношу информацию с потребностями и возможностями клиента». Определив потребность в информации, консультант В сообщает ее осторожно, ссылаясь на «других людей», позволяя клиенту самостоятельно отнести ее на свой счет («Что вы думаете по этому поводу?»). Целью консультанта было передать полномочия клиенту, чтобы он сам уточнил проблему и искал решение.
4. «Клиент может сказать мне, какая информация является полезной». Консультант В не делает предположений касательно ценности (или ее отсутствия) пугающей информации, а дает клиенту возможность сориентироваться и сообщает ту информацию, которую, по-видимому, желает получить клиент.
5. «Полезен тот совет, который поддерживает потребности и автономию клиента». Консультант В пока не давал прямых советов, но теперь он получил приглашение это сделать («Что же еще я могу сделать?»). Как будет описано далее в данной главе, можно дать совет таким образом, который удовлетворяет потребности клиента и усиливает его автономию.

В Таблице 11.1 приведены основные различия между двумя видами обмена информацией: согласующимся и противоречащим принципам МК.

Таблица 11.1.
Предположения, согласующиеся и противоречащие принципам МК.
Базовый обмен информацией

ОБМЕН ИНФОРМАЦИЕЙ, ПРОТИВОРЕЧАЩИЙ МК	ОБМЕН ИНФОРМАЦИЕЙ, СОГЛАСУЮЩИЙСЯ С МК
Я эксперт в том, как и почему клиенту стоит измениться	У меня есть экспертные зна ты являются специалистами
Я собираю информацию о проблемах	Мне надо выяснить, какую клиент хочет получить, и ка ция ему нужна
Я восполняю пробелы в знаниях	Я соотношу информацию с ми и возможностями клиен
Пугающая информация приносит пользу	Клиент может сказать мне, мация является полезной
Мне надо просто сказать им точно, что делать	Полезен тот совет, который потребности и автономию к

Простая стратегия обмена информацией

Легко запоминающимся подходом к обмену информацией является ВСВ: выявление – сообщение – выявление (см. Таблицу 11.2). При использовании данного подхода вся сочная информация, которую вы предоставляете, заключена между двумя ломтиками полезных вопросов. Несмотря на то, что подход ВСВ предполагает линейную прогрессию, в действительности, это чаще цикличный процесс, сопровождаемый большим количеством рефлексивного слушания. Именно это в основном и делал консультант В в примере, приведенном выше.

Выявление

Сначала выявляем, потом сообщаем информацию. У выявления есть три основные функции: получение разрешения, изучение имеющихся знаний клиента и выяснение того, насколько клиент заинтересован в информации, которую вы могли бы сообщить.

Существует несколько форм первого вопроса:

Запрос разрешения

«Подходит, если я расскажу вам кое-что, что сработало с другими людьми?»

«Интересно, есть ли в этом списке что-нибудь, о чем вы хотели бы поговорить?»

«Могу я …?»

«Хотели бы вы узнать о …?»

«Что бы вы хотели узнать о …?»

Исследование имеющихся знаний

«Расскажите мне, что вам уже известно о влиянии высокого кровяного давления на здоровье».

«Как вы думаете, какие преимущества регулярных физических упражнений являются для вам самыми важными?»

Осведомление о заинтересованности

«Что вы хотели бы узнать о лечении этого состояния больше всего?»

«Есть ли у вас вопросы, которые я мог бы прояснить для вас?»

Таблица 11.2.
Выявление – сообщение – выявление

	ЗАДАЧИ	НА ПРАКТИКЕ
ВЫЯВЛЕНИЕ	✓ Попросить разрешения ✓ Уточнить необходимость в информации и пробелы в знаниях	✓ «Могу я ...?» или «Хотели бы вы узнать о ...?» ✓ «Что вам известно о ...?» ✓ «Что бы вы хотели знать о ...?» ✓ «Есть ли какая-либо информация, с получением которой я мог бы помочь вам?»
СООБЩЕНИЕ	✓ Расставить приоритеты ✓ Говорить понятно ✓ Выявить–сообщить–выявить ✓ Поддерживать автономию ✓ Не решать за клиента, как ему реагировать	✓ Что человек больше всего хочет/должен узнать? ✓ Избегайте профессионального жаргона, пользуйтесь простым повседневным языком. ✓ Сообщайте информацию небольшими порциями, давая время задуматься ✓ Признавайте свободу клиента не согласиться или оставить без внимания ✓ Сообщайте то, что вам известно, не интерпретируя какое значение это имеет для клиента
ВЫЯВЛЕНИЕ	✓ Задавать вопросы об интерпретации проблемы клиентом, его понимании или реакции	✓ Задавайте открытые вопросы ✓ Рефлексируйте реакцию, которую видите ✓ Дайте время обработать информацию и ответить на нее

Почему сначала необходимо выявление? Почему бы просто не перейти к информации, которую вы хотите сообщить? Каждая из трех функций выявления ценна сама по себе. Запрос разрешения клиента на сообщение информации говорит об уважении. Мы считаем, что это усиливает готовность клиента услышать то, что вы ему скажете. Исследование уже имеющихся знаний помогает не повторять то, что человек уже знает и позволяет заполнить пробел в знаниях. Осведомление о заинтересованности позволяет определить, что человек хотел бы узнать больше всего, и может существенно отличаться от того, что вы планировали сказать. Сообщение информации о том, что интересует человека, помогает усилить внимание и способность воспринимать. Если существует что-то еще, что вы обязательно должны сообщить человеку, всегда есть способ вернуться к этому. Об этом мы поговорим позже в данной главе. Таким образом, выявление помогает вам сфокусировать внимание на том, какая информация является наиболее важной и, возможно, увеличивает вероятность того, что клиенты услышат то, что вы хотите им сказать.

Каковы были начальные компоненты выявления в беседе консультанта В?

> «Расскажите мне, что вы знаете об алкоголе и его влиянии на человека».
> «Могу ли я рассказать вам, что я заметил у людей, который боролись с алкоголем?»

Запрос разрешения

Существует, по крайней мере, три способа получить разрешение на сообщение информации или совета. Первый это когда клиент сам задает вам вопрос:

> «Как вы думаете, что мне делать?»
> «Как люди бросают курить?»
> «Какие существуют способы лечения?»

Такие вопросы, обращенные к консультанту, заключают в себе разрешение на сообщение информации. Это не означает, что вы обязаны предоставить информацию. Иногда мы осведомляемся о знаниях самого клиента и его соображениях, прежде чем сообщить собственные:

КЛИЕНТ: Ну и как люди находят работу в этой области?
КОНСУЛЬТАНТ: Да, мне интересно, какие соображения у вас есть на этот счет, что срабатывало в прошлом для вас или знакомых вам людей? Вы знаете, как с этим разобраться?

Необязательно изображать застенчивость и избегать сообщения информации, как, например:

КЛИЕНТ: Так как люди находят работу в этой сфере?
КОНСУЛЬТАНТ: Вам это действительно интересно.
КЛИЕНТ: Да.
КОНСУЛЬТАНТ: Вам интересно, как люди находят работу.
КЛИЕНТ: Да, мне интересно.
КОНСУЛЬТАНТ: Вам хочется, чтобы кто-нибудь вам подсказал какие-нибудь идеи на этот счет.
КЛИЕНТ: Да! Вы можете?
КОНСУЛЬТАНТ: Вы хотели бы знать, есть ли у меня какие-нибудь соображения на этот счет.

Когда клиент запрашивает информацию, спорный вопрос, лучше ли будет сразу сообщить ее или сначала изучить опыт клиента. Ни один из подходов не является

правильным для всех возможных случаев.

Второй способ – это спросить разрешение на сообщение информации, в тех случаях, когда клиент напрямую не просил об этом:

> «Годится, если я расскажу вам кое-что, что сработало с другими людьми?»
> «Что бы вы хотели узнать о вариантах лечения?»
> «Я мог бы рассказать вам немного о том, как справляться с депрессией, если вам это интересно. Можно?»
> «У нас осталось несколько минут до конца нашей встречи. Не хотите ли вы поговорить немного о вашем весе?»

При достаточной вовлеченности в контекст помогающих отношений, человек почти всегда говорит «да» в ответ на такой уважительный запрос разрешения.

Но что, если вы чувствуете себя этически обязанным сообщить некоторую информацию или совет, и вы сделаете это в любом случае, даже если клиент ответит «нет», когда вы спросите его разрешения? Для такого случая существует третья форма разрешения, которая не является непосредственным запросом разрешения с помощью закрытого вопроса, но использует язык, поддерживающий автономию клиента и признающий право клиента согласиться или не согласиться, принять или не принять ваш совет, выбрать, что ему думать и что делать. Нельзя взять и убрать автономию, но вы можете признать ее существование, что вновь увеличивает способность к восприятию информации. Некоторые примеры:

> «Не знаю, касается ли это вас …»
> «Посмотрите, что из этого могло бы иметь отношение к вашей ситуации…»
> «Это может представлять для вас интерес, но необязательно…»
> «Интересно, что вы подумаете об этом…»
> «Вы можете не согласиться с этой мыслью, это, конечно, решать вам…»

Сообщение информации

Второй шаг последовательности ВСВ – сообщение информации или совета. Здесь мы сосредоточимся на сообщении информации, а позже в данной главе мы рассмотрим, как давать советы. Вот некоторые рекомендации, как следует сообщать информацию, получив соответствующее разрешение.

Расставляйте приоритеты: сфокусируйте внимание на том, чего человек больше всего хочет, и том, что ему необходимо знать

Упомянутый ранее полезный общий принцип состоит в том, чтобы не говорить людям того, что они уже знают. Поэтому полезно определить, какой информацией клиент располагает и спросить, что он хотел бы узнать. Затем вы можете заполнить все пробелы и устранить недопонимание. Отдавайте приоритет тому, что человек больше всего хочет узнать и в чем он больше всего нуждается. Особенно в тех случаях, когда информация вызывает сильные эмоции, суть вашего сообщения может затеряться в посторонних деталях.

Сообщайте информацию ясно и в усваиваемых дозах

Сообщайте информацию таким языком, который был бы понятен клиенту. Очень легко перейти на профессиональный жаргон, ставший для вас второй натурой, но это может привести клиента в замешательство. Объясняйте информацию обычным повседневным языком, понятным для слушающего.

Ясность также предполагает сообщение информации небольшими дозами, так же, как добавляют приправу в рагу. Не пускайтесь в монологи; убедитесь, что человек следует за вами.

Последовательность ВСВ может помочь вам сделать это. Сообщите немного

информации, затем проверьте (выявите), понимает ли клиент сказанное и есть ли у него вопросы. Последовательность «выявление – сообщение – выявление» применяется, когда вы хотите рассказать больше, чем одну маленькую часть информации. Например:

КОНСУЛЬТАНТ: Итак, данный диагноз является для вас новостью. Скажите, что вам хотелось бы узнать об этом типе диабета больше всего (выявление).

КЛИЕНТ: Ну, что случилось с моим телом?

КОНСУЛЬТАНТ: Сахар является основным топливом для наших тел, он расщепляется органом, производящим инсулин, который называется поджелудочная железа (сообщение). Вы когда-нибудь слышали об этом? (Выявление.)

КЛИЕНТ: Диабетики должны принимать инсулин, правильно?

КОНСУЛЬТАНТ: Иногда, да. Диабет связан с проблемой инсулина. Тут либо поджелудочная железа недостаточно вырабатывает его, либо он вырабатывается в норме, но тело не способно этот инсулин правильно использовать. В любом случае происходит накопление сахара в крови (сообщение). Что еще вы хотели бы узнать об этом? (Выявление.)

КЛИЕНТ: Почему это проблема, слишком много топлива?

КОНСУЛЬТАНТ: Хороший вопрос. По одной причине, сахар делает кровь более густой и вязкой, и сердцу приходится больше работать, чтобы качать кровь. Слабая циркуляция крови становится причиной повреждения ваших внутренних органов, глаз, рук и ног, если уровень сахара в крови остается высоким (сообщение). Логично? Что еще я мог бы рассказать вам? (Выявление.)

Использование стиля речи, поддерживающего автономию

Когда информация может повлиять на изменение клиента, тогда ваше вступительное слово и способ изложения, используемый стиль речи, и даже ваш тон голоса могут иметь большое значение для того, как ее воспримут, и воспримут ли. Ваш стиль разговора может поддержать или подорвать автономию человека.

Какой стиль разговора, используемый консультантом, может подорвать автономию клиента? Один из стилей – это говорить с клиентом успокаивающе, в родительской манере. Другой – давать непрошеные советы. Третий стиль – принуждающий: говорить людям, что они «должны», «не могут», «обязаны» или «не имеют другого выбора». Обычно такие утверждения являются, так или иначе, ложными и провоцируют человека доказать их ошибочность. Явление психологической реактивности хорошо описано (Brehm & Brehm,1981; Dillard & Shen, 2005; Karno & Longabaugh, 2005a, 2005b): когда свобода человека находится под угрозой, у него возникает естественное стремление восстановить ее. Как обсуждалось в Главе 2, зависимый от алкоголя человек, которому сказали: «Ты не можешь пить» на самом деле вполне способен сделать это. Подобным образом, когда инспектор, осуществляющий надзор за условно осужденными, говорит: «Ты не должен покидать пределы города», он преуменьшает автономию человека.

Обычно такие утверждения означают некоторые возможные последствия: «Если ты …, то …», но такие последствия, даже если они серьезны, неотвратимы и быстро дают о себе знать, не отнимут у человека право выбора. Мы считаем, что лучше признать и обсудить выбор, который человек может сделать.

Рассмотрим деликатную ситуацию, в которой родитель срывает злость на своих детях. По закону вы обязаны сообщить о случае жестокого обращения с детьми властям, как только вы узнаете об этом, а также уведомить клиента о своей обязанности сделать это. Как вы сообщите клиенту эту информацию? Вот один пример.

> «Теперь послушайте, закон здесь совершенно ясен, и вы должны понять это. Если вы когда-нибудь расскажете мне, что причиняете боль вашим детям, здесь я имею в виду, что вы совершаете физическое насилие над ними, моей обязанностью будет сообщить об этом властям. Это означает, что вам придется столкнуться с

судебным разбирательством и последующим решением о том, что делать дальше. Вы должны иметь это в виду, когда разговариваете со мной».

Здесь мы наблюдаем отчетливо родительскую, принуждающую и запугивающую тактику речи. Обратите внимание на частоту утверждений, начинающихся с местоимения «вы», и употребления слов «должен» и «обязан» в речи. Вы просто обязаны воздерживаться от этого во время консультирования! (Вот, теперь понимаете, что я имею в виду?)

Что можно считать совместным и уважающим автономию способом сообщения важной информации?

> «(Выявление.) Мне нужно кое-что объяснить вам. Интересно узнать, что вы об этом подумаете. (Сообщение.) Как вы знаете, наша беседа носит конфиденциальный характер, однако существует важное исключение: закон о защите детей, требующий, чтобы я сообщал властям о жестоком обращении с детьми сразу, как только мне станет известно об этом. Иногда это приводит к судебному разбирательству. Я хочу, чтобы наша совместная работа принесла вам пользу, и я хочу быть уверен, что вы понимаете, что у меня есть такая обязанность. (Выявление.) Мне хотелось бы узнать, что вы думаете по поводу того, как нам лучше действовать в этом вопросе. Возможно, вы захотите обсудить это с вашим супругом или со мной. Я также буду рад ответить на ваши вопросы. Что, как вам кажется, было бы наиболее полезным?»

В этом случае закон разъяснен точно так же четко, но тон сильно отличается. Для этого предусмотрена структура ВСВ («Интересно узнать…», «Что вы думаете по поводу…?»). Использование местоимения «вы» смягчено, в речи используется больше конструкций, предполагающих сотрудничество: «наш», «нам». Уважительный, поддерживающий автономию тон становится коконом, окружающим сообщаемую вами информацию. Как и все в МК, эффективность вашего подхода можно увидеть по тому, как реагирует клиент. Вы будете знать, что делаете все правильно, когда клиент продолжает обсуждение и задает вопросы, а не занимает оборонительную позицию.

Не регламентируйте ответ клиента

Вы можете предоставлять информацию, но не можете предопределять, как ваш клиент отреагирует на нее. Мы не рекомендуем говорить клиентам, как им следует реагировать или понимать информацию, предоставленную вами. Лучше спросить.

Выявление

Теперь становится очевидным и третий шаг в последовательности «выявление – сообщение – выявление». Это перепроверка того, как человек понимает, интерпретирует и реагирует на сказанное вами. В последовательности ВСВ такая проверка проводится регулярно, через равные интервалы после преподнесения каждой порции информации. Существует много различных способов выразить словами «выявление», следующее после «сообщения»:

> «Можете что-нибудь сказать по этому поводу?»
> «Понятно ли я рассказываю?»
> «Вы кажетесь озадаченным».
> «Понятно ли это вам?»
> «Что вы еще хотели бы узнать?»
> «Что вы думаете об этом?»
> «Это имеет какое-то отношение к вашей ситуации?»
> «Интересно, что все это значит для вас?»
> «Как я могу вам это объяснить?»
> «Перескажите мне своими словами то, что я рассказал».

«Как вы думаете, что станет вашим следующим шагом?»

Обратите внимание на то, что здесь компонент «выявление» может принять форму рефлексивного слушания. Рефлексируйте то, что вы видите и слышите в реакции клиента, включая невербальные аспекты, такие, как выражение лица. Как и в случае других рефлексий, не имеет значения, верна ли ваша догадка о том, что это означает. Главное здесь – предоставить клиенту возможность обработать предоставленную вами информацию и ответить на нее.

Пример Юлии

Рассмотрим дальше случай Юлии из Главы 9, в которой обсуждался процесс фокусирования. Здесь мы приведем пример того, как может идти процесс ВСВ.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы изо всех сил пытаетесь понять, что происходит с вами. Можно мне спросить вас о том, что вы знаете о депрессии? (Выявление.)

КЛИЕНТ: Полагаю, это как когда тебе действительно грустно, и ты расстроен, может быть, у тебя нет сил, чтобы что-либо делать. Вы считаете, что это происходит со мной?

КОНСУЛЬТАНТ: Ну, если можно, позвольте мне описать то, что чувствуют некоторые люди, находясь в состоянии депрессии, а вы можете сказать мне, что из этого вам подходит (запрос разрешения).

КЛИЕНТ: Да, ОК.

КОНСУЛЬТАНТ: (Сообщение.) Депрессия – это набор определенных симптомов, и у вас не обязательно должны быть все эти симптомы. Вам даже может не быть грустно. Это как при простуде, все чувствуют себя по-разному. Некоторые кашляют или чихают, у других температура, кто-то будет ощущать повышенную усталость. У вас может болеть не болеть горло, или вы голос потеряете. Так же и депрессия имеет определенные симптомы, которые могут присутствовать, а могут отсутствовать (сообщение). Это вам понятно?

КЛИЕНТ: Да. Что это за симптомы?

КОНСУЛЬТАНТ: Одним из них, как вы и сказали, является грусть, подавленность, желание плакать. Часто люди теряют интерес к вещам, которым они обычно радовались (сообщение).

КЛИЕНТ: Прямо как у меня. Мне не слишком весело в последнее время.

КОНСУЛЬТАНТ: Ну да. Другой симптом – изменение сна. Некоторые жалуются на проблемы со сном, другие спят намного больше, чем обычно. Аппетит тоже может измениться. Некоторые люди набирают вес, а некоторые теряют его. Вам это знакомо? (Сообщение – выявление.)

КЛИЕНТ: Сплю я не очень хорошо, это точно, но мой вес практически не изменился. Я думаю, что ем так же, как и раньше.

КОНСУЛЬТАНТ: ОК. Как я и сказал, разные люди испытывают разные симптомы. Вы упомянули, что вам трудно сосредоточиться, а это тоже является характерным для депрессии. Постоянное чувство усталости. Вам бывает жалко себя? Бывает, что вы чувствуете себя бесполезной или виноватой?

КЛИЕНТ: Совершенно точно. Это про меня.

КОНСУЛЬТАНТ: Кроме того, люди, находящиеся в состоянии депрессии, иногда замечают, что много думают о смерти или о том, чтобы лишить себя жизни. Как у вас с этим?

КЛИЕНТ: На самом деле, я не думаю о том, чтобы убить себя. Я не думаю, что сделаю это когда-либо, но иногда я думаю о смерти, что она избавила бы меня от моего жалкого существования. Кладбища в последнее время вызывают у меня мурашки.

КОНСУЛЬТАНТ: Понятно. Итак, это распространенные симптомы депрессии. Кажется, у вас их достаточно много. Я понятно объяснил? Что еще я могу рассказать вам о депрессии? (Выявление.)

КЛИЕНТ: Это очень похоже на меня (продолжение в Главе 13).

Три особые темы

Обратимся теперь к трем особым темам обмена информацией, часто возникающим в практике МК: (1) совет, (2) самораскрытие консультанта и (3) оценка и обратная связь.

Предложение совета

Совет в каком-то роде является просто специальным типом информации. Он раскрывает то, что вы думаете и что рекомендуете сделать клиенту. В этом отношении сохраняются все условия, свойственные обмену информации. Сначала необходимо получить разрешение одним из трех описанных выше способов. Будьте точным и конкретным, предлагайте советы малыми дозами, регулярно проверяйте и прислушивайтесь к реакции клиента. Используйте стиль речи, поддерживающий автономию клиента. Не предполагайте, что человек обязан следовать вашему совету и что он ему последует.

Кроме простой передачи информации, совет характеризуется некоторыми дополнительными функциями. Совет включает в себя компонент выполнения, рекомендацию касательно изменения человека. В этом качестве совет обладает увеличенным потенциалом запускать реакцию. Чем более настойчив или авторитарен совет, тем больше вероятность, что он вызовет обратную реакцию. Большинство людей просто не любят получать непрошеные советы, хотя многие не против сами давать их.

КЛИЕНТ: У меня столько проблем с детьми. Они не хотят делать то, что я им говорю.

КОНСУЛЬТАНТ: Вспомните, что мы говорили об использовании процедуры тайм-аута…

КЛИЕНТ: Я пыталась, но они не сидят на месте во время тайм-аута.

КОНСУЛЬТАНТ: Просто оставьте их в своей комнате и закройте дверь.

КЛИЕНТ: Им нравится быть в своей комнате! Там их игрушки и игры. Я не хочу, чтобы они проводили там больше времени. Кроме того, я не могу видеть, чем они там заняты.

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо, вы можете усадить их на стул лицом в пустой угол, ненадолго, на короткое время. Вы сможете присматривать за ними, не давая им вести себя плохо.

КЛИЕНТ: Вы уже говорили мне об этом раньше, я пыталась так делать, но они просто отворачиваются и болтают.

Неожиданно, даже если этому предшествовало квалифицированное использование навыков МК, консультант становится сторонником изменения, который предлагает варианты, а клиент отбрасывает их один за другим. Очень легко попасть в этот замкнутый круг предложений и отказов. Процесс разработки плана изменения будет подробнее рассмотрен в Части V, а пока мы дадим некоторые конкретные рекомендации касательно того, как преподносить советы.

Сначала вовлечение

Совет будет принят хорошо, если существует прочная основа вовлеченности. Когда у вас с клиентом сложился хороший рабочий альянс, совет может передавать сопереживание, уважение и надежду.

Умеренное использование

Совет не является главным направлением в МК, которое исходит из того, что клиента нужно побуждать к поиску самостоятельных решений, а не просто давать их. По нашему мнению, многие учреждения, оказывающие различные услуги, чрезмерно злоупотребляют советами и директивным стилем. В условиях ограниченного времени остерегайтесь выпрямительного рефлекса, диктующего незамедлительное решение проблемы. Вместо этого хорошенько послушайте клиента. Когда вы предлагаете совет, обращайте внимание на то, как реагирует клиент. Остекленевший пассивный взгляд, защитное поведение или объяснения, почему ваш совет не сработает (сохраняющие высказывания), будут сигналами того, что вы идете ошибочным путем.

Спрашивайте разрешения

Если клиент не просил у вас совета, сначала попросите разрешения дать его.

Сделайте акцент на личном выборе

Даже если клиенты спрашивают вас, что, по вашему мнению, им следует сделать, будет разумным шагом признать их автономию или даже вновь спросить разрешения.

КЛИЕНТ: Хорошо, что, по-вашему, мне следует делать?

КОНСУЛЬТАНТ: Я могу предложить несколько способов, которые сработали с другими людьми, но важнее всего найти то, что поможет в вашем случае, и вы главный знаток в этом вопросе. Хотели бы вы выслушать несколько идей?

Приведем пример стиля речи, поддерживающего автономию, который можно использовать в тандеме с советом:

«Это действительно решать вам, но я могу описать некоторые варианты».

«Этот совет может не подойти вам».

«Не знаю, будет ли это приемлемо для вас …».

«Вы можете согласиться или не согласиться с моими соображениями…».

«Я не могу сказать вам, что делать, но я могу рассказать вам, что сделали другие люди».

«Вы могли бы попробовать кое-что, если захотите …».

В сущности, вы даете людям разрешение не принимать во внимание ваш совет, что, конечно, всегда является их прерогативой, независимо от того, скажете ли вы это или нет. Признание этой свободы имеет парадоксальный эффект, заставляя человека прислушаться и внять вашему совету.

Предлагайте варианты выбора

Один из конкретных способов избежать цикла «предложение – отказ» – это предоставить набор различных вариантов, а не предлагать их по одному за раз. Внесение одного предложения (как в примере с родителем, приведенном выше) приглашает к сохраняющему высказыванию. Список возможностей актуализирует другую установку: «Какой из этих вариантов может оказаться лучшим?» И вместо того чтобы реагировать возражениями, клиент ставит перед собой задачу рассмотреть ряд возможностей и сделать выбор. Когда люди замечают, что свободно выбрали курс действий среди имеющихся вариантов, их готовность принять данный курс и следовать ему намного выше.

Таким образом, предложенный совет может соответствовать МК, если он используется умеренно, с предварительного разрешения, сохраняя приоритет вовлечения клиента в поиск самостоятельных решений и признания автономии клиента в процессе выбора из заданных вариантов.

Самораскрытие

Ранее мы не рассматривали роль самораскрытия консультанта в МК. В рамках клиентоцентрированного консультирования Роджерс (1959, 1965) выделил «искренность», или «конгруэнтность», как ключевую предпосылку изменения, которую должен сообщить консультант. Позже он определил это как «когда мое переживание данного момента присутствует в моем сознании и когда то, что есть в моем сознании, присутствует в том, что я сообщаю» (Rogers, 1980b, стр. 15). Другими словами, как и в случае компонентов сущности МК, описанных в Главе 2, существуют два уровня искренности: сознание и выражение. Роджерс придерживается мнения, что на уровне сознания консультанту стоит настроиться на свои собственные реакции, на то, что вы сами переживаете во время работы с клиентами. На уровне выражения конгруэнтность предполагает сообщение этого своему клиенту.

Обратите внимание, что описание Роджерса заметно отличается от рассказа клиенту о своем прошлом. Термин «самораскрытие» может предполагать рассказ клиенту о собственном жизненном опыте, связанном с его ситуацией. Роджерс говорил об осознании и связи с тем, что вы переживаете, в момент разговора с клиентом.

Мы, конечно, не выступаем за то, что клиенту нужно говорить все, что придет в голову во время консультации, и никто из клиницистов, известных нам, не делает этого. МК сосредоточено на переживаниях и благополучии клиента, а не консультанта. Необязательно и неэффективно говорить все, что с вами случается во время консультации. Но мы не поддерживаем и противоположную позицию, породившую реакцию Роджерса, заключающуюся в том, что следует оставаться отстраненным и не раскрывать ничего о себе. В классическом психоанализе терапевт сидит буквально за клиентом, свободно отклонившимся на спинку кресла, что позволяет скрыть даже невербальные сигналы (Viscott, 1972).

Между этими двумя противоположными позициями существует некий баланс готовности поделиться чем-то своим, когда кажется, что это способно помочь. Как в таком случае вы решаете раскрыть то, что является частью вашего опыта, прошлого или настоящего? Сейчас проведем проверку.

Правда ли?

Чтобы быть искренним, то, что вы сообщаете о своем опыте, должно быть правдой (хотя не обязательно всей правдой). Несмотря на возможность придумать историю о вашем прошлом или настоящем опыте, мы не рекомендуем делать этого. Кроме того, отрицание того, что вы переживаете в настоящее время («Нет-нет, на самом деле это совсем не вызывает у меня отторжения. Я не осуждаю»), на каком-то уровне все равно заметно клиенту.

Может ли это навредить?

Другая проверка, связанная с заповедью «Во-первых, не навреди», это вопрос о том, может ли самораскрытие навредить. На первом месте в списке идет критика (Simon, 1978), комментарии по поводу возможностей клиента, его намерений, усилий, внешности и так далее.

Существует ли веская причина, по которой это должно помочь?

В близких дружеских отношениях самораскрытие происходит повседневно и двусторонне. В профессиональных помогающих отношениях, однако, по нашему мнению, должна существовать веская причина для самораскрытия. Существует различие между целесообразным самораскрытием (с соответствующим уровнем подробностей, удерживая внимание на клиенте) и чрезмерным самораскрытием, при котором фокус смещается на консультанта (Rachman, 1990). Прежде чем приступить к описанию своего собственного настоящего или прошлого опыта, спросите себя, почему вы считаете, что это сможет помочь. Приведем несколько возможностей:

• Содействовать доверию и вовлеченности (Cozby, 1973).

• Сформировать открытость и содействовать взаимному раскрытию (Sullivan, 1970).

• Ответить на вопрос клиента («У вас есть дети? «Вы когда-нибудь чувствовали себя так, как я сейчас?»).

• Аффирмация, которая является формой самораскрытия: подлинное, происходящее здесь и сейчас, ощущение натуры клиента или его действий.

Стандартная процедура оценки и обратная связь

Практические аспекты стандартной процедуры оценки

Оценка имеет множество форм, от продолжительного формального консультирования до нескольких стандартных вопросов в пределах одной консультации. Как правило, на консультациях ей отдается приоритет, и зачастую она включает в себя односторонний сбор информации, полезной для программы или консультанта[12]. Стоит рассмотреть, как клиенты обычно реагируют на вал оценок, когда они в первый раз обратились в данное учреждение. Маловероятно, что стандартная процедура оценки способствует развитию вовлеченности, некоторые клиенты становятся пассивными и больше не обращаются за услугами.

Учитывая данные, что МК способствует удержанию клиентов в рамках самых различных условий (например, Grote, Swartz, & Zuckoff, 2008; Heffner et al., 2010; Klag, O'Callaghan, Creed, & Zimmer-Gembeck, 2009; McMurran, 2009; Secades-Villa, Fernánde-Hermida, & Arnбez-Montaraz, 2004; Sinclair et al., 2010; Wulfert, Blanchard, Freidenberg, & Martell, 2006), возможно, что интегрирование МК в начальную процедуру оценки способно послужить нуждам и программы, и клиента. Мы рекомендуем предварять оценку как минимум десятью минутами МК. Для этого достаточно просто начать с открытого вопроса, за которым следует рефлексивное слушание:

> «Есть ряд вопросов, которые мне потребуется задать вам через некоторое время, но сначала я хотел бы узнать, что привело вас сегодня сюда и каковы ваши надежды на нашу помощь».

Это также означает, что вводная консультация не должна становиться задачей делопроизводителя, она должна проводиться квалифицированным клиницистом. Вводная оценка является началом вовлечения и лечения и заслуживает внимания опытного профессионала.

Мы рекомендуем собрать минимальное количество информации, которая понадобится для фокусирования и требований отчетности. В организациях, занимающихся психиатрической и психологической помощью, вводная оценка сама по себе иногда требует одной или более сессий. Содержание такой оценки может быть определено кем-то очень далеким от повседневной практики. Сколько информации действительно необходимо? Может клиент заполнить хотя бы часть анкет на столе в приемной или дома между сессиями?

Можно ли отложить заполнение хотя бы части бумаг на потом? Оценка, ставящая под угрозу вовлеченность клиента, может оказаться пустой тратой сил. Значимая роль хорошего менеджера заключается в работе с коллективом, чтобы разъяснить, как и когда можно собрать основные данные для работы так, чтобы усилить вовлеченность клиента. Обычно

---

[12] Один из нас встретился с аддиктологом (консультантом по работе с людьми, страдающими зависимостью), который работал в тюрьмах. Его задача заключалась в привлечении людей, вновь арестованных за вождение в нетрезвом виде, к участию в программе лечения. Время, отпущенное на контакт с одним клиентом, составляло 20 минут, а форма оценки занимала целых 17 листов. Кто-то явно упустил из виду перспективу практикующего специалиста, призванного помогать клиенту!

здесь есть, где проявить гибкость. В программе лечения зависимостей, которой руководил один из нас, мы обнаружили, что абсолютно необходимые вопросы при первичном приеме занимают около 20 минут. Мы поручили нашим самым опытным специалистам проводить вводные консультации, начинающиеся с тридцати минут открытого МК до начала оценки. Консультанты обнаружили, что к тому времени, как они приступали к оценке, у них уже имелось большинство необходимой информации. Консультанты также отметили, что клиенты были гораздо более честными, а процент клиентов, никогда не вернувшихся после оценки, существенно снизился.

Обмен результатами оценки

Зачастую начальная оценочная информация заполняется безо всякой пользы для клиентов или медицинского персонала. Как использовать собранную вами информацию, чтобы усилить вовлеченность и мотивацию к изменению клиента?

«Проверка пьющих» стала фактически первым экспериментальным применением МК (Miller & Sovereign, 1989; Miller, Sovereign, & Krege, 1988), которое постепенно развилось в мотивационно-стимулирующую терапию (motivational enhancement therapy, MET; Miller, Zweben, Diclemente, & Rychtarik, 1992; Project MATCH Research Group, 1993). Центральным компонентом, вдохновившим нас на модель ВСВ, было то, как консультант делится информацией о своих находках и впоследствии использует открытые вопросы и слушание, чтобы побудить клиента сформировать собственные ответы. В сущности, консультант не говорит клиентам, как им следует понимать результаты, но выявляет их собственную интерпретацию и опасения. Это сократовский способ представления информации с целью помочь клиентам прийти к собственным выводам и найти мотивы для изменения. Такой формат проверки был адаптирован для лечения зависимости от марихуаны (Swan et al., 2008), организации реабилитационных мер (Rush, Dennis, Scott, Castel, & Funk, 2008; Scott & Dennis, 2009), организации учебного процесса (Reinke et al., 2011), терапии супружеских отношений (Morrill et al., 2011), семейной терапии (Slavet et al., 2005; Uebelacker, Hecht, & Miller, 2006) и профилактики домашнего насилия (Roffman, Edleson, Neighbors, Mbilinyi, & Walker, 2008).

Данный процесс может представлять собой просто открытый вопрос, заданный после проведения начальной оценки, за которым следует рефлексия и слушание в изменяющем разговоре.

> «Итак, это все, о чем мне нужно было спросить вас сегодня. Спасибо за всю эту информацию. Прежде чем мы двинемся далее, скажите, было ли что-то в нашем сегодняшнем разговоре, что заставило вас задуматься или заинтересовало вас? **(Лучше спросить таким образом, чем задать закрытый вопрос «да/нет», как, например, «У вас вопросы есть?», который, вероятнее всего, спровоцирует ответ «нет»).**

Наряду с этим, мотивационно-стимулирующая терапия подразумевает получение собственных ответов клиента, что достигается с помощью последовательности ВСВ, накапливая разговор об изменениях, чтобы рефлексировать и резюмировать его. Когда информация предоставляется таким образом, клиенты часто приходят к тому же выводу, что и консультант. Отличие, разумеется, заключается в том, что они пришли к выводам самостоятельно и в свое время.

В качестве заключения мы предостерегаем против навязывания оценки, как одностороннего сбора информации, который оставляет за клиентом пассивную роль. Несмотря на то что некоторая информация может потребоваться в практических и административных целях, односторонний сбор фактов может привести к потере вовлеченности клиента. Существует риск такого посыла: «Как только мы соберем достаточно информации, у нас появится ответ для вас». Когда желаемым результатом является изменение клиента, модель типа вопрос – ответ, движимая экспертным знанием,

редко оказывается эффективной. Таким образом, лучше всего свести оценку к необходимому минимуму и интегрировать ее в более масштабную задачу содействия изменению.

Призыв к мастерству

Данная глава призвана разрушить паттерн, который повсеместно распространен в организациях по оказанию различных услуг: крупномасштабное поглощение данных клиента и предоставление ему фактов, полностью лишенных всего человеческого, что могло бы вдохнуть жизнь в данный процесс. Бесхитростный обмен безыскусной информацией порождает равнодушных, пассивных клиентов. Ключевые навыки МК в рамках схемы, подобной ВСВ, обещают возможность превратить обмен информацией в изощренную деятельность по эффективному использованию времени для слияния воедино информации и устремлений вашего клиента. В таком понимании это является темой, заслуживающей обсуждения в исследовательской практике, при обучении клиницистов и на встречах с клиентами.

Ключевые моменты

- В рамках МК информация и совет сообщаются с разрешения клиента.
- «Выявление – сообщение – выявление» – это последовательность, служащая для обмена информацией, с помощью которой мы показываем, что уважаем знания и опыт клиента и его автономию.
- Относительно совета: сначала нужно вовлечь клиента. Советы используется умеренно, акцент делается на личном выборе, клиенту следует предложить несколько возможных вариантов.
- Самораскрытие предполагает готовность поделиться чем-либо из своей жизни. Делятся правдивой информацией, при условии наличия веской причины ожидать, что это поможет и не причинит вреда клиенту.
- Любая необходимая оценка должна быть произведена в контексте, способствующем вовлеченности клиента, делая процесс полезным для клиента, равно как и для клинициста и системы в целом.

Часть IV
Побуждение: подготовка к изменению

Имея установившиеся рабочие отношения и фокус, вы имеете основу для осуществления третьего процесса – побуждения и укрепления мотивации изменения. Процессы вовлечения и фокусирования распространены во многих областях терапии, но именно в процессе побуждения проявляются специфические отличительные признаки МК. Составляющие навыки побуждения включают умение распознавать изменяющее высказывание, когда вы его услышите, и знание, как его вызвать и как реагировать, когда такое высказывание прозвучит. Умелое МК значительно укрепляет изменяющие высказывания клиента, что, в свою очередь, является предпосылкой к последующему изменению. Это основной фокус Части IV.

В Части IV мы также рассмотрим, как распознавать и реагировать на сохраняющие высказывания и на признаки разногласия в рабочем альянсе (Глава 15). Многие признают, что важным фактором изменения клиента является надежда, а стиль МК побуждает и укрепляет ее (Глава 16). Заложив данное основание, в Главе 17 мы вернемся к теме, как консультировать беспристрастно, когда вы не хотите оказывать влияние на выбор клиентом направления изменений. В заключительной главе данного раздела (Глава 18) мы рассмотрим,

как стимулировать мотивацию к изменению у клиентов в стадии отсутствия осознания проблемы и развить амбивалентность, когда она отсутствует.

Глава 12
Амбивалентность: изменяющие и сохраняющие высказывания

Амбивалентность – это замечательная мелодия для танца. В ней есть свой собственный ритм.

Эрика Джонг

Я с рождения обречен быть одним из тех, кто не может не видеть все стороны вопроса. Когда на вас лежит подобное проклятие, вопросы множатся до тех пор, пока в конечном итоге не останутся одни лишь вопросы и ни одного ответа.

Юджин О'Нил

Амбивалентность – это естественный шаг на пути к изменению. В сущности, она представляет собой развитие предыдущего состояния (определенного как «стадия отсутствия осознания проблемы» в трансteоретической модели): отсутствия восприятия причин для изменения. Амбивалентность предполагает одновременное присутствие конфликтующих мотивов и может, таким образом, быть очень неприятной стадией. Представьте себе эмоциональное смятение в состоянии, когда женщина разрывается между двумя любовниками, или безнадежное желание того, что, как вы знаете, может повлечь за собой прискорбные последствия. Полный дискомфорт подвешенного состояния при таком напряжении может сам по себе подтолкнуть человека к изменению.

Тем не менее амбивалентность может стать топким болотом, в котором можно застрять на долгое время. Динамика конфликта делает данную дилемму понятной. В принципе, конфликт амбивалентности развивается в четырех вариантах (Таблица 12.1). Все они предполагают такое состояние, в котором вы ощущаете себя так, как будто вас одновременно тянут или толкают как минимум в двух противоположных направлениях. Чем больше вы двигаетесь в сторону определенного выбора, тем отчетливее становятся его недостатки и тем более привлекательным кажется противоположность. Мучения от осознаваемой амбивалентности могут приводить к тому, что человек может прекратить думать об этом, или решить, что, в конце концов, статус-кво в действительности не так уж и плох, или, в конце концов, что с этим ничего нельзя поделать. Это, конечно, сохраняет статус-кво надолго.

Таблица 12.1.
Четыре разновидности амбивалентности

Приближение/приближение

Человек разрывается между положительными вариантами выбора. Проблема конфетного магазина: какую альтернативу выбрать. Кажется, что мысли или движение в сторону первого выбора (X), усиливает привлекательность второго выбора (Y), и наоборот. Это наименее тяжелый тип амбивалентности, потому что ситуация беспроигрышна, и какой выбор человек ни сделал бы, результат будет хорошим. Конечно, здесь нельзя избежать возможных сожалений после того, как выбор был сделан: «Что было бы, если бы я выбрал другое?»

Удаление/удаление

Это выбор между двумя отрицательными альтернативами. Это выбор меньшего из зол, состояние между молотом и наковальней или между двумя жерновами. Направление в сторону первого выбора (X) акцентирует его негативные стороны, но движение от выбора X означает движение к Y и осознанию его негативных сторон.

Приближение/удаление

В данном типе конфликта рассматривается только один возможный выбор, заключающий в себе значимые положительные и отрицательные стороны. Такой выбор был удачно выражен в словах Билли Рэя Сайруса: «Мне так плохо, когда тебя нет, почти так же плохо, как когда ты рядом». Движение в сторону X делает негативную сторону более очевидной, но движение от X акцентирует положительную сторону.

Двойное приближение/удаление

Конфликт типа «двойное приближение/удаление» обычно признается самым неприятным из всех вариантов. Здесь существует два варианта, X и Y, каждый из которых имеет свои сильные положительные стороны и значимые отрицательные аспекты. Движение в сторону X делает негативные аспекты X более заметными, усиливая одновременно желание двигаться в сторону Y. Движение в сторону Y делает недостатки Y более очевидными, а X становится более привлекательным.

Обдумывание изменения включает разговор самим с собой, взвешивание всех за и против возможных альтернатив. В контексте МК данный разговор может происходить вслух и быть межличностным. Когда люди амбивалентны, они обычно высказывают аргументы за и против изменения одновременно. Амбивалентность означает, что у человека одновременно присутствуют оба мотива. Как говорилось в Главе 2, если кто-то другой озвучивает аргумент в пользу изменения, люди, вероятнее всего, ответят высказыванием аргумента против изменения, находящимся с противоположной стороны их амбивалентности.

Продолжая высказывание аргументов против изменения, люди могут буквально отговорить сами себя от изменения. Аналогично люди могут вовлечь себя в изменение, продолжая озвучивать аргументы в пользу изменения.

Изменяющее высказывание

В первом издании данной книги мы определили аргументы в пользу изменения как «самомотивирующие утверждения». Во втором издании мы заменили их термином «изменяющее высказывание», обозначающее любую речь, способствующую изменению. Но по-прежнему всеобъемлющим определением изменяющего высказывания является язык самовыражения, являющийся аргументом в пользу изменения.

> Изменяющее высказывание – это любой язык самовыражения, содержащий аргументы в пользу изменения.

Впоследствии нам повезло познакомиться и сотрудничать с Полом Амрайном, психолингвистом, специализирующимся в языке мотивации и готовности. Он изучал

языковые сообщения, с помощью которых люди в повседневной речи просят совершить какие-нибудь действия и обещают, что совершают его. Знание того, как читать эти сигналы, является важным социальным навыком. Например, представьте себе студентку, которая просит преподавателя проверить черновую рукопись и внести свои замечания. Она обратит особое внимание на то, что скажет преподаватель в ответ на ее просьбу, поскольку в его ответе содержится информация о вероятности получения замечаний в ближайшем будущем. Рассмотрим примеры ответов, которые может дать преподаватель:

«Извиняюсь. Я бы с радостью, но я действительно очень занят».
«Я попытаюсь найти время на это».
«Возможно, я смогу это прочесть на следующей неделе».
«Обещаю, что просмотрю ее к утру».

Социальные сигналы в данных ответах варьируются от очень низкой до чрезвычайно высокой готовности. В ходе своих наблюдений Амрайн заметил одну вещь: переговоры проходят неудачно, когда уровень требования в речи того, кто спрашивает, выше, чем уровень желания помочь у другого. Мы заметили то же самое в консультационных сессиях и медицинских консультациях, и посоветовали клиницистам работать с людьми на их текущем уровне мотивации, не забегая вперед готовности к изменению у своих клиентов.

Столкнувшись с нашей концепцией изменяющего высказывания, Амрайн заметил, что мы смешивали довольно много различных видов речевых высказываний, и, возможно, было бы полезным различить их. Четыре подтипа, предложенные им, мы назвали подготовительными изменяющими высказываниями: желание, способность, причины и необходимость.

Подготовительные изменяющие высказывания

Желание

Желание является семантической универсалией: каждый язык на земле содержит слова, сигнализирующие о том, что кто-то что-то хочет (Goddard & Wierzbicka, 1994). Такие высказывания часто встречаются в беседах об изменении:

«Я хочу сбросить вес».
«Я хочу найти работу получше».
«Я хочу хорошо чувствовать себя среди людей».
«Я надеюсь получить оценки получше в следующем году».

Хотение является одним из компонентов мотивации к изменению. Оно помогает действительно захотеть измениться, хотя и не является определяющим. Люди могут продолжать делать вещи, даже если они этого не хотят.

Способность

Второй компонент мотивации – это самовнушенная способность к достижению изменения. Люди не будут взращивать мотивацию к изменению, если они не верят, что смогут измениться. «Я хотел бы пробежать марафон (желание), но не думаю, что смог бы когда-нибудь сделать это (способность)». В речи об изменении эти высказывания обращаются в «я могу» или «я способен». Это же проявляется в гипотетико-сослагательной форме, когда человек чувствует, что способен измениться, но может не решаться сделать это: «Я мог бы …» или «Я смог бы …». Язык способности сигнализирует лишь о том, что изменение кажется возможным.

Причины

Третий тип высказывания, определенный Амрайном, представляет собой указание определенной причины для изменения. В разговоре о причинах начать программу

физических упражнений, вам могут сказать:

«Может быть, у меня появится больше сил и энергии».
«Я смогу лучше спать ночью».
«Это поможет мне контролировать диабет».
«Я стану более привлекательной и буду чаще ходить на свидания».
«Я хотела бы дольше прожить, чтобы больше общаться со своими внуками».

Называние таких причин не означает способности или желания. Даже при наличии хороших причин для изменения, человек может не захотеть или чувствовать, что неспособен сделать этого. Метод баланса решения (см. Главу 17) обычно включает сбор конкретных причин за и против изменения.

Эти высказывания имеют неявную структуру «если …. то»: если бы я больше занималась физическими упражнениями, я могла бы стать более привлекательной».

Необходимость

Четвертый компонент мотивации отражен в императивных высказываниях, которые подчеркивают общую важность или срочность изменения. Высказывания, выражающие необходимость, не поясняют, почему изменение так важно (иначе, возможно, это стало бы причиной).

«Мне надо…»
«Мне нужно…»
«Я должен…»
«Мне придется…»
«Я не могу оставить все как есть».
«Что-то нужно менять».

Опять-таки, императивное высказывание не означает желание или способность к изменению. Если, услышав такие слова, вы заглянете немного дальше, вы сможете узнать конкретные причины, стоящие за этими императивами, но сами по себе данные высказывания не говорят о том, почему человек должен, ему необходимо или следует измениться.

Первые четыре типа высказываний на английском языке можно запомнить по акрониму ЖСПН (англ. DARN): желание (desire), способность (ability), причины (reasons) и необходимость (need). Мы рассматриваем их как подготовительные изменяющие высказывания, потому что ни одно из них само по себе или они все вместе не указывают на то, что изменение произойдет. Иными словами, «я хочу сбросить вес» (желание) не то же самое, что «я сброшу вес». Говорить, что кто-то может или мог бы бросить пить (способность) не означает решимости бросить пить. Перечисление хороших причин для совершения изменения не обязательно означает действительное намерение сделать это, даже выражение «мне надо» (необходимость) не то же самое, что «я собираюсь». Ничто из этого само по себе не составляет того, что мы определим далее как «мобилизующее изменяющее высказывание».

Мобилизующее изменяющее высказывание

В то время, как подготовительное изменяющее высказывание отражает сторону «за изменение» амбивалентности, мобилизующее изменяющее высказывание сигнализирует о движении к разрешению амбивалентности в пользу изменения. Самым наглядным примером этого является язык готовности к действию.

Готовность к действию

Сказать, что кто-то должен, может, хочет или имеет хорошие причины для изменения –

еще не сказать, что он изменится. Язык готовности к действию сигнализирует о высокой вероятности совершения действия.

Приведенный ранее пример преподавателя и студентки иллюстрировал язык готовности к совершению действия. Это то, что все мы слушаем внимательно, когда мы попросили кого-то сделать что-нибудь для нас. Произойдет ли это?

Язык готовности к действию используется людьми, чтобы дать друг другу обещание.

Контракты пишутся языком готовности к действию. Так же пишутся супружеские обеты. В американском суде человек, дающий показания, приводится к присяге посредством вопроса «Клянетесь ли вы говорить правду, всю правду и ничего, кроме правды?». Представьте себе ответы на вопросы следующими словами:

«Я хочу».
«Я мог бы».
«У меня есть для этого хорошие причины».

или

«Мне нужно».

Суд ни одним из этих ответов не удовлетворится[13]. Почему? Потому что ни один из них в действительности не утверждает, что человек действительно будет говорить правду. Ни один из них не выражает готовности к действию.

Язык готовности к действию может принимать множество форм. Возможно, самой отчетливой формой являются слова «я буду». Эмпатические варианты включают «я обещаю», «я клянусь» и «я гарантирую». «я даю свое слово» – классический вариант готовности к действию. Слова «я намерен» отражают решение совершить изменение, но возможно, с некоторым оттенком сомнения.

> Сказать, что кто-то должен, может, хочет или имеет хорошие причины для изменения, – еще не сказать, что он изменится.

Активация

Помимо этого, существуют слова, указывающие на движение к действию, что, однако, еще не является готовностью совершить его. Такой язык не является договором, имеющим обязательную силу, но сигнализирует о том, что человек движется в направлении к действию.

«Я хочу сделать…»
«Я готов…»
«Я собираюсь…»

Такие ответы приемлемы в качестве ответа на вопрос: «Вы обещаете, что …?» Язык активации означает состояние «уже почти» и предполагает готовность без утверждения таковой. Когда вы получаете подобный ответ в повседневной беседе, будет естественным уточнить его, задав вопросы: «Когда вы собираетесь это? Что именно вы готовы сделать?»

Принятие мер

Третий тип языка активации обнаруживается при слушании изменяющего высказывания во время терапевтической сессии. Принятие мер – это высказывание, указывающее на то, что человек уже что-то сделал по направлению к изменению. Может

---

[13] Мы благодарим Терезу Мойерс за предоставленный пример.

произойти, например, что люди рассказывают, что с момента последней консультации они предприняли определенные действия по направлению к цели изменения:

«Я купила кроссовки, теперь я могу тренироваться».
«На этой неделе я не ела по вечерам».
«Я сходила на встречу группы поддержки».
«Я обзвонил три места в поисках работы».

Кто-то, кто, например, посещает встречи общества анонимных алкоголиков, не обязательно готов бросить пить, но он сделал шаг в этом направлении.

Мнемоническим символом мобилизующих изменяющих высказываний в русском языке является аббревиатура ГАП (англ. CAT): готовность (commitment), активация (activation) и принятие мер (taking steps). ЖСПН и ГАП – это далеко не все формы изменяющего высказывания, просто самые распространенные примеры. Главное – слушать речь, которая сигнализирует о движении к изменению.

Два склона одного холма

Таблица 12.2.
Холм МК

Не будьте излишне озабочены классификацией изменяющих высказываний, которые вы слышите. Важно узнать его. Просто в силу того, что человек является социальным животным, большинство людей уже имеют интуитивное чувство того, как это работает. Приведем другое сравнение: изменяющее высказывание – это как подниматься по одному склону холма, а спускаться с другого. Склон, по которому вы поднимаетесь, представляет собой подготовительное изменяющее высказывание (ЖСПН), а та сторона, по которой вы спускаетесь, – это мобилизующее изменяющее высказывание (ГАП). Во время консультации спрашивайте себя, на какой стороне холма вы находитесь. Для клиента и консультанта процесс побуждения подготовительного изменяющего высказывания может восприниматься как утомительный подъем, восхождение шаг за шагом по скользким склонам амбивалентности, требующее усилий и стратегии. По мере того как подготовительные изменяющие высказывания придают вам сил, вы, возможно, начнете слышать мобилизующие изменяющие высказывания, и, возможно, процесс начнет ощущаться как легкая прогулка вниз по склону. На пути вниз вас могут поджидать потенциальные препятствия, и, чтобы не споткнуться и не забегать вперед клиента, вам потребуется ваше

мастерство. На пути вниз по склону клиент может почувствовать беспокойство и начать сомневаться, не движется ли он слишком быстро. Мы обсудим спуск по склону в Части V, касающейся процесса планирования. Обратите внимание на предложенную в Таблице 12.2 параллель между последовательностью изменяющих высказываний и стадиями готовности, описанными в транстеоретической модели изменения Прочаска и ДиКлемента (Prochaska, DiClemente, 1984).

Сохраняющие высказывания

Любая речь, произнесенная в поддержку изменения, может быть уравновешена равной по силе, но противоположной по направлению реакцией в защиту статус-кво. При амбивалентности внутренний комитет клиента, о котором говорилось в Главе 1, рассматривает оба аргумента. Приведем некоторые примеры сохраняющих высказываний, используя категории ЖСПН и ГАП, описанные выше:

Желание

«Мне нравится курить и ощущение от курения».
«Я не хочу делать упражнения».
«Я бы ела все, что хочу и когда хочу».

Способность

«Я пытался и не думаю, что могу бросить курить».
«Я думаю, мое здоровье и так будет в порядке безо всяких тренировок».
«Я могу справиться самостоятельно, без всякой помощи».

Причины

«Курение помогает мне расслабиться».
«У меня просто нет времени на упражнения».
«Если я пытаюсь сбросить вес, он все равно возвращается обратно».

Необходимость

«Курение мне необходимо: я просто не могу прожить день без этого».
«Мне приходится тратить свое время и силы на другие вещи».
«Мне просто нужно принять себя такой, какая я есть».

Готовность

«Я собираюсь продолжить курить».
«Я не буду тренироваться, это окончательное решение».
«Я уже довела себя диетами – хватит с меня!».

Активация

«Я готов принять риски, связанные с курением».
«Я не собираюсь думать о тренировках».
«Я не хочу делать то, что для этого требуется».

Принятие мер

«Я снова стал курить на этой неделе».

«Я вернула кроссовки, которые я купила».
«Я сожгла режим питания, который вы мне дали».

Теоретически сохраняющее и изменяющее высказывания противоположны так же, как аргументы человека за и против изменения, и предсказывают различный исход. Преобладание сохраняющих высказываний или смешение в равных пропорциях изменяющих и сохраняющих высказываний тесно связаны с поддержанием статус-кво, тогда как преобладание изменяющих высказываний предсказывает последующее изменение поведения (Moyers, Martin, Houck, Christopher, & Tonigan, 2009). Имеются доказательства существования различных нейронных субстратов этих двух типов речи. В нейровизуализационном исследовании спонтанное сохраняющее высказывание о пьянстве было связано с активацией некоторых ключевых мезолимбических (дофаминовых) путей, тогда как спонтанное изменяющее высказывание с их активацией связано не было (Feldstein Ewing, Filbey, Sabbineni, Chandler, & Hutchinson, 2011). То есть при произношении сохраняющего высказывания человек может активировать вкусовые сигналы, что дает повод ожидать, что человек продолжит употреблять алкоголь. Сотрудничающий и противоречащий стили отношений также по-разному воздействуют на паттерны нейронной активации (Boyatzis et al., 2012).

Лес амбивалентности

Как обсуждалось в Главе 1, слышать переплетение сохраняющего и изменяющего высказываний, зачастую в рамках одного предложения, – это нормальное явление. В этом заключается суть амбивалентности. Обе мотивации одновременно представлены во внутреннем комитете.

> «Я люблю Кристину. По крайней мере, я так думаю. Я скучаю по ней, когда я не с ней, и думаю о ней все время, но затем я думаю и о других женщинах тоже. Мне нравится быть с ней, но она так ревнует, что иногда я чувствую, что попал в ловушку. Я не знаю, что делать. Я хочу быть с ней, но она сводит меня с ума».

Внутренняя борьба может быть утомительным спором, где каждый аргумент порождает контраргумент. Кроме логических аргументов амбивалентность может включать сильные эмоции. Выбор конкретного поведения может быть связан с глубокими вопросами смысла и идентичности. Бросить курить – это не то же самое, что стать некурящим. Упорство в употреблении запрещенных наркотиков может представлять собой нежелание оставить мятежную свободу юности.

Как вы можете помочь человеку вылезти из этой трясины? В попытках найти выход из глубокого леса существует опасность хождения по кругу и возврата к исходному пункту. Чтобы избежать этого, возможно, необходимо продолжать двигаться прямо по курсу. При отсутствии компаса скауты используют способ ориентирования по трем деревьям: все они должны находиться на линии взгляда, одно совсем близко, другое подальше, а третье далеко на расстоянии. Необходимо двигаться от первого дерева ко второму, не теряя из линии обзора третье дерево. Подходя ко второму дереву, надо вновь посмотреть дальше, на третье дерево, намечая четвертое дерево на некотором расстоянии, лежащем на той же прямой линии. Таким образом, можно продолжать движение вперед по прямому пути, даже при невозможности посмотреть сквозь лес.

Процесс МК подобен этому приему. Когда люди, предоставленные сами себе, могут почувствовать, что они ходят по кругу и постоянно возвращаются на прежнее место, МК помогает им двигаться от одного дерева к другому до тех пор, пока они не найдут свой выход из леса.

> Теоретически, сохраняющее и изменяющее высказывания противоположны

так же, как аргументы человека за и против изменения.

Ключевые моменты

• Амбивалентность, одновременное присутствие конфликтующих мотиваций, является нормальным процессом, свойственным человеку на пути к изменению.

• В естественной речи амбивалентность отражается в смешении изменяющего и сохраняющего высказываний.

• Подготовительные изменяющие высказывания (например, желание, способность, причины и необходимость), как правило, предшествуют мобилизующим изменяющим высказываниям (например, готовность, активация и принятие мер).

• Процесс побуждения предназначен для помощи в разрешении амбивалентности в направлении изменения.

Глава 13
Побуждение собственной мотивации человека

Нас излечивает не получаемое нами лечение, а правда, которую мы говорим себе.
О. Хобарт Маурэр

Говорят, слово мертво, когда сказано.
А я говорю, что оно только начинает жить в этот день.
Эмили Дикинсон

Самововлечение в изменение

Процесс изменения, происходящий в МК, не является уникальным. Именно так люди обычно приступают к изменению. Период амбивалентности (обдумывания) разрешается в пользу изменения через нарушение баланса. Осознанные преимущества изменения (за) начинают перевешивать недостатки изменения (против). Иногда это происходит внезапно, в дискретный момент инсайта, но чаще всего это происходит постепенно, с движением вперед-назад. МК помогает людям продвигаться сквозь лес естественных процессов разрешения амбивалентности.

Конкретнее, этот процесс происходит в МК так, что человек буквально сам себя уговаривает измениться. Готовность людей сделать то, о чем сами себе говорили, увеличивается. Обычно амбивалентность обсуждается внутренним комитетом в процессе молчаливого раздумья, который легко идет под откос. Бенджамин Франклин, как и многие другие, поддерживал метод составления письменного списка доводов за и против изменения, как способ систематизировать обдумывание возможного изменения.

Однако, если озвучивать аргументы за и против изменения в одинаковом объеме, то предполагаемым исходом будет продолжение амбивалентности. МК помогает людям выбраться из леса, продолжая с помощью речи двигаться в направлении изменения.

Есть нечто важное в проговаривании вслух своих мотивов в присутствии другого человека. Рассмотрим субъективные различия утверждения: «Я собираюсь на пробежку сегодня» или «Я прощаю своего отца», когда оно сделано следующим образом:

• Подумать об этом про себя, молча.
• Записать это.

• Находясь в одиночестве, посмотреть в зеркало и произнести вслух.
• Сказать кому-нибудь.

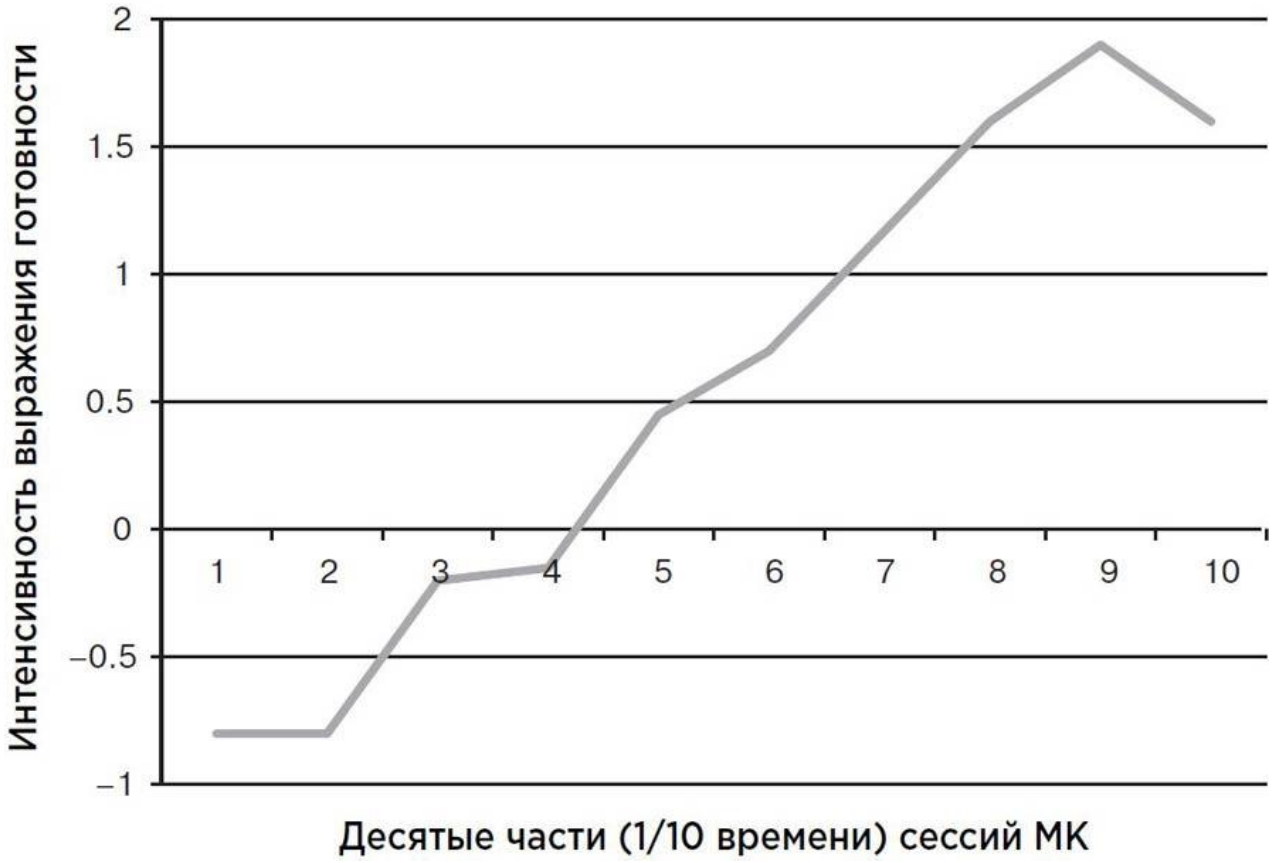
Межличностный контекст также имеет значение. В ситуации принуждения все может обернуться сделкой с совестью, однако проговаривание вслух своих мотивов в рамках принимающих, аффирмативных, внимательных и безоценочных отношений может оказать особое влияние. Поэтому в МК мы уделяем особое внимание побуждению и исследованию изменяющих высказываний.

Это не говорит о необходимости игнорировать сохраняющие высказывания. Такое поведение нарушило бы дух принятия. Когда клиент произносит сохраняющее высказывание, его надо с уважением выслушать, отрефлексировать и включить в более широкий контекст (см. Главу 15). В МК, однако, беседа намеренно организована так, чтобы побуждать и исследовать изменяющие высказывания. Первым шагом является распознавание изменяющего высказывания, когда вы его слышите (Глава 12). В данной главе мы обсудим стратегии извлечения изменяющего высказывания, делая его возникновение более вероятным.

> МК помогает людям продвигаться сквозь лес естественных процессов разрешения амбивалентности.

Другим словами, вы можете существенно повлиять на количество изменяющих высказываний, возникающих у вашего клиента. Частота и интенсивность изменяющих высказываний обычно возрастают в ходе сессии МК. Когда мы предоставили аудиозаписи первых сессий МК психолингвисту Полу Амрайну, чтобы он проанализировал их, он подумал, что слышит голоса актеров, а не реальных клиентов. Почему? Потому, сказал он, что в естественной беседе выражение готовности к действию не может появиться за такой короткий период времени (см. Главу 21). Он подумал, что мы специально записали эти сессии, чтобы представить идеальный сценарий. Анализируя большое количество сессий МК, однако, он обнаружил, что это было нормальным прогрессивным развитием. В Таблице 13.1 показано возрастание, отмеченное им в 61 случае МК с клиентами, которые впоследствии отказались от приема запрещенных наркотиков (Amrhein et al., 2003). Каждый пункт на горизонтальной оси соответствует пяти минутам (одной десятой части) сессии. В начале данных сессий клиенты, участвующие в программе лечения зависимостей, в среднем выражали намерение продолжить употребление наркотиков (значения ниже нуля, соответствующего нейтральному отношению). К окончанию сессии они выражали вслух стойкую готовность прекратить употребление наркотиков. Наклон линии обозначает возрастание числа изменяющих высказываний в ходе проведения сессии МК, предвещающее успешный отказ от наркотиков. Другими словами, МК произвело необычный сдвиг в числе изменяющих высказываний, что, в свою очередь, предсказало последующее изменение поведения.

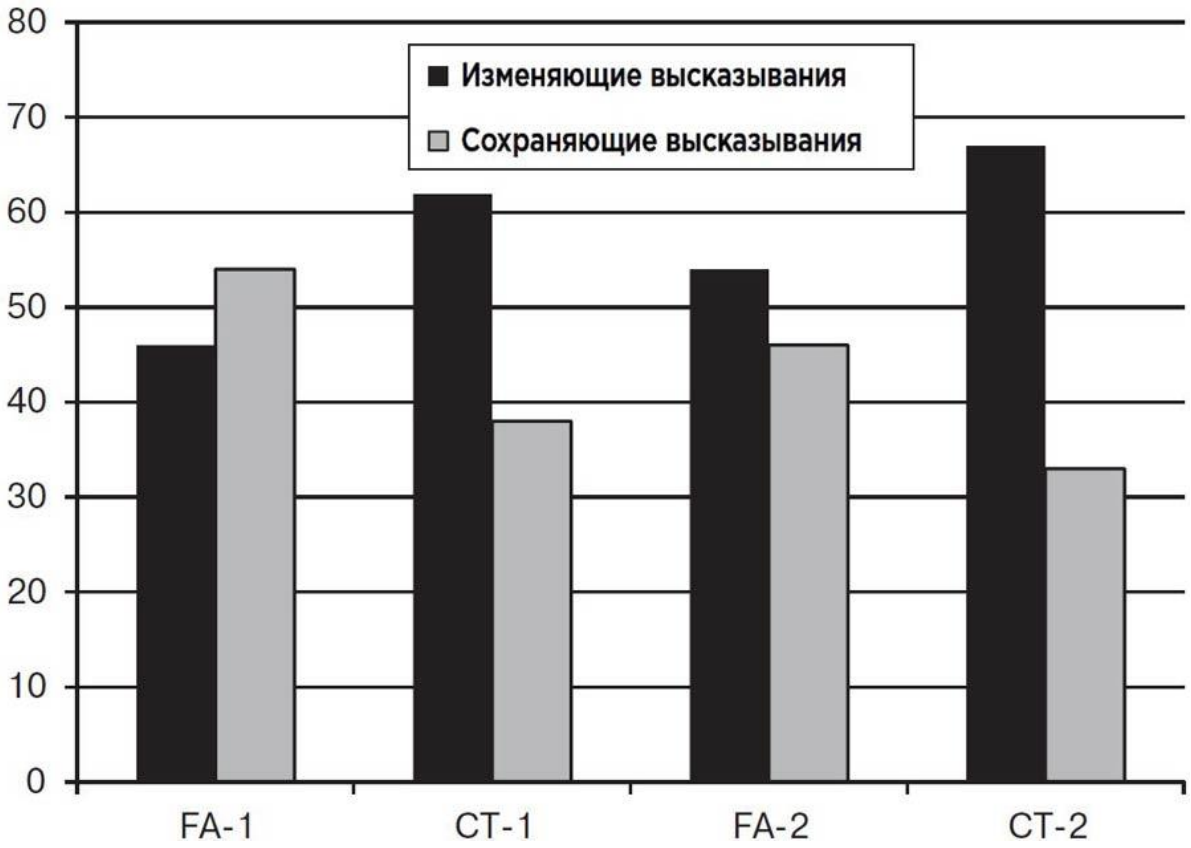
Таблица 13.1.
Интенсивность выражения готовности к действию во время сессии МК



Примечание. Отрицательные значения иллюстрируют готовность продолжить употребление наркотиков; положительные значения иллюстрируют готовность прекратить употребление наркотиков.

Если такое возрастание готовности к действию в изменяющем высказывании случается в обычных сессиях МК, возможно ли, что причиной этого являются какие-нибудь действия консультанта? Чтобы ответить на данный вопрос, Глинн и Мойерс (Glynn & Moyers, 2010) провели другое исследование. В данном исследовании клиницисты без ведома клиентов получили инструкцию изменять свой стиль консультирования каждые 12 минут в ходе одной и той же сессии по схеме ABAB, где чередовались два разных условия, A и B (перекрестное планирование. – *Прим. ред.;* см. также Patterson & Forgatch, 1985). В одном условии консультант должен был постараться побудить клиента и стимулировать изменяющие высказывания, касающиеся алкоголя (CT). Другим экспериментальным условием был функциональный анализ (FA), общий компонент разных видов поведенческой терапии, с помощью которого специалисты стараются понять предпосылки и последствия пьянства. Оба условия включали эмпатическое слушание, но только в первом условии консультант намеренно пытался побудить клиента и извлечь изменяющее высказывание. Порядок условий выборочно варьировался таким образом, что иногда первым шел функциональный анализ, а потом консультант приступал к условию изменяющего высказывания. Мог ли консультант повлиять на количество изменяющих высказываний, произносимое клиентами? Результаты приведены в Таблице 13.2.

Таблица 13.2.
Процент изменяющих и сохраняющих высказываний варьируется в зависимости от подхода консультанта



Примечание. FA, условие функционального анализа; CT, условие изменяющего разговора. На основе Глинн и Мойерс (Glynn & Moyers, 2010).

Отчетливо видно, что количество изменяющих высказываний возрастало, а число сохраняющих высказываний снижалось на прогнозируемых интервалах, со сменой данного паттерна на противоположный в интервалах функционального анализа. Обратите особое внимание на коэффициент изменения, относительную пропорцию изменяющих и сохраняющих высказываний в сегментах CT и FA.

В другом исследовании Мойерс и Мартин (Moyers & Martin, 2006) изучали последовательные отношения между ответами консультанта и изменяющими высказываниями клиента в ходе сессий МК. Они обнаружили, что вероятность изменяющего высказывания возрастает исключительно после ответов консультанта, согласующихся с МК, другое поведение консультанта к такому результату не приводило.

Кроме этого, в Новой Зеландии было проведено исследование с другим экспериментальным дизайном. Дуглас Селлман и его коллеги случайным образом распределили людей, злоупотребляющих алкоголем в две группы: курс МК и клиентоцентрированное консультирование, предполагающее рефлексивное слушание (Глава 5), но без компонента целеполагания, входящего в МК. Только условие МК дало значительное снижение потребления алкоголя в группе страдающих тяжелой алкогольной зависимостью по сравнению с контрольным условием (Sellman, MacEwan, Deering, & Adamson, 2007; Sellman et al., 2001).

Совокупность этих и других исследований указывает на то, что сказанное клиентом во время сессии имеет значение: увеличение числа изменяющих высказываний (по отношению к сохраняющим) связывается с последующим изменением.

Кроме того, имеет значение и то, что делает консультант. Изменяющие и сохраняющие высказывания довольно чувствительны к стилю консультации, и клиницисты могут значительно повлиять на то, какое количество тех и других они услышат. Значимое воздействие на количество изменяющих высказываний и последующее изменение возникает

не благодаря тому, что консультант «мило» общается с клиентами или хорошо слушает их. Он является результатом стратегических подходов к побуждению изменяющих высказываний.

Извлечение изменяющих высказываний

Итак, каким образом осуществляется увеличение числа изменяющих высказываний в речи клиента? Очевидно, что это возможно и единой стратегии не существует. Ваши клиенты подскажут вам, когда вы делаете все правильно. Если вы слышите изменяющее высказывание, делайте больше того, что вы делали до этого. Если вы сталкиваетесь с увеличением числа сохраняющих высказываний или противоречием, попробуйте что-нибудь другое. Преимущество при изучении МК заключается в том, что, как только вы понимаете, к чему нужно прислушаться, ваши клиенты обеспечат вам немедленную, непрерывную обратную связь, что поможет вам в развитии ваших навыков.

Извлекающие вопросы

Возможно, самый простой и самый непосредственный способ извлечь изменяющее высказывание – это попросить о нем, задав открытые вопросы, ответом на которые и будет изменяющее высказывание. По сути, вы предлагаете высказаться членам внутреннего комитета, которые поддерживают изменение.

Акронимы ЖПСН и ГАП могут пригодиться при формулировании вопросов для стимуляции различных типов изменяющего высказывания. Не обязательно пробегать весь список, просто запустите процесс. Помните, что обычно вы начинаете с ближайшего к вам склона холма в Таблице 12.2 (подготовительные изменяющие высказывания). Будет лучше, если вы воздержитесь от мобилизующих вопросов на самом раннем этапе процесса побуждения, за исключением случаев, когда клиент обращается к вам, будучи абсолютно готовым к изменению (в данном случае вы можете пропустить процесс побуждения и перейти прямо к планированию). Дождитесь, пока у вас не накопится приличное количество изменяющих высказываний, и вы не начнете слышать спонтанные мобилизующие высказывания, прежде чем приступить к исследованию обратной стороны холма.

Итак, какими бывают подготовительные извлекающие вопросы? Используйте ЖСПН для генерации идей.

Преимущество при изучении МК заключается в том, что, как только становится понятным, к чему нужно прислушаться, ваши клиенты обеспечат вам немедленную, непрерывную обратную связь, что поможет вам в развитии ваших навыков.

Желание

Вопросы, определяющие желание изменения, включают глаголы «хотеть», «желать» и «нравиться». Существует много различных способов спросить о желании изменения.

«Какие изменения вы хотели бы увидеть?»

«К чему, вы надеетесь, может привести наша совместная работа?»

«Скажите мне, что вам не нравится в положении вещей на сегодняшний день?»

«Какие изменения вы хотели бы увидеть в вашей жизни через год?»

«Что вы хотели бы иметь в браке?»

«Что вы ожидаете от данной программы?»

Способность

Вопросы, определяющие способность, задаются, чтобы узнать, что человек может или

способен сделать, или, выражаясь более деликатно (гипотетически), что они могли бы сделать (что не связывает их обязательством сделать это).

«Если бы вы действительно решили сбросить вес, как бы вы это сделали?»
«Что, как вам кажется, вы могли бы изменить?»
«Какие у вас есть соображения по поводу того, как вы могли бы _____»
«Насколько вы верите в то, что смогли бы _____, если бы приняли такое решение?»
«Из рассмотренных вами вариантов, какой вариант кажется вам наиболее возможным?»
«Насколько вероятно, что вы способны _____»

Причины

Вопросы, определяющие причины, задаются, чтобы выяснить конкретную причину, по которой человек хочет измениться. Они исследуют причины «если …, то …», чтобы подумать над ними или совершить изменение.

«Почему вы хотели бы больше тренироваться?»
«Какие минусы есть у сегодняшнего положения дел?»
«Какие могут быть плюсы в том, чтобы бросить пить?»
«Стоит ли потратить ваше время, чтобы _____?»
«Какие преимущества может иметь то, что _____?»
«Закончите предложение: «Все не может оставаться по-прежнему, потому что_____».
«Назовите три лучшие причины, чтобы _____».

Другой прямой подход заключается в том, чтобы извлечь изменяющее высказывание таким образом, который показывает, что амбивалентность – это нормальное явление[14].

«Большинство людей, столкнувшихся с возможностью изменения, испытывают к нему двойственное отношение. Возможно у вас есть несколько причин оставить все как есть, и в то же время, возможно, что вы рассматриваете некоторые причины, чтобы что-то изменить. Каковы причины для изменения, которые вы видите?

Необходимость

Выражение необходимости выражает актуальную потребность в изменении, необязательно с указанием конкретных причин. Вопросы о необходимости могут также вызвать к жизни причины (и очень хорошо, что это происходит). Вновь существует много способов задать вопрос.

«Чему необходимо произойти?»
«Насколько важно для вас _____?»
«Насколько это кажется вам серьезным или срочным?»
«Как вы думаете, что должно измениться?»
«Закончите предложение: «Я действительно должен _____».

Как мы говорили в Главе 14, кроме простого задавания таких вопросов существует нечто еще. Существуют специфические процессы анализа и стимуляции изменяющих высказываний, когда они появляются. Как бы то ни было, вызывает удивление, как много изменяющих высказываний можно извлечь, просто задав правильные вопросы.

Неправильные вопросы

---

[14] Предложено доктором Каролиной Яне.

Какие вопросы являются неправильными? Несмотря на то, что вопросы, приведенные ниже, являются открытыми вопросами, это не те вопросы, которые мы обычно рекомендуем в МК.

«Почему вы не изменились?»
«Что заставляет вас делать это?»
«Почему вам приходится курить?»
«О чем вы думали, когда совершили эту ошибку?»
«Почему бы вам не попытаться понастойчивее?»
«Назовите три причины, чтобы выйти из программы».
«Что с вами?»
«Как же вы могли захотеть вернуться к _____?»
«Почему вы не можете _____?»

Почему эти вопросы с точки зрения МК являются дурными советами, противопоказанными клиенту? Потому что, если человек ответит на них буквально, в результате получится сохраняющее высказывание. Характер некоторых вопросов заставляет чувствовать стыд, что, скорее всего, испортит терапевтический контакт и вызовет разногласия.

Мы не утверждаем, что *всегда* неуместно задавать вопросы, ответом на которые, вероятнее всего, станет сохраняющее высказывание. Мы иногда сами задаем такие вопросы. Дело в том, что нужно подумать, прежде чем задать один из подобных вопросов, и спросить себя о том, какое высказывание, изменяющее или сохраняющее, вы услышите в ответ.

Если, вероятнее всего, это будет сохраняющее высказывание, то какова причина, в чем стратегия, побуждающая задать его? Вот некоторые возможные причины:

• Изучить препятствия изменению в процессе планирования. «Что может помешать вам делать то, что вы хотите делать?»

• Встать на сторону сопротивления в надежде вызвать подготовительное изменяющее высказывание. «Таким образом, вы считаете, что для вас совершенно невозможно бросить курить?»

• Отойти подальше для хорошего разбега, когда изменяющее высказывание не предвидится (см. Главу 15). «Итак, скажите мне, что хорошего вы видите в употреблении кокаина? (и затем) «А каковы минусы его употребления? Что в этом не так уж и хорошо для вас?»

В качестве общей рекомендации советуем вам задавать открытые вопросы, которые стимулируют изменяющие высказывания, и не забывать о существовании стратегических причин, чтобы задать обратные вопросы. Помните, что количество изменяющих высказываний по отношению к количеству сохраняющих является предпосылкой фактического изменения.

Использование шкалы важности

Одним из побуждающих вопросов (необходимость), приведенных выше, является вопрос «насколько важно для вас_____?». Один из вариантов такого вопроса – попросить человека оценить ощущение важности по определенной шкале (Butler, Rollnick, Cohen, Russell, Bachmann, & Stott, 1999). Обычно мы используем шкалу с диапазоном от 0 до 10.

«По шкале от 0 до 10, где «0» означает «совсем неважно», а «10» – «самая важная вещь для меня в настоящий момент», насколько важно, по-вашему, _____?»

Ответом будет число от 0 до 10. Сам по себе данный вопрос имеет ограниченную пользу. Ценность данной процедуры с точки зрения изменяющих высказываний определяется последующим вопросом касательно числа, выбранного человеком:

«Почему вы назвали ____, а не 0 (или меньшее число)?»

Обратите внимание, что выпрямительный рефлекс может подтолкнуть на противоположный вопрос «Почему вы назвали 6, а не 10?». Ответом на данный вопрос будет сохраняющее высказывание. Вопрос «Почему вы назвали 6, а не 2?» с большой вероятностью стимулирует изменяющее высказывание о причинах, почему изменение является важным.

Что, если человек, которому задали вопрос о важности, ответит «ноль»? Это может случиться, но такое происходит редко. Но даже и в этом случае, такой вопрос дает важную информацию. Настоящий ответ «ноль» сигнализирует о полном отсутствии амбивалентности (по крайней мере, в отношении текущей важности) и предполагает, что вы перейдете к исследованию других аспектов ЖСПН, кроме необходимости, или, возможно, применения стратегии создания амбивалентности (Глава 18).

Несмотря на то, что этот метод оценки был назван «шкалой готовности», мы почти никогда не спрашиваем «По шкале от 0 до 10, насколько вы готовы к изменению?». Готовность – это мобилизующее изменяющее высказывание, которое находится на дальнем от вас склоне холма МК и, кроме того, не является языком, часто используемым людьми в спонтанной речи (Amrhein et al., 2003). Чтобы спросить человека о готовности к изменению, сделайте упор на изменении. Именно поэтому мы предпочитаем спрашивать о субъективной необходимости (важности).

> Задавайте открытые вопросы, которые стимулируют изменяющие высказывания.

Шкалу можно использовать, чтобы извлечь другой тип подготовительного изменяющего высказывания. В Главе 16, например, мы говорим об использовании шкалы уверенности для повышения самоэффективности. Можно спросить: «Насколько сильно вы хотите измениться?», хотя мы редко задаем такой вопрос, поскольку велика вероятность, что цифры ответа будут низкими, а принять решение об изменении, не желая этого, вполне возможно (например, по конкретным причинам или потому, что это было бы правильным). Одной шкалы, возможно, будет достаточно, чтобы извлечь изменяющее высказывание, и мы не рекомендуем использовать больше двух в течение одной беседы, так как это может стать утомительным[15].

Другим последующим вопросом, извлекающим изменяющее высказывание, будет вопрос: «Что потребуется вам для того, чтобы перейти от (текущее число) к (большее число)?» Другими словами, что должно произойти, чтобы важность усилилась? Вы также можете спросить, каким числом оценил бы важность изменения кто-то значимый в жизни клиента (например, муж или жена), а затем спросить: «Почему вы считаете, что его/ее число будет таким высоким?»

Если такая оценочная шкала не кажется вам наилучшим подходом к вашему клиенту или контингенту, разработайте шкалу, которая будет лучше соответствовать вашему случаю. Различные точки на данной шкале могут быть обозначены словами, рисунками или даже животными. Можно использовать визуальную шкалу без каких-либо отметок на ней, например, простую линию, один конец которой будет означать «чрезвычайно важно», а

---

[15] Мы разработали бумажную форму со шкалами, чтобы спрашивать о шести естественных языковых характеристиках изменяющего высказывания (Miller & Johnson, 2008).

другой «совсем не важно». Можно попросить человека сделать карандашную отметку, чтобы указать, где они определяют себя на данной линии, а вы сможете измерить его отрезок позже. Могут быть полезны шкалы с физической манипуляцией, например, бегунок, который можно передвигать вдоль линии, чтобы определить текущее положение. Линейка, прикрепленная к оборотной стороне такого устройства, позволит вам быстро определить цифровое значение, если вам необходимы точные данные. Амрайн смастерил весы, устроенные как качели-балансир, которые можно наклонять в одну или в другую сторону, а угломер, прикрепленный на обороте, указывает на цифровое значение при каждом изменении угла. При любом выборе типа шкалы всегда можно задать последующий вопрос о том, почему человек выбирает свою точку на шкале вместо точки ниже (меньше) по значению.

Вопрос о крайней степени последствий

Если в настоящее время стремление к изменению не слишком велико, другой способ извлечь изменяющее высказывание – это попросить людей описать свои (или чужие) самые худшие опасения, представить себе крайнюю степень вытекающих последствий (метод описания крайностей. – *Прим. ред* .):

> «Что из последствий, связанных с высоким давлением, в долгосрочной перспективе вызывает у вас наибольшие опасения?»
>
> «Представьте, что вы оставите все, как есть, без изменения. Каким тогда будет самый худший вариант развития событий, как вам кажется?»
>
> «Что вы знаете о последствиях, которые могут наступить, если употреблять алкоголь во время беременности, даже если с вами такого не случится?»

В крайнем случае, может оказаться полезным представить себе наилучшие последствия, которые могут последовать за изменениями:

> «Какими, по-вашему, могут быть наилучшие результаты вашего изменения?»
>
> «Если бы вам удалось полностью измениться так, как вы бы этого желали, что стало бы другим?»
>
> «Представьте на минуту, что вам удалось _____. Что хорошего было бы в этом?»

Взгляд в прошлое

Иногда, извлекая изменяющее высказывание, полезно, чтобы клиент вспомнил время до возникновения проблемы и сравнил это время с нынешней ситуацией:

> «Помните ли вы то время, когда у вас все было хорошо? Что изменилось?»
>
> «Как все было до того, как вы начали употреблять наркотики? Каким вы были тогда?»
>
> «Расскажите мне о том, как вы встретили друг друга, и что привлекало вас тогда».
>
> «Какова разница между тем человеком, каким вы были 10 лет назад, и тем человеком, которым вы являетесь сегодня?»
>
> «Как боль изменила вашу личность или не позволила расти, двигаться вперед?»

Взгляд в прошлое иногда помогает вспомнить время до возникновения проблемы, подчеркивая несоответствие между нынешней ситуацией и вероятностью, что жизнь снова станет лучше.

Если, оглянувшись назад, клиент описывает время, когда его ситуация была еще хуже,

вы можете исследовать, что привело к улучшениям в настоящем времени.

Взгляд в будущее

Еще одним способом извлечения изменяющего высказывания является помощь в создании картины будущего после изменения. Здесь вы просите клиента рассказать, какова будет ситуация после того, как он изменится:

> «Если бы вы решили измениться, что тогда, как вы надеетесь, станет по-другому в будущем?»
>
> «Расскажите мне, каким вы хотите видеть свое будущее лет через пять».
>
> «Я вижу, что сейчас вы очень расстроены. Каким вам хочется видеть свое будущее?»

Подобным образом вы можете попросить человека заглянуть вперед во времени и предсказать, каким все будет, если ничего не менять:

> «Представьте, что вы ничего не меняете, просто продолжаете жить, как жили. Какой, по-вашему, будет ваша жизнь через пять лет?»
>
> «Учитывая все произошедшее, что, по-вашему, может случиться, если вы не предпримете никаких изменений?»

Этот метод в чем-то пересекается с методом описания крайностей. Однако в методе взгляда в будущее вы просите либо дать реальную оценку будущего без изменений, либо описать актуальные надежды на измененное будущее.

Исследование целей и ценностей

Наиболее часто используемый нами подход заключается в исследовании более общих целей и ценностей человека. Что является наиболее важным в жизни вашего клиента? В конце концов, нет никого, кто по-настоящему был бы «немотивированным». Приоритеты клиентов могут значительно отличаться от приоритетов консультанта, но каждый, тем не менее, имеет цели и приоритеты. Изучение того, каковы же эти ценности, дает некоторые ориентиры, с которыми можно сличать статус-кво.

Как говорилось в Главе 7, исследование того, что имеет наибольшее значение для человека, может стать хорошим способом развить отношения и применяется даже в процессе вовлечения. Этот тип беседы не ограничивается плюсами, которые может иметь конкретное изменение. При исследовании ценностей даже нет необходимости определять фокус изменения. В процессе исследования выясняется, чем люди дорожат больше всего и какими ценностями они руководствуются в своей жизни. Поскольку ценности – это устремления человека, может возникнуть существенное несоответствие между текущим статусом и установленными целями. Но также верно и то, что при обсуждении в атмосфере доверительных и уважительных отношений такое несоответствие может стать значительным мотивом для изменения. Исследование ценностей может также использоваться в процессе фокусирования для определения конкретных целей изменения. В процессе побуждения изменяющее высказывание и мотивация возникают из несоответствия между текущим статусом или поведением и выбранными ценностями и целями человека.

Вспомните, что цель в побуждении заключается в том, чтобы добиться собственной мотивации человека к изменению. Главное – исследовать и раскрыть темы несоответствия между важными целями или ценностями и текущим поведением клиента. Если подобный вопрос приводит к разногласию или самозащите, не давите. Реакции клиента более важны, чем окончание любой отдельно взятой процедуры.

Баланс изменяющих и сохраняющих высказываний

Вспомните, что сдвиги в ходе профессионально проведенной сессии МК – это соотношение между изменяющими и сохраняющими высказываниями. Некоторые консультанты ожидают, что как только они слышат какое-либо изменяющее высказывание, то с этого момента надо мягко двигаться вперед, уделяя мало внимания или вовсе забыв о сохраняющих высказываниях. Обычно сохраняющие высказывания продолжают встречаться, но становятся менее частыми по сравнению с изменяющими высказываниями, с которыми они тесно переплетаются. Важный навык в начале сессии МК – это распознавание начатков изменяющего высказывания в сохраняющих высказываниях подобно тому, как узкая дорожка света маяка указывает моряку путь во время шторма. При этом нет необходимости избавляться от шторма и завываний ветра. Нужно просто следовать за светом[16].

Что делать, если изменяющее высказывание вызывает сомнения?

Некоторых клиницистов волнуют клиенты, которые «просто говорят то, что вы хотите услышать» и, таким образом, могут произнести изменяющее высказывание, не придавая ему значения. Связанное с этим беспокойство касается клиентов, которых консультант воспринимает как наивных и далеких от реальности в своем пылком разговоре об изменениях. «Засчитывается» ли изменяющее высказывание в таких случаях? Как реагировать, когда чувствуешь, что изменяющее высказывание клиента неискренно или наивно?

Вас не удивит, что мы не приветствуем конфронтацию в форме таких высказываний, как те, что приведены ниже:

> «Я не верю вам!»
> «Вы просто говорите мне то, что я хочу слышать».
> «Вы далеки от реальности. Вернитесь на землю!»

Такие ответы могут разрушить отношения и привести к разногласию. Так что же делать вместо этого?

Проблема в обоих случаях (неискренность или поверхностность) заключается в фокусе изменяющего высказывания на общих утверждениях, вместо конкретных деталей. Мы склонны ловить человека на слове и интересоваться подробностями. Неопределенное или поверхностное изменяющее высказывание (пока еще) не имеет необходимой глубины. Просьба уточнить, более тщательно проработать вопросы «как» и «почему», вероятно, подтолкнет к более определенному изменяющему высказыванию и может фактически трансформировать неопределенные утверждения общего характера в конкретные намерения. Данное исследование производится с установкой поддерживающей заинтересованности, а не с цинизмом или в попытке «поймать» клиента на обмане или самообмане.

КЛИЕНТ: Нет, я действительно собираюсь бросить пить. Я хочу.

КОНСУЛЬТАНТ: Почему вы хотели бы сделать это? (Побуждающий вопрос: причины.)

КЛИЕНТ: Я просто собираюсь сделать это, вот и все.

КОНСУЛЬТАНТ: Здорово. Но мне очень интересно, почему вы так стремитесь бросить пить, если алкоголь сейчас так важен для вас?

КЛИЕНТ: Ну, мои родные хотят, чтобы я бросил. Меня волнует, когда мои дети

---

16 Благодарим Терезу Мойерс за данную аналогию.

говорят: «Пожалуйста, папочка, не пей сегодня вечером!» Это терзает мне душу.

КОНСУЛЬТАНТ: Довольно трудно сказать нет, когда ребенок умоляет вас таким образом. Вы беспокоитесь о своих детях (рефлексия). Что еще? По каким еще причинам вы собираетесь бросить пить? (Побуждающий вопрос.)

КЛИЕНТ: Ну, мой врач советует мне.

КОНСУЛЬТАНТ: А что вы сам об этом думаете?

КЛИЕНТ: Я знаю, она беспокоится обо мне, анализы крови и все остальное. Она говорит, что моя печень просто кричит о том, чтобы я бросил.

КОНСУЛЬТАНТ: Насколько это важно? (Побуждающий вопрос: необходимость.)

КЛИЕНТ: Ну, я не слишком много знаю об этом, но я думаю, если убить свою печень, обратно ее уже не вернуть, и тогда все будет действительно плохо.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы хотели бы остаться здоровым (рефлексия).

КЛИЕНТ: Поэтому я собираюсь бросить.

КОНСУЛЬТАНТ: Каким будет ваш первый шаг?

Главное здесь помочь клиентам более конкретно осмыслить свое желания, возможности, причины, необходимость и планы. Озвучивание конкретных деталей делает изменения более вероятными. Вы, как будто бы принимая изменяющее высказывание клиентов за чистую монету, тем самым повышаете вероятность, что они и в самом деле изменятся. Тот, кто начинает с неопределенных гарантий, может в конечном итоге вознамериться сделать конкретные шаги к изменению. Конкретные детали также увеличивают ответственность. Общие мотивы и намерения не способствуют изменению так, как это делает конкретная информация.

Мнение консультанта о том, что клиент говорит то, что от него хотят услышать, звучит как сигнал разногласия, который консультант воспринимает на интуитивном уровне как сомнение в искренности заверений клиента. По сути, данное ощущение консультанта сигнализирует о проблеме в отношениях. Когда возникает данное беспокойство, другим вариантом действий будет поработать над укреплением вовлеченности таким образом, чтобы клиент почувствовал себя в достаточной безопасности, чтобы стать более честным, и не ощущал бы необходимость нравиться или обманывать вас.

Возвращение к Юлии

Чтобы проиллюстрировать процесс побуждения, вернемся к случаю Юлии, о котором говорилось ранее в Главах 6, 9 и 11. Здесь вовлеченность прогрессирует достаточно успешно, имеется предварительный фокус на депрессии, но каковы мотивы Юлии к изменению?

КОНСУЛЬТАНТ: В последний раз мы говорили о депрессии как о распространенной клинической проблеме. В действительности депрессия – это самая распространенная проблема, которая приводит людей в нашу клинику. Мы прошлись по признакам депрессии и вы обнаружили у себя довольно много таких признаков. Полагаю, что следующим пунктом я хотел бы обсудить, какие изменения вы хотели бы увидеть (побудительный вопрос: желание).

КЛИЕНТ: Я не хочу так плохо себя чувствовать, чтобы резать себе руки (изменяющее высказывание: желание).

КОНСУЛЬТАНТ: Это в центре вашего внимания. Вы знаете, как вы не хотите себя чувствовать. А как вы хотите себя чувствовать?

КЛИЕНТ: Нормально, я думаю. Счастливой. Вновь иметь силы что-нибудь делать (изменяющее высказывание: желание). Когда я порвала с Рэем, это просто свело меня с ума. Я чувствую, что со мной что-то не так, что я все время порчу отношения.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы хотели бы снова чувствовать себя счастливой и довольной собой

(выборочный анализ изменяющего высказывания). Что еще?

КЛИЕНТ: Я хочу быть с человеком, который любит меня (изменяющее высказывание). Мне кажется, что я привлекаю мужчин, которые зациклены на том, чтобы рассказывать мне, как они себя чувствуют. Мне нужен человек, с которым я могла бы поговорить (изменяющее высказывание).

КОНСУЛЬТАНТ: Насколько важным для вас будет найти такие отношения? (Побуждающий вопрос: необходимость.)

КЛИЕНТ: Очень важно. Я не хочу быть одна. Мне нужно, чтобы меня любили (изменяющее высказывание: необходимость).

КОНСУЛЬТАНТ: Вам это необходимо.

КЛИЕНТ: Да! Я не хочу продолжать разрушать отношения (изменяющее высказывание: желание). Я не знаю, почему я это делаю.

КОНСУЛЬТАНТ: Расскажите мне немного о том, почему вы хотите чувствовать себя лучше (извлекающий вопрос: причины).

КЛИЕНТ: У меня такое чувство, что я просто таскаю с собой всю эту тяжесть. Мне нравится веселиться, но со мной теперь всем уныло. Мне кажется, что даже мои друзья меня избегают (изменяющее высказывание: причины).

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо было бы чувствовать себя беззаботно, наслаждаться жизнью и общением с друзьями.

КЛИЕНТ: Да, было бы хорошо (изменяющее высказывание). Вы считаете, что в моем случае это возможно?

КОНСУЛЬТАНТ: Я как раз собирался спросить вас об этом. Назовите сильные стороны вашей личности. Что ваши друзья сказали бы о том, что происходит с вами? (Извлекающий вопрос: способность.)

КЛИЕНТ: Не знаю. Возможно, они бы сказали, что я упрямая.

КОНСУЛЬТАНТ: То есть, когда вы решите что-нибудь сделать, вы это делаете.

КЛИЕНТ: Что-то в этом роде. Теперь я себя так не чувствую, но в прошлом я была довольно настойчивой. Думаю, это у меня есть (изменяющее высказывание: способность).

КОНСУЛЬТАНТ: Приведите пример того, что вы сделали что-то или изменили что-то в вашей жизни, что потребовало от вас больших усилий. Может быть, что-то такое, что, как вы сначала думали, вам никогда не удастся сделать?

КЛИЕНТ: Переезд сюда. В Ирландии я всегда жила рядом с отцом и моими сестрами. Сюда я приехала одна.

КОНСУЛЬТАНТ: Такой долгий путь. Вам потребовалось мужество.

КЛИЕНТ: Я просто хотела жить сама по себе, изменить жизнь, уехать подальше. Но сейчас я чувствую, что я совсем одна.

КОНСУЛЬТАНТ: Довольно трудно переехать на новое место одной, самостоятельно. Как вам это удалось?

КЛИЕНТ: Мне пришлось найти здесь работу, затем я стала посещать занятия в университете. Мне пришлось привыкать к другой культуре, выяснить все про магазины и банковскую систему, завести друзей.

КОНСУЛЬТАНТ: И вам это удалось. Вам пришлось приспосабливаться ко многим изменениям.

КЛИЕНТ: Я никогда особо об этом не думала. Полагаю, что могу приспособиться, когда это достаточно важно (изменяющее высказывание: способность).

КОНСУЛЬТАНТ: Теперь используйте ваше воображение. Предположим, что мы работаем вместе, и вы добились успеха в изменениях. Как тогда изменится ваша жизнь, скажем, через пять лет? (Взгляд в будущее.)

КЛИЕНТ: Я бы вышла замуж, возможно, завела бы семью. У меня была бы хорошая работа, которую я бы больше любила. Я бы не нервничала так все время, как сейчас. Жизнь была бы более спокойной (изменяющее высказывание). (Продолжение см. в Главе 19.)

За разнообразием идей об извлечении изменяющего высказывания, описанных в данной главе, лежит нечто более фундаментальное. Ваша задача заключается не в том, чтобы запомнить тот или иной хитроумный метод, чтобы применять его в общении с клиентами, а внимательно слушать, проявляя заинтересованность в собственной внутренней мотивации человека к изменению. Извлечение – это стихийный процесс, чувствительный к взаимодействию, происходящему здесь и сейчас. Стимуляция изменяющих высказываний клиента так эффективна не потому, что они ссылаются на уже оформившееся внутреннее состояние (например, изначально присутствующее желание измениться)… но потому, что они способствуют и производят изменение, на которое они указывают» (Carr, 2011, стр. 236). Извлечение – это совместный творческий процесс, посредством которого высвобождается потенциал человека к изменению. Мотивация к изменению возникает, даже если вы говорите вместе.

Ключевые моменты

• Баланс изменяющих и сохраняющих высказываний предопределяет изменение и подвержен существенному влиянию со стороны консультанта.
• Возможно, самый простой метод извлечения – это задавать открытые вопросы, побуждающие к изменяющему высказыванию.
• Можно использовать другие разнообразные стратегии, чтобы извлечь собственные мотивы клиента к изменению.
• В МК не стоит слишком часто извлекать и исследовать сохраняющие высказывания, хотя могут найтись стратегические причины сделать это.

Глава 14
Реакция на изменяющее высказывание

Для того чтобы сказать правду, необходимы двое: один – чтобы говорить, а другой – чтобы слушать.
Генри Дэвид ТОРО

В конце концов, когда вы ищете чьего-либо совета, то это определенно не потому, что вы хотите, чтобы вам его дали. Вы просто хотите, чтобы они были рядом, пока вы будете рассказывать о себе.
Терри Пратачетт

Когда бы вы ни услышали изменяющее высказывание, не затягивайте. В рамках стиля МК существуют определенные способы реагирования на изменяющее высказывание с целью его развития. Если вы только собираете изменяющие высказывания («Что еще? … Что еще?»), вы упускаете возможность укрепить мотивацию к изменению.

Первый шаг, конечно, это распознать изменяющее высказывание, когда вы его слышите, и не оставить его без внимания (Глава 12). Существуют определенные вещи, которые вы можете сделать, чтобы извлечь изменяющее высказывание (Глава 13), но то, как вы реагируете, когда это высказывание произнесено, может существенно повлиять на объем и качество изменяющих высказываний, которые вы слышите.

OAPP: Четыре реакции на изменяющие высказывания

Проверяя сессии МК, мы прослушали реакцию четырех консультантов на изменяющие высказывания. Акроним данных реакций аналогичен акрониму, введенному в Главе 3: OAPP.

• Открытый вопрос
• Аффирмация
• Рефлексия
• Резюме

Реагирование одним из этих способов часто влечет за собой дополнительное или более подробное изменяющее высказывание.

Открытый вопрос

Реагируя на изменяющее высказывание, задайте определенный вариант открытого вопроса: попросите рассказать подробнее или привести пример. Когда вы слышите изменяющее высказывание, задавайте больше вопросов о нем. Проявите к нему интерес и любопытство. Вы хотите знать больше. Просите больше подробностей или примеров. Эти рекомендации могут быть применены как к минусам статус-кво, так и к преимуществам изменения.

КЛИЕНТ: Ну, иногда, когда я просыпаюсь утром после употребления спиртного, я чувствую себя не очень хорошо.

ПРОРАБОТКА: Каким образом, конкретно, вы чувствуете себя плохо?

ПРИМЕР: Расскажите мне о последнем случае, когда такое произошло с вами.

По мере того как вы накапливаете подробности или выслушиваете конкретные примеры, приводимые клиентом, вы получаете все больше изменяющих высказываний.

КЛИЕНТ: Я думаю, что моя семья была бы более счастлива, если бы я проводил меньше времени на работе.

ПРОРАБОТКА: Что именно было бы лучше?

ПРИМЕР: Расскажите мне о каком-нибудь случае, когда вам понравилось быть вместе со своими родными.

По сути, задавайте открытые вопросы, ответом на которые будет изменяющее высказывание.

Аффирмация

Вторым способом реагирования на изменяющее высказывание является аффирмация. Вы признаете и хвалите то, что человек говорит об изменении. Это просто одобрительные комментарии в адрес сказанного человеком.

КЛИЕНТ: Я планирую ходить в спортзал два раза в неделю (готовность).

УТВЕРЖДЕНИЕ: Молодец!

КЛИЕНТ: Я думаю, что моя семья была бы счастлива, если бы я больше времени проводил дома (причина).

УТВЕРЖДЕНИЕ: Вы очень заботитесь о них.

КЛИЕНТ: Мне нужно что-то делать со своим весом (необходимость).

УТВЕРЖДЕНИЕ: Ваше здоровье важно для вас

КЛИЕНТ: Я думаю, я смог бы бросить курить, если бы действительно решил сделать это (способность).

УТВЕРЖДЕНИЕ: Как только вы решите сделать что-нибудь, вы это сделаете.

Рефлексия

Основной навык МК, рефлексивное слушание, является еще одним способом укрепить

изменяющее высказывание. Это может быть простая или сложная рефлексия.

КЛИЕНТ: Хотела бы я не волноваться так все время (желание).

РЕФЛЕКСИЯ: Вы хотите этого (простая).

КЛИЕНТ: Я могла бы найти работу получше, если бы действительно попыталась (способность).

РЕФЛЕКСИЯ: У вас есть соображения, как это можно сделать (сложная, продолжение высказывания).

КЛИЕНТ: Я собираюсь прекратить попытки переплюнуть своего брата (готовность к действию).

РЕФЛЕКСИЯ: Вы приняли решение (простая).

Когда вы рефлексируете изменяющее высказывание, вероятнее всего, следующим, что скажет клиент, будет еще больше изменяющих высказываний. Приведем пример консультирования человека, зависимого от азартных игр, с интегрированием открытых вопросов (ОВ), аффирмации (АФФ) и рефлексии (РЕФ) в реакцию на изменяющее высказывание:

КОНСУЛЬТАНТ: Какие проблемы появились у вас из-за того, что вы играете в азартные игры?

КЛИЕНТ: Очевидно, что, прежде всего, это денежные проблемы.

КОНСУЛЬТАНТ: Почему именно вас это беспокоит (ОВ)?

КЛИЕНТ: Ну, я просто слишком много денег трачу на игры и не всегда плачу по счетам.

КОНСУЛЬТАНТ: Расскажите мне, как это произошло в последний раз (ОВ).

КЛИЕНТ: На прошлой неделе я истратила почти 600 долларов. Вначале я старалась себя ограничивать, но когда я проигрываю такую сумму, я пытаюсь отыграться.

КОНСУЛЬТАНТ: Со временем эта сумма растет (РЕФ).

КЛИЕНТ: Да уж! Я проиграла примерно 20 000 долларов за последние полгода.

КОНСУЛЬТАНТ: Это для вас большая сумма (РЕФ).

КЛИЕНТ: Еще бы! У нас нет столько денег. По крайней мере сейчас.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы проиграли много (РЕФ). Насколько вас волнует эта проблема с деньгами? (ОВ.)

КЛИЕНТ: Это становится большой проблемой, я беспокоюсь об этом все время. Люди стучат в мою дверь, звонят по телефону, присылают гадкие письма. Мне нужно что-то делать.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы человек ответственный, который хочет платить по своим счетам (АФФ).

КЛИЕНТ: Такой меня воспитали.

КОНСУЛЬТАНТ: Как конкретно влияет на вас такой большой проигрыш? (ОВ.)

КЛИЕНТ: Никто больше не даст кредит, за исключением казино. Мой муж в конце концов заметил снятие денег со счета, у нас был тяжелый разговор.

КОНСУЛЬТАНТ: Это большой стресс для ваших отношений (РЕФ).

КЛИЕНТ: Он беспокоится о пенсии, конечно. А я не могу покупать то, что хочу.

КОНСУЛЬТАНТ: Например… (ОВ.)

КЛИЕНТ: Как-то я увидела красивое платье как раз моего размера, но я не могла позволить себе его. Мои кредитки были заблокированы. Я разозлилась и натворила глупостей.

Когда вы слышите изменяющее высказывание, рефлексируйте его. Можно рефлексировать изменяющее высказывание, которое могло бы прозвучать в данном случае, но не прозвучало. Для этого существует особая форма продолженного высказывания (Глава

5), которую Тереза Мойерс назвала «изменяющее высказывание в кредит».

Рассмотрим отрывок из диалога с человеком, страдающим тяжелой зависимостью от алкоголя:

КОНСУЛЬТАНТ: Вы пили довольно много (рефлексирование сказанного клиентом)

КЛИЕНТ: Я на самом деле не думаю, что это было много. Я могу много выпить и даже не почувствовать этого.

КОНСУЛЬТАНТ: Больше, чем большинство людей (РЕФ).

КЛИЕНТ: Я могу продолжать пить, когда большинство людей уже под столом.

КОНСУЛЬТАНТ: Именно это вас и беспокоит (РЕФ, продолжение изменяющего высказывания).

КЛИЕНТ: Ну, это и то, как я себя чувствую. На следующее утро я обычно в плохой форме. Я чувствую себя нервным и не могу ясно мыслить большую часть утра.

КОНСУЛЬТАНТ: И это не кажется вам нормальным (РЕФ, продолжение потенциально изменяющего высказывания).

Ответы, выделенные курсивом, являются рефлексиями, которые содержат изменяющие высказывания. Клиент еще не высказал его вслух, но изменяющее высказывание – это одно из возможных предположений о том, что будет сказано. Клиент может согласиться и продолжить интерпретацию, озвучивая изменяющее высказывание. Если ваша догадка неверна и клиент ее исправляет, то вы можете незамедлительно рефлексировать то, что клиент в действительности подразумевал, или даже извиниться за свой промах.

Как и в случае других рефлексий в МК очень важно избегать скептического или саркастического тона и не пытаться быть слишком умным. Сохранение искренней заинтересованности и сопереживания – это плот, на котором плывет все остальное.

Другой рефлексивный навык заключается в том, что мы называем «выхватить изменяющее высказывание из пасти амбивалентности». Часто приходится слышать изменяющее высказывание, соединенное с сохраняющим в одно предложение или фразу.

Предположим, например, что у вас состоялась беседа с кем-то по поводу его бездействия:

> «К тому времени, как я добираюсь до дома с работы, я очень устаю. Я готовлю ужин и помогаю детям с домашней работой, и после того как я уложу их спать, я уже совсем без сил. Я знаю, что мне нужно больше тренироваться, но у меня просто нет на это времени!»

Следуя выпрямительному рефлексу, консультант стал бы объяснять, насколько важна физическая активность, или посоветовал бы включить физические упражнения в расписание дня. Ожидаемой реакцией клиента было бы еще больше сохраняющих высказываний. Но обратите внимание, что аргумент в пользу изменения уже присутствовал в высказывании клиента. За и против уже присутствуют в его внутреннем комитете. Главное здесь – это услышать изменяющее высказывание и рефлексировать его: «Вам важно увеличить количество физической нагрузки». Можно попросить проработать изменяющее высказывание («Когда вы думаете о том, что вам надо больше заниматься физическими упражнениями, что вы представляете себе в вашем воображении?») или утверждение («Ваше здоровье действительно важно для вас»). Дело в том, что необходимо услышать изменяющее высказывание и вытащить его на свет.

> Часто приходится слышать изменяющее высказывание, соединенное с сохраняющим в одно предложение или фразу.

Приведем несколько примеров. В каждом случае мы дали три возможные рефлексии: две, которые подчеркивают сохраняющее высказывание (СВ) и одну, которая выделяет

изменяющее высказывание (ИВ).

КЛИЕНТ: Я сначала забеспокоилась, но я не думаю, что у меня действительно диабет. Врач сказал, что у меня «пограничное состояние» или что-то в этом роде, и я чувствую себя прекрасно.

ST: Вы чувствуете себя прекрасно.

ST: Вы не думаете, что у вас действительно диабет.

CT: Вы не хотите, чтобы у вас развился диабет; это беспокоит вас.

КЛИЕНТ: Да, конечно, я хотела бы быть настолько здоровой, насколько это возможно, но мне 68, ради бога! Я так понимаю, мне уже можно дать послабление своим вредным привычкам, у них просто не будет времени, чтобы скрутить меня.

ST: С этой точки зрения вам нечего терять.

ST: В свои 68 вы хотите просто наслаждаться жизнью.

CT: Вы хотите оставаться настолько здоровой, насколько это возможно.

КЛИЕНТ: Я не сделал ничего плохого! Я с ними за компанию погулять вышел. Я ж не знал, что они собираются украсть кошелек у той женщины. Теперь мне говорят, что я нарушил испытательный срок. Думаю, что было глупо бродить по улицам в два часа ночи, но все произошло так быстро, что я ничего не мог сделать. Я не нарушил закона, а мне теперь из-за этого придется вернуться в тюрьму.

ST: Вы не виноваты.

ST: Вы не сделали ничего плохого.

CT: Бродить по улицам в два часа ночи было плохой идеей.

КЛИЕНТ: Такая морока – пить все эти лекарства. Предполагается, что я должен принимать их четыре раза в день, но в половине случаев у меня их даже нет с собой. И я ненавижу, как я себя чувствую из-за них. Я думаю, есть веские причины, по которым мне надо их принимать, но мне это кажется просто невозможным.

ST: Для вас это невозможно.

ST: Необходимость принимать все эти таблетки действительно вызывает много хлопот.

CT: Вы знаете, что вам очень важно их принимать.

В общем, вы получите больше, если будете рефлексировать. Если вы рефлексируете сохраняющее высказывание, вы, вероятно, услышите больше сохраняющих высказываний (хотя иногда люди реагируют изменяющим высказыванием). Рефлексируйте изменяющее высказывание, и вы получите больше изменяющих высказываний. В двусторонней рефлексии (с одной стороны… но с другой стороны…) вы, вероятнее всего, услышите больше тех элементов, которые вы оценили последними.

Бывают моменты, когда рефлексирование сохраняющих высказываний может быть полезным, и в Главе 15 мы исследуем способы стратегического использования рефлексии. Иногда клиенты реагируют на рефлексию сохраняющих высказываний компенсирующим изменяющим высказыванием. Убедитесь в том, что вы *слышите* изменяющее высказывание, особенно если оно окружено сохраняющим высказыванием, так в нем выражены собственные аргументы самого клиента в пользу изменения. Когда вы слышите амбивалентность («бутерброд амбивалентности», последовательность СВ/ИВ/СВ), попытайтесь рефлексировать изменяющее высказывание.

Резюме

Рефлексивное резюме сказанного человеком является еще одним ключевым навыком МК. В клиент-центрированном консультировании, однако, имеется не очень много рекомендаций по поводу того, что должно быть включено в резюме и что должно быть оставлено за его рамками. Очевидно, что вы не можете перечислить всего, что сказано клиентом. При формировании резюме вам непременно приходится выбирать то, что должно

быть включено в резюме среди всего сказанного клиентом.

Теперь наберитесь терпения и приготовьтесь выслушать долгое обсуждение, так как резюмирование, согласующееся с МК, требует большой техники и искусства. Сначала мы приведем диалог, взятый из начальной сессии МК, и рассмотрим некоторые различные подходы составления резюме.

Пациент от доктора Кларка

Приведем пример клинического консультирования в стиле МК, основанного на реальном случае [17] . Проводя стандартное медицинское обследование, доктор Кларк направила Сильвию к психотерапевту (behavioral health counselor) по поводу употребления алкоголя. В направлении было указано, что врач почувствовала запах алкоголя в дыхании пациента во время осмотра и добавила анализ на алкоголь в направление на анализы. В полученном результате анализа был обозначен уровень алкоголя 90mg%, а также слегка повышенный уровень ферментов печени. После того как вы прочтете запись разговора, мы обратимся к рассмотрению разных вариантов резюме для данного диалога.

КОНСУЛЬТАНТ: В направлении не очень много информации, Сильвия. Возможно, вы могли бы рассказать мне, зачем, с вашей точки зрения, доктор Кларк направила вас ко мне.

КЛИЕНТ: Я была сама удивлена, когда она со мной связалась. Она позвонила мне после медосмотра и сказала, что хотела бы встретиться, потому что беспокоилась за меня.

КОНСУЛЬТАНТ: Доктор Кларк позвонила вам лично.

КЛИЕНТ: Угу. Это напугало меня. Я думала, что это из-за того, что у меня плохие анализы.

КОНСУЛЬТАНТ: Что же она сказала вам?

КЛИЕНТ: Ну, тем утром, когда я проходила медицинское обследование, во время осмотра, она отметила, что чувствует запах алкоголя. Я подумала, что, может быть, это из-за ополаскивателя для рта, которым я пользуюсь. Именно так я ей и сказала. Она больше ничего не ответила.

КОНСУЛЬТАНТ: Но после этого она вам перезвонила.

КЛИЕНТ: Я думаю, она попросила проверить меня на алкоголь. Я не знала, что она собиралась сделать это. В любом случае она сказала, что я превысила допустимый уровень, чтобы вести машину. Но я клянусь, я ничего не пила.

КОНСУЛЬТАНТ: Вас застали врасплох.

КЛИЕНТ: Я никогда не пью утром. Она также сказала, что в одном анализе были обнаружены отклонения, в анализе на печень. Думаю, именно из-за этого она направила меня поговорить с вами.

КОНСУЛЬТАНТ: Уверен, что вы размышляли об этом какое-то время. Что вы сейчас думаете о том, что она сказала вам?

КЛИЕНТ: Честно, мне не нравится то, что я здесь. Мне не нравится, что меня проверяют таким образом. Мне кажется, что это не ее дело и не ваше. Я не хотела сюда приходить.

КОНСУЛЬТАНТ: Однако вы пришли.

КЛИЕНТ: Это меня немного испугало. Она не объяснила мне результаты анализов за исключением того, что, возможно, я слишком много пью. Она объяснила это вам?

КОНСУЛЬТАНТ: Она отправила мне результат анализов, один из которых анализ на ГГТ. Этот анализ отражает, как работает ваша печень, здесь вы правы, и его показатели увеличиваются, когда человек пьет в больших количествах. Это как предупреждающий сигнал, когда вы ведете машину. Что вы об этом думаете?

---

[17] Как и в других наглядных примерах в данной книге, имя клиента и его личные данные были изменены в целях сохранения анонимности и конфиденциальности. Некоторые примеры представляют собой компоновку диалогов из разных случаев.

КЛИЕНТ: Мне это не нравится. Я думаю, это и вызвало ее беспокойство. Я знаю, что у нее добрые намерения.

КОНСУЛЬТАНТ: Она заботится о вас. Возможно, она беспокоилась о содержании алкоголя в вашем организме. В какое время вы проходили медицинское обследование?

КЛИЕНТ: Это было утром до работы. Я проснулась, приняла душ, собралась и вышла из дома. Я даже не завтракала из-за того, что мне предстояло сдавать анализы.

КОНСУЛЬТАНТ: Итак, это для вас загадка, как алкоголь оказался в крови с утра.

КЛИЕНТ: Я думаю, что это остаточное явление. Могло такое случиться? Я не пью так уж много.

КОНСУЛЬТАНТ: Конечно. Печень расщепляет алкоголь в течение определенного времени, поэтому какое-то его количество могло остаться в крови.

КЛИЕНТ: Но она сказала, что юридически я была в состоянии опьянения! Я живу далеко на западе, а работаю в центре. Поэтому мне приходится каждое утро пробираться по пробкам через весь город. Я чувствовала себя отлично.

КОНСУЛЬТАНТ: Ничего необычного.

КЛИЕНТ: Да. Но она сказала, что если бы меня остановили для проверки, меня могли арестовать.

КОНСУЛЬТАНТ: Это шокировало вас.

КЛИЕНТ: Я – государственный служащий, работаю в городской администрации, и если бы это произошло, я могла бы потерять работу.

КОНСУЛЬТАНТ: Ну да. Я понимаю, почему вы пришли, и я рад, что вы это сделали. Это все ново для вас, и вам не нравится находиться здесь, но доктор Кларк заставила вас задуматься. Поговорим немного об этом?

КЛИЕНТ: Хорошо, но я не хочу, чтобы вы мне читали лекции об алкоголизме.

КОНСУЛЬТАНТ: Я не буду читать вам лекции, обещаю. Теперь, если вы не возражаете, расскажите мне, какое место занимает алкоголь в вашей жизни, в самый обычный день?

КЛИЕНТ: Обычный день. У меня долгий рабочий день и к тому времени, как я добираюсь до дома, я чувствую себя изможденной и готовой расслабиться. Я обычно выпиваю немного вина, пока готовлю ужин. Если дети не со мной, я готовлю что-нибудь по-быстрому и откидываюсь.

КОНСУЛЬТАНТ: Имеет значение: с вами дети или нет.

КЛИЕНТ: Ну, обычно я в любом случае за ужином выпиваю вина, и пока готовлю тоже, но я хотела сказать, что готовлю что-нибудь повкуснее, если они со мной. Я разведена. Дети большую часть времени проводят с ним. Все не так, как должно быть, но он всегда был помешан на контроле.

КОНСУЛЬТАНТ: После ужина вы откидываетесь и расслабляетесь.

КЛИЕНТ: Обычно я просто смотрю телевизор. Моих сил хватает только на это.

КОНСУЛЬТАНТ: И как сюда вписывается алкоголь?

КЛИЕНТ: Он помогает мне расслабиться, вроде как отключиться. Иногда я выпиваю еще вина или мартини, пока смотрю телевизор. Потом я устаю и иду спать, встаю, и все начинается сначала. Это когда дети не со мной.

КОНСУЛЬТАНТ: А когда они с вами…

КЛИЕНТ: Мы вместе смотрим телевизор, если им не надо делать уроки. Тогда я помогаю им. Кажется, я не пью столько, когда они со мной. Утром я отвожу их в школу до работы, и все достаточно суматошно. Однако мне нравится, когда они со мной.

КОНСУЛЬТАНТ: У вас договоренность с вашим бывшим мужем.

КЛИЕНТ: Мы делим опеку, я должна забирать их к себе с понедельника по среду, и на каждые вторые выходные, но этого не происходит. Как я сказала, он помешан на контроле. Он всегда доминировал надо мной, заставлял делать все, как хочет он. Если он сказал, что они не приедут, они не приедут. Так что они у меня бывают нечасто.

КОНСУЛЬТАНТ: Но это не то, как определил суд.

КЛИЕНТ: Точно. Но я не могу пойти с этим в суд. Я не могу позволить себе хорошего адвоката, а он сказал, что если я пожалуюсь, он скажет, что я алкоголик и подаст ходатайство о единоличной опеке. Я не могу бороться с ним (пауза, борется со слезами). Я люблю своих детей и чувствую себя намного лучше, когда они рядом. Им хорошо со мной.

КОНСУЛЬТАНТ: Каким образом вы чувствуете себя лучше, когда они с вами?

КЛИЕНТ: Я чувствую себя более веселой. Мне есть чем заняться. Обычно, когда я просыпаюсь по утрам, я чувствую себя ужасно. Я нервничаю, чувствую себя уставшей, мне совершенно не хочется вставать. Но я все равно встаю. Когда дети со мной, я чувствую, что у меня есть причина вставать.

КОНСУЛЬТАНТ: В эти дни вы и пьете меньше, когда они с вами.

КЛИЕНТ: А, понимаю, к чему вы клоните. Вы думаете, что я себя чувствую плохо по утрам потому, что много пью.

КОНСУЛЬТАНТ: Есть и такая возможность.

КЛИЕНТ: Ну, может быть, в этом что-то есть, но еще я скучаю по своим детям.

КОНСУЛЬТАНТ: Вам причиняет боль то, что их нет рядом с вами. В то же время вам интересно, что, может быть, вы чувствуете себя плохо по утрам потому, что выпивали накануне вечером.

КЛИЕНТ: Я не думаю, что у меня похмелье или что-то в этом роде, но чувствую я себя достаточно плохо. У меня болит голова и так далее. Может быть. Но я не алкоголик, ничего такого.

Поскольку правильно составить резюме, согласующееся с МК, достаточно трудно, здесь есть где попробовать свои силы. Перед тем как перейти к дальнейшему прочтению, подумайте, как бы вы могли подвести итог тому, что уже сказано в этой беседе. Если бы вам пришлось дать Сильвии обобщающее резюме, что бы вы включили в него и почему? Напишите не более семи предложений и закончите свое резюме вопросом, продолжающим разговор. Составив собственное резюме, прочтите приведенные далее примеры.

Резюме 1

Это первое из четырех резюме для диалога, приведенного выше. Все они предназначены помочь Сильвии. Прежде чем приступить к каждому последующему резюме, подумайте, что подчеркивалось в предыдущем. Чем руководствовался консультант в выборе того, что следует включить, а что исключить из резюме? Как каждое резюме согласуется с сущностью и стилем МК? Подумайте о том, что должен чувствовать клиент, и ответьте на каждое резюме.

> «Итак, создается впечатление, что у вас достаточно напряженная жизнь. Вы часто себя плохо чувствуете, когда просыпаетесь по утрам. Ваша дорога на работу вызывает довольно сильный стресс из-за напряженного движения, и вы выкладываетесь на работе. К тому времени, как вы добираетесь до дома, вы чувствуете себя изможденной. Вы теперь мать-одиночка, и вам приходится постоянно бороться с бывшим мужем за то, чтобы проводить время со своими детьми. Вы по ним действительно скучаете, но чувствуете себя беспомощной, неспособной что-либо сделать в данном случае. Чаще всего по вечерам вы смотрите телевизор, а алкоголь помогает вам расслабиться. Все правильно?»

С точки зрения клиентоцентрированного подхода, это хорошее резюме, которое концентрирует внимание на чувствах, высказанных Сильвией. Консультантов часто учат фокусировать внимание на эмоциях клиента. Данное резюме подчеркивает ее чувства (преимущественно негативные), возможно, с целью помочь ей понять и принять то, что она переживает в настоящий момент.

Данный тип резюме выполнит задачу объединения с клиентом, выражения понимания и принятия. По этим причинам данное резюме подходит процессу вовлечения МК, но ему не

хватает важного целевого компонента процесса побуждения и маловероятно, что оно создаст движение в направлении к изменению. Мы предполагаем, что и в конце данного резюме Сильвия будет чувствовать себя обескураженной.

Резюме 2

«Позвольте рассказать вам, что я услышал. Из-за результата некоторых анализов доктор Кларк обеспокоилась тем, что вы слишком много пьете, и попросила вас поговорить со мной. Вам интересно, что означают результаты анализов, и вы не понимаете, как могло случиться, что утром в вашей крови все еще было недопустимое количество алкоголя. Иногда по утрам вы чувствуете себя довольно скверно. С другой стороны, алкоголь помогает вам расслабиться, и вы не считаете, что пьете слишком много. Вы не пьете по утрам, и вы определенно не считаете себя алкоголиком. Вы не испытывали большого желания приходить сюда, и вы не хотите, чтобы вам читали лекции по поводу алкоголизма. Все верно?»

Вот еще одно очень обоснованное клиентоцентрированное резюме. В данном случае вместо того, чтобы прежде всего сосредоточиться на чувствах, консультант пытается отразить обе стороны амбивалентности Сильвии в манере баланса решений, начиная с изменяющих высказываний и заканчивая сохраняющими. Консультант стремится суммировать за и против изменения, высказанные Сильвией, подчеркнув их приблизительно в равной степени. Размещение сохраняющих высказываний в конце резюме придает именно ему оттенок актуальности, побуждая клиента к ответной реакции. Внутренняя установка заключается в том, что людям необходимо ясно увидеть и исследовать обе стороны дилеммы. Это подходящий тип резюме, когда консультант не стремится направить клиента в определенную сторону. Например, когда клиент пытается сделать выбор, а консультант хочет остаться нейтральным, не поддерживая ни одну из сторон (см. Главу 17). Как и в первом резюме, данному резюме не хватает направленного движения МК, необходимого для процесса побуждения. Ожидаемым исходом такого резюме будет сохранение амбивалентности.

Резюме 3

«Итак, я бы сказал, что у вас серьезные проблемы с алкоголем. Вы говорите, что пьете не так уж и много, но вы пьете вечером достаточно для того, чтобы утром, когда вы едете на работу или отвозите детей в школу, считаться находящейся в состоянии опьянения с точки зрения закона. То, что вы себя плохо чувствуете по утрам, на мой взгляд, является абстинентным синдромом.

Вы используете алкоголь как наркотик, чтобы расслабиться и помочь себе забыть все неприятности в своей жизни. Ваш бывший муж считает, что у вас проблемы, и не хочет, чтобы дети находились с вами. Итак, вы смотрите телевизор и пьете и отрицаете, что у вас проблемы. Конечно, я считаю, что вы алкоголик! А как считаете вы?»

Клиентоцентрированный консультант вряд ли предложил бы такое резюме, хотя оно наглядно показывает, как на протяжении десятилетий обращались с людьми, страдающими алкогольной зависимостью (White & Miller, 2007). Это провокационное резюме, не согласующееся с принципами МК. Оно предполагает модель дефицита, утверждает, что клиент не осознает реальность и нуждается в настойчивых убеждениях. Предсказуемой реакцией клиента на данное резюме будет самозащита, сохраняющее высказывание и разногласия.

Резюме 4

«Итак, вы рассказали мне следующее. Доктор Кларк отметила, что у вас повышены некоторые показатели в анализе крови, что зачастую является сигналом чрезмерного употребления алкоголя, и это обеспокоило ее настолько, что она лично позвонила вам. Это

вас немного напугало. Вы были удивлены, что в вашей крови сохранилось достаточно алкоголя, чтобы вас могли арестовать за вождение в пьяном виде, если бы вас остановили, даже, несмотря на то, что утром вы ничего не пили. Если бы это произошло, вы могли потерять работу. Когда вы просыпаетесь утром, вы часто чувствуете себя довольно скверно: у вас болит голова, вы чувствуете усталость и нервничаете. Кажется, это случается чаще, когда с вами нет детей, и тогда вы чаще пьете по вечерам. Что еще вы заметили?»

Это квинтэссенция резюме МК. Оно включает в себя большую часть изменяющих высказываний, произнесенных Сильвией. Есть некая сила в том, когда слышишь резюме, в котором собраны вместе все изменяющие высказывания, и такое резюме является стратегическим, сознательно направленным на изменение. Данное обобщающее резюме заканчивается открытым вопросом, предназначенным для дальнейшего уточнения изменяющего высказывания. Нормальной реакцией клиента на такое резюме будет продолжение изменяющего высказывания.

Каждое из этих резюме состоит из семи предложений и заканчивается вопросом, но какое разное влияние оказывает каждое из них! В рамках процесса побуждения МК существует стратегическое логическое обоснование того, что должно быть включено в резюме. Каждое изменяющее высказывание подобно цветку, которые консультант собирает, чтобы включить их в один большой букет. Имея несколько цветков, консультант предлагает букет клиенту и просит добавить еще несколько. Обобщающее резюме, похожее на это, может предлагаться время от времени на протяжении процесса побуждения. Законченный большой букет выполнит специальную функцию при переходе к планированию (см. Главу 19).

Ключевые моменты

- Когда клиент озвучивает изменяющее высказывание, реакцией консультанта должно стать узнавание и укрепление такого высказывания путем проработки, аффирмации, рефлексии или резюмирования.
- Резюме, как правило, укрепляет то, что в нем содержится, будь то упадок духа, амбивалентность, защита или мотивация к изменению.
- Нормальная структура резюме, согласующегося с принципами МК, подобна букету из изменяющих высказываний клиента.

Глава 15
Реагирование на сохраняющее высказывание и разногласие

И с чего это взяли все эти мудрецы, что человеку надо какого-то нормального, какого-то добродетельного хотения? С чего это непременно вообразили они, что человеку надо непременно благоразумно выгодного хотения? Человеку надо – одного только самостоятельного хотения, чего бы эта самостоятельность ни стоила и к чему бы ни привела.

Федор Достоевский

В беспорядке найти простоту, в раздоре найти гармонию, среди трудностей заключена возможность.

Альберт Эйнштейн

Конечно, в процессе консультирования, связанного с изменением, иногда возникают трудности. Люди могут преуменьшать проблему: «Я не думаю, что все так плохо». Может возникнуть несогласие. Иногда под сомнение ставится авторитет клинициста: «Кто вы такой,

чтобы говорить мне, что делать?» Беседа может начать восприниматься как силовое противоборство сторон: «Я не собираюсь этого делать, и никто не сможет меня заставить!»

Мы обнаружили, что вероятность возникновения таких противоречий намного меньше, если консультант следует сущности и технике МК, как описано в предыдущих главах. Тем не менее такие противоречия возникают естественным образом, когда обсуждаются трудные вопросы изменения. Бывает полезным реагировать на них в манере, согласующейся с принципами МК. На этом будет сделан акцент в данной главе.

Сломать «сопротивление»

При написании первого издания данной книги мы выбрали термин «сопротивление», чтобы охарактеризовать любое видимое движение клиента в сторону, обратную изменению. К моменту выхода второго издания данный термин нас уже не устраивал. Мы не были абсолютно уверены, почему, и нам не удалось найти подходящего синонима для замены.

В прошедшие десять лет наша неудовлетворенность понятием сопротивления продолжала расти, в том числе потому, что она возлагает ответственность за феномен на клиента, и указывает на него, как на источник проблемы. Сопротивление – это то, за что клиента называют «трудным». Даже если она возникает ненамеренно, из бессознательных механизмов защиты, понятие сопротивления, тем не менее, фокусируется на патологии клиента, недооценивая межличностные факторы. Феномены, которые мы пытались описать, являются продуктом или, по крайней мере, реакцией на стиль консультирования. Они возникают и исчезают в ответ на действия консультанта.

Исследование Терезы Мойерс, изучавшей процесс взаимодействия в рамках МК, помогло найти различие. Она указала нам на то, что мы свалили в кучу вместе с «сопротивлением» то, что сегодня мы называем «сохраняющим высказыванием»: собственные мотивы и словесные выражения клиента, способствующие поддержанию статус-кво. В сущности в сохраняющем высказывании нет ничего патологического или оппозиционного. Это просто одна из сторон амбивалентности. Слышать разговор амбивалентного человека с вами – это все равно, что слышать переплетение изменяющего и сохраняющего высказываний. Когда человек находится в состоянии амбивалентности, он естественным образом озвучивает сохраняющее высказывание в ответ на собственные или чьи-либо аргументы в пользу изменения. Назвать это «сопротивлением» – все равно что патологизировать то, что является абсолютно естественной частью процесса изменения.

> Сохраняющее высказывание ориентировано на целевое поведение или изменение. Разногласие ориентировано на ваши отношения с клиентом.

Что останется, если мы уберем сохраняющее высказывание из того, что мы назвали сопротивлением? То, что осталось, качественно отличается от сохраняющих высказываний и больше похоже на несогласие, на ситуацию «не на одной волне», на разговор, испорченный недопониманием, или на разлад в отношениях. Это явление мы решили обозначить термином «разногласие». Вы можете переживать разногласие, например, когда клиент спорит с вами, прерывает вас, игнорирует или не принимает всерьез.

Обратите внимание на присутствие слова «вы». Сохраняющее высказывание ориентировано на целевое поведение или изменение. Разногласие касается вас или, точнее, ваших отношений с клиентом, сигнализирует о диссонансе в вашем рабочем альянсе. В музыке, как и в отношениях, разногласие требует присутствия, по крайней мере, двух участников. Единственный голос не может привести к диссонансу. Разногласие подобно огню (или, по крайней мере, дыму) в терапевтических отношениях. Таким образом, в данном издании мы намеренно попрощались с понятием сопротивления, заменив его двумя важными, но различными явлениями: сохраняющее высказывание и разногласие.

Сохраняющее высказывание

Сохраняющее высказывание ориентировано на целевое поведение или изменение и отражает одну из сторон амбивалентности. Это означает, что, подобно изменяющему высказыванию, сохраняющее высказывание не может быть узнано, если вы не знаете цели (целей) изменения. Таким образом, сохраняющее высказывание по определению не может происходить без заблаговременного определения фокуса.

Сам по себе сохраняющее высказывание не противоречиво, хотя реакция консультанта может быстро сделать его таковым. В любом случае, сохраняющее высказывание имеет значение. Чем больше люди озвучивают и исследуют сохраняющее высказывание, тем больше они говорят себе об изменении. Так как сохраняющее высказывание является нормальной частью амбивалентности, не ждите, что не встретите сохраняющих высказываний и не беспокойтесь, когда встретите. Обычно в ходе сессии МК случается, что соотношение изменяющих высказываний (за) к сохраняющим (против) возрастает. В начале консультирования, соотношение за и против может быть сбалансировано и составлять один к одному, что является одним из рабочих определений амбивалентности. Все против изменения могут даже перевешивать все за. Постепенно в ходе МК за начинают превалировать над снижающимися против таким образом, что к концу сессии изменяющие высказывания перевешивают сохраняющие высказывания в соотношении 2–3 к 1. Такое развитие ассоциируется с последующим изменением поведения.

Нет необходимости и даже нежелательно в МК побуждать и исследовать все возможные причины человека упорствовать в сложившейся ситуации.

Итак, как же следует реагировать на сохраняющее высказывание? Прежде всего, специально не прощупывайте почву на предмет обнаружения сохраняющего высказывания. Нет необходимости и даже нежелательно в МК побуждать и исследовать все возможные причины человека упорствовать в сложившейся ситуации. Если причины для уклонения от изменения существенны, клиент сам скажет вам о них. Вероятным исходом, если вы тщательно и в равной степени исследуете все плюсы и минусы изменения, будет продолжение или даже усиление амбивалентности. Стратегия баланса решений – это разумный подход, когда вы не хотите продвигать изменение в определенном направлении (см. Главу 17), но она логически противопоказана в МК.

Рефлексивные реакции на сохраняющее высказывание

Один из типов реагирования на сохраняющее высказывание включает рефлексивное слушание (Глава 5). Здесь мы рассмотрим прямую рефлексию и два варианта: усиленную и двустороннюю рефлексию.

Прямая рефлексия

В рамках МК самой распространенной реакцией на сохраняющее высказывание является его рефлексирование одним из трех способов. Первый способ включает простую и сложную рефлексию того, что было сказано человеком. Иногда такой способ сам по себе побуждает к изменяющему разговору – второй стороне амбивалентности человека. Предполагайте и ожидайте, что последует изменяющее высказывание, и оно последует.

КЛИЕНТ: Я не думаю, что в действительности моей проблемой является гнев.

КОНСУЛЬТАНТ: Ваш гнев не доставил вам каких-либо реальных трудностей.

КЛИЕНТ: Ну, конечно доставил. Любой, кто влипает в такие истории, как я, сталкивается с последствиями.

Усиленная рефлексия

Второй рефлексивной реакцией на сохраняющее высказывание является усиленная рефлексия. Она, в сущности, усиливает громкость высказывания клиента. Она в точности отражает то, что сказал человек, добавляя интенсивности или уверенности. Цель усиления высказывания состоит в стимуляции другой стороны амбивалентности: изменяющего высказывания.

КЛИЕНТ: Я думаю, что все в нашем браке прекрасно так, как оно есть.
КОНСУЛЬТАНТ: Здесь действительно нечего улучшать.
КЛИЕНТ: Ну, я имею в виду, что он не совсем совершенство, но я рад тому, что есть.
КОНСУЛЬТАНТ: Ваш брак, скорее всего, не может быть лучше, чем он есть сейчас.
КЛИЕНТ: Я доволен, но не думаю, что это взаимно.

Усиленная рефлексия не только признает то, что говорит человек, но также приподнимает его рассказ чуточку повыше в поисках другой стороны амбивалентности.

Двусторонняя рефлексия

Третий способ реагирования представляет собой двустороннюю рефлексию. Этот вариант признает сохраняющее высказывание и интегрирует его в высказанное ранее изменяющее высказывание.

Здесь существуют две хитрости. Первая имеет отношение к союзу между двумя элементами двусторонней рефлексии. Должен ли это быть союз «но» или «и», ведь они выполняют разные функции? Союз «и» подчеркивает амбивалентность, одинаково оценивая оба элемента. Союз «но» похож на ластик, который уменьшает то, что было сказано ранее. Вы когда-нибудь сталкивались с оценкой производительности труда, которая бы начиналась таким образом?

> «В целом вы неплохо поработали в этом году. Вы были довольно продуктивны, а качество вашей работы было достаточно хорошим, но …»

Или представьте возлюбленного, который говорит вам:

> «Я действительно забочусь о тебе, и я думаю, что ты потрясающий человек и всякое такое, но …»

Каким-то образом союз «но» говорит: «Не обращай внимания на то, что я только что сказал тебе, важная информация будет дальше». По этой причине в двусторонней рефлексии мы рекомендуем использовать по умолчанию союз «и», признавая обе стороны и природу амбивалентности. Человек думает или чувствует X и Y одновременно. Человек хочет и не хочет одновременно, и это нормально. Используйте союз «но», если имеете стратегическое намерение снять акцент с первого элемента двусторонней рефлексии.

Во-вторых, мы считаем, что в любом случае («но» или «и») лучше разместить сохраняющее высказывание сначала, до союза (таким образом незамедлительно признавая его), а после союза назвать изменяющее высказывание, придавая ему оттенок новизны и побуждая человека ответить на него.

> «Вы думаете, что вам действительно будет очень трудно изменить то, как вы привыкли готовить и есть, и вы также знаете насколько важно для вас поддерживать в норме уровень сахара в крови».

> «Так легко и удобно сидеть на диване и смотреть телевизор, особенно те программы, которые вам особенно нравятся, и в то же время вы хотите выяснить, как вести более активный образ жизни и заняться тренировками».

Не слишком беспокойтесь по поводу этих тонкостей. Вы можете использовать и «но» и «и», ставить сохраняющее высказывание и на первое место, и на второе, у вас все равно выйдет хорошая двусторонняя рефлексия. Клиент сам скажет вам, если вы сделаете все хорошо. Если в ответ клиент будет упираться в сохраняющие высказывания или если возникнет разногласие, вы всегда сможете все исправить. Просто избегайте продолжительного непрерывного извлечения и исследования сохраняющих высказываний, как это случилось в примере:

КЛИЕНТ: Я не хочу сильно менять что-то в том, как я питаюсь.

КОНСУЛЬТАНТ: Вам нравится свободно есть все, что вы любите есть. А что вы любите?

КЛИЕНТ: Мороженое. Бургеры Макдоналдс и картошку фри. Свежий хлеб с толстым слоем масла. Все, что мне нельзя есть из-за диабета.

КОНСУЛЬТАНТ: Эта еда для вас важна.

КЛИЕНТ: Да! Все это так вкусно и легко. Я не люблю готовить.

КОНСУЛЬТАНТ: Да, это весьма хлопотно, готовить для себя, оно не стоит того. Что еще вам нравится в вашей нынешней диете?

КЛИЕНТ: На самом деле, никакой диеты нет. Как вы и сказали, я свободно ем, что захочу и когда я захочу.

Очевидно, данная беседа с фокусом на сохраняющем высказывании не направлена на изменение, по крайней мере на данном этапе.

Стратегическое реагирование

Кроме трех типов рефлексии существуют другие полезные способы реагирования на сохраняющее высказывание. Цель та же, что и в рефлексивных реакциях: отчетливо признать то, что говорит человек и не давить в противоположном направлении, чтобы не повлечь за собой сохраняющее высказывание. Рефлексия сама по себе имеет большое значение в данном отношении, но приведем и несколько других вариантов.

Подчеркивание автономии

КЛИЕНТ: Я совсем не хочу тренироваться.

КОНСУЛЬТАНТ: Конечно же, это ваш собственный выбор. Никто не может заставить вас делать это.

Что здесь происходит? Консультант просто говорит правду. Действительно, человеку решать, хочет он измениться или нет. Никто другой за него это не решит. Данная реакция специально признает и выражает уважение личной автономии.

«Это совершенно точно решать только вам».

«Интересно, как вы решите поступить!»

«Вы правы. Что вы решите делать – это ваше дело. Вы можете бросить, сократить или оставить все, как есть, или даже увеличить, если захотите».

«Если бы я даже захотел, я бы все равно не смог бы решить за вас».

Это высказывания, лишенные сарказма. Добавьте немного циничного отношения к вашему тону, и вы получите абсолютно другую реакцию. Патерналистский или пренебрежительный оттенок может мгновенно все обратить в конфронтацию. Попытайтесь произнести одну из рефлексий с различной интонацией, передающей различное отношение или значение, и вы услышите, насколько по-разному она звучит, даже если в записи слова могут быть одними и теми же.

Подчеркивание того, что у людей есть выбор, увеличивает вероятность того, что они выберут изменение. Как обсуждалось в Главе 11 о принуждающей речи, говорить (ошибочно) людям то, что они «должны» или «им следует» или «не могут» – это рецепт ответного сопротивления.

Рефрейминг

Когнитивным терапевтам знакомо понятие рефрейминга: предположения альтернативного значения или точки зрения на то, что описывает человек.

КЛИЕНТ: Не знаю, смогу ли я это сделать.
КОНСУЛЬТАНТ: Это будет довольно трудно для вас, тяжелая работа!
КЛИЕНТ: Моя жена постоянно пилит меня за это.
КОНСУЛЬТАНТ: Она, наверное, действительно заботится о вас.
КЛИЕНТ: Все, кого я знаю, пьют столько же, сколько я.
КОНСУЛЬТАНТ: Вы пьете наравне с чемпионами!
КЛИЕНТ: В последнее время я столько пережил. Не знаю, хочу ли я заниматься и этим тоже.
КОНСУЛЬТАНТ: Вы борец!

Какова общая тема в таких ответах? Они предлагают другой способ восприятия ситуации. Неопределенность становится трудностью, почти вызовом. Придирчивость говорит о любви. Нормальное становится исключительным. Неблагоприятная ситуация выявляет сильные стороны. Рефрейминг не оспаривает правильности восприятия, просто позволяет человеку взглянуть под другим углом зрения.

Согласие с сюрпризом

Если перед рефреймингом высказать вступительную фразу, содержащую рефлексию, которая признает и, в сущности, защищает сказанное человеком, то результат воздействия рефрейминга увеличится. Трудно спорить с кем-то, кто соглашается с вами. Неожиданный поворот, предложенное переосмысление, упоминается без специального выделения, практически мимоходом и без намека на сарказм.

КЛИЕНТ: Не могу представить себя некурящим. Это часть того, кто я есть, часть всего, что я делаю.
КОНСУЛЬТАНТ: Вы просто перестанете быть собой без курения! Это так важно, что, возможно, вам следует продолжить курить, чего бы это ни стоило.
КЛИЕНТ: Я свою норму алкоголя знаю. Он не влияет на меня так, как на других людей. Я еще держусь на ногах, когда другие уже просто вырубаются.
КОНСУЛЬТАНТ: Вы не чувствуете воздействие алкоголя, как другие люди, по вам вообще не видно, пили вы или нет. Я понимаю, что это может вас беспокоить. Что-то еще?

Языковой баланс здесь очень чувствителен. Мы сочувствуем нашим переводчикам, потому что все тонкости настолько различаются в зависимости от языка и культуры. Главное – говорить правду. Курильщик или алкоголик могут упорствовать в непризнании последствий. Высокая толерантность действительно является фактором риска для возникновения алкогольной зависимости. Принятие интерпретации включает в себя преимущества рефлексии и приглашение к взгляду на вещи под другим углом.

Старт с начальным преимуществом

Что если вам не удается извлечь изменяющее высказывание и все, что вы слышите, это лишь сохраняющие высказывания? Стратегия здесь заключается в том, чтобы двигаться к

доводам за изменение, слушая доводы против изменения, таким образом получив начальное преимущество. Если это напоминает вам баланс решений, так это он и есть, но стратегия заключается в том, чтобы получить доступ к изменяющему высказыванию, вначале выслушивая мотивы для поддержания статус-кво.

Это характерно для ситуаций, в которых изменяющих высказываний мало. Если у вас есть хорошее изменяющее высказывание для исследования, то нет необходимости выуживать сохраняющее высказывание, как в примере:

КЛИЕНТ: Мне действительно нужно найти работу. Пора.
КОНСУЛЬТАНТ: А что вам нравилось в статусе безработного?

Нет никого смысла лезть на рожон. Суть старта с начальным преимуществом состоит в том, чтобы выслушать основные мотивы нежелания меняться, пока изменяющее высказывание заставляет себя ждать, и затем спросить о минусах статус-кво и плюсах изменения:

КОНСУЛЬТАНТ: Я отчетливо слышу, что вы совершенно не хотите находиться здесь.
КЛИЕНТ: Я просто хочу вернуть своих детей. Судья не имеет права отбирать их у меня.
КОНСУЛЬТАНТ: Вас удивляет, почему судья это сделал.
КЛИЕНТ: Мы повоевали, но это не было чем-то серьезным. Раздули из мухи слона.
КОНСУЛЬТАНТ: Ничего серьезного с вашей точки зрения.
КЛИЕНТ: У нас все было хорошо. Мое дело – как я управляюсь со своей семьей.
КОНСУЛЬТАНТ: Вам определенно не нравится, что кто-то лезет в ваши дела. Теперь вам пришлось прийти сюда и разговаривать со мной, хотя с вашей точки зрения ничего неправильного не случилось.
КЛИЕНТ: Верно. Это несправедливо.
КОНСУЛЬТАНТ: Таким образом, в этой ситуации вам не нравится, что вам все направо и налево указывают, расспрашивают о ваших семейных делах, делают из мухи слона, принимают за вас решения. Что-нибудь еще?
КЛИЕНТ: Пожалуй, это все.
КОНСУЛЬТАНТ: И с другой стороны, как то, что вы пришли сюда, может помочь вам?
КЛИЕНТ: Я здесь, чтобы вернуть своих детей. Я хочу, чтобы моя семья вновь была вместе.
КОНСУЛЬТАНТ: Это очень важно для вас. Что еще?
КЛИЕНТ: Я хочу, чтобы судья отстала от меня, чтобы она убралась из моей личной жизни.
КОНСУЛЬТАНТ: То, что вы здесь, возможно, поможет вернуть все, как оно было. Может, все будет даже немного лучше, чем обычно.
КЛИЕНТ: Возможно.

В случае если мы недостаточно ясно выразились, мы не рекомендуем старт с начальным преимуществом в качестве рутинной процедуры в МК. Он полезен, когда клиент отказывается обсуждать причины к изменению. Возможно, что отсутствие изменяющего высказывания указывает на то, что клиент в действительности не испытывает амбивалентности по поводу изменения. В Главе 18 рассматривается ситуация, где вашей задачей будет создание амбивалентности.

Причаливаем!

Если ничто не помогает в извлечении изменяющего высказывания, попытайтесь

причалить. Это значит просто соглашаться с интерпретацией клиента.

Присоединяйтесь к сохраняющему высказыванию, возможно, с некоторым его усилением, пытаясь время от времени вызвать изменяющее высказывание.

КЛИЕНТ: Я сам попробовал эту штуку, экспозицию, но это не сработало. Я начинаю сильно беспокоиться. Я начинаю противостоять своему страху, а потом чувствую, как будто скоро умру, и отступаю. Это не для меня.

КОНСУЛЬТАНТ: Это действительно может быть слишком трудным для вас. Не каждому это подходит, несмотря на всю эффективность. Экспозиция предполагает переживание страха и прохождение через него, и результат может не стоить этого. Возможно, вам лучше остаться таким, какой вы есть.

Разногласие

Обратимся теперь к феномену разногласия, сигналам дисгармонии в ваших рабочих отношениях. Каковы признаки, что отношения в вашем рабочем альянсе накаляются?

Пожарная сигнализация

Пожарная сигнализация предупреждает вас о наличии изменения в воздухе, настройтесь на то, чтобы распознать сигналы разногласия, и признайте их важность.

Защита

Если клиенты чувствуют потребность защититься, то это значит, что что-то не ладится. Это может принимать различные формы:

• Обвинение – «Это не моя вина».
• Минимизация – «Все не так плохо».
• Оправдание – «То, что я делаю, имеет смысл».

Эти выражения могут иметь отношение к цели изменения и пересекаться с сохраняющим высказыванием, но прежде всего они направлены на защиту целостности, автономии или самоуважения. Конечно, люди начинают защищаться, если почувствуют атаку или угрозу. Но за передачей сигналов, подобных этим, скрывается информация о том, что клиент чувствует личную угрозу в настоящее время.

Боевая стойка

Верным признаком накала отношений в рабочем альянсе является оппозиция, которая сигнализирует о том, что вас воспринимают как противника, а не как защитника. Это проявляется через частое употребление местоимения «вы»:

«Вас не волнует, что со мной происходит».
«Кто вы такой, чтобы говорить мне, что делать?»
«Вы не знаете, о чем говорите».
«Вы понятия не имеете, как я себя из-за этого чувствую».
«Вы ошибаетесь на мой счет».

В этих фразах скрыто побуждение к борьбе за власть, к спору или убеждению. Так как темой беседы является личное изменение, клиент обладает большей властью.

Прерывание

Другой признак разногласия – это когда клиент говорит с вами в один голос, перебивая вас во время разговора. Не содержание, а сам факт того, что вас перебивают, является сигналом. О чем это может говорить? Прерывание может означать:

«Вы не понимаете».
«Вы не слушаете меня».
«Вы говорите слишком много. Послушайте меня».
«Я не согласен».

Есть люди, для которых это является характерной особенностью: слушать собеседника (если вообще слушать) только для того, чтобы решить, что сказать дальше, и сразу начинать говорить. Но все-таки рассмотрите вероятность, что это – сигнал разногласия, в частности, если это отличается от предыдущего ритма беседы.

Потеря вовлеченности

Четвертым датчиком пожарной сигнализации является очевидная потеря вовлеченности в вашу беседу. Человек кажется невнимательным, отвлеченным или игнорирует вас. Возможно, клиент меняет тему и переключает внимание. Взгляд скользит или прикован к часам.

Не беспокойтесь о том, каким именно сигналом является то или иное. Высказывание клиента может содержать две, три или даже четыре таких сигнала. Следите за дымом, который сигнализирует о накале в ваших отношениях.

Почему следует беспокоиться о разногласии? Для кого-то такие сигналы представляются добрым знаком того, что он «начинает подбираться к самому главному». Разногласие вызывает беспокойство потому, что оно сигнализирует о разрыве в рабочем альянсе и обратно пропорционально последующему изменению (Miller et al., 1993; Patterson & Chamberlain, 1994; Safran, Crocker, McMain, & Murray, 1990).

Спешим добавить, что сигналы разногласия зависят от культурного контекста. То, что сигнализирует о разрыве сотрудничества в одной культуре или субкультуре, может не иметь значения в другой. Это может стать проблемой при консультировании, когда существуют культурные различия, где рефлексия является особенно хорошим инструментом проверки значения.

Ваш собственный вклад

Разногласие может возникнуть из-за настроения или подхода клинициста. Наиболее вероятно, что это произойдет, когда вы устали, находитесь в состоянии стресса или отвлечены, или даже потому, что очень стараетесь помочь кому-нибудь решить срочную проблему. Возможно, вы перестаете слушать или включаете выпрямительный рефлекс. Вы начинаете приводить доводы в пользу изменения и предлагаете решение, запускаете противоположную реакцию у клиента, и ваши взаимоотношения оказываются под угрозой срыва.

КОНСУЛЬТАНТ: Я думаю, пришло время отнестись к этому серьезно и начать что-нибудь предпринимать.

КЛИЕНТ: Это не является приоритетом для меня прямо сейчас. Я думаю, со мной все будет в порядке.

КОНСУЛЬТАНТ: Мне трудно понять, каким образом с вами все будет в порядке, если вы не хотите ничего менять. Вы продолжаете делать то, что делали, но ожидаете противоположного результата!

КЛИЕНТ: Послушайте, со мной все в порядке. Я могу позаботиться о себе, ОК? Могу я идти?

Обратите внимание, как разногласие в данном примере принимает форму сохраняющего высказывания, и это явно не результат внимательного слушания, лежащего в сердце МК. Клиницист стал слишком давить и потерял клиента.

Вы также можете переживать некоторые сигналы разногласия с самим собой.

Возможно, на физическом уровне: неприятные ощущение в желудке или прилив жара к лицу. Возможно, это разговор про себя: «Не могу поверить, что она сидит здесь и говорит, что это не проблема. Что с ней такое? Сколько раз мы уже говорили об этом?» Этот внутренний разговор может возникнуть в связи с беспокойством: «Что произойдет с ней, если она ничего не изменит? Будет ли в этом моя вина?» Конечно, когда у вас происходит такой внутренний монолог, вы, возможно, перестаете слушать клиента.

Источники разногласия

Разногласие может наступить по разным причинам на протяжении всех четырех процессов МК. Обсудим вкратце различные контексты, в которых может проявляться разногласие.

Разногласие в вовлечении

Некоторые люди приходят раздраженными и начинают обороняться еще до того, как консультант начнет говорить. Таким образом, разногласие может проявиться достаточно рано как препятствие начальной вовлеченности. Подобное поведение может быть результатом предыдущего опыта, например, принуждения, ожиданий или того, как ранее человека воспринимали окружающие люди. Положительный момент в том, что в МК изменение можно предсказать не по уровню готовности к изменению на начальном этапе, а по модели изменения в мотивации в ходе сессии (Amrhein et al., 2003). Вы не несете ответственности за начальную позицию клиента, но вы можете существенно повлиять на то, что произойдет далее. МК проявило себя как особенно эффективный подход для работы с людьми, изначально раздраженными и занимающими оборонительную позицию (Karno & Longabaugh, 2004; Waldron, Miller, & Tonigan, 2001).

В рамках терапевтического контекста существует множество факторов, способствующих утрате вовлеченности клиентом. Например, кто-то проходит болезненную медицинскую процедуру, ему сообщают о потенциально пугающем диагнозе. Он обращается к консультанту, который сразу попадает в оценочную ловушку: «Доброе утро. Мне нужно задать вам некоторые вопросы, а вы просто ответите мне «да» или «нет», а затем погружается в скучное перечисление закрытых вопросов. Утрата вовлеченности и пассивность обеспечена.

Кто-то может неумышленно содействовать разногласию менее явными способами, чем этот. Навешивание бирок и обвинение (см. Главу 4) с большой вероятностью поспособствуют отчуждению. Если в начале консультирования того, кто пьет слишком много, использовать термин «алкоголик», то велика вероятность практически незамедлительного возникновения разногласия. При этом повторное вовлечение будет весьма затруднительным. Даже словосочетание «иметь проблемы» может быстро побудить к самозащите.

Разногласие в фокусировании

Разногласие может возникнуть в процессе фокусирования как несогласие с тем, что надо обсудить, и с целями изменения. Обратившийся в специализированную клинику может иметь несколько поводов для волнения, а проблема, выбранная для обсуждения консультантом, может оказаться не очень важной для клиента. Ловушка преждевременного фокуса заключается в преждевременном подталкивании клиента к цели изменения, которую сам клиент пока не разделяет. В программе лечения зависимостей у женщин было обнаружено, что хотя у клиентов и были некоторые опасения по поводу употребления ими алкоголя или других наркотиков, они находились на четвертом или пятом месте по важности, далеко позади работы, домашнего хозяйства, ухода за детьми и личной безопасности. Односторонний фокус на одной из проблем с большой вероятностью разрушит хороший рабочий альянс.

Разногласие в побуждении

Между сохраняющим высказыванием и разногласием нет отчетливой границы. Если вам удалось вовлечь клиента и вы пришли к согласию по поводу фокуса, то сохраняющее высказывание все равно время от времени возникает, и это естественно. Не нужно воспринимать его как проблему или сигнал разногласия, так как сохраняющее высказывание – это нормальная часть амбивалентности. Однако вы заметите, что если подталкивать беседу в том направлении или в таком темпе, к которому клиент еще не готов, может возникнуть разногласие. Разногласие обычно появляется вследствие выпрямительного рефлекса. Клиницист, подталкивающий к изменению, побуждает комплементарные противоположные реакции клиента, и, если продолжать в том же духе, это может привести к обострению отношений вплоть до их разрушения.

В процессе побуждения разногласие может возникнуть из попыток преждевременного перехода к планированию. Подталкивание к плану изменения, когда клиент к этому еще не готов, может обратить вспять любой прогресс, достигнутый с помощью побуждения:

КОНСУЛЬТАНТ: Вы назвали мне некоторые причины того, почему изменения могут принести пользу. Какие действия вы уже предпринимаете в настоящий момент в связи с этим?

КЛИЕНТ: Не знаю. Я хотел бы сделать что-нибудь, но это не так легко.

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо, тогда давайте поговорим о том, что вы могли бы предпринять. Есть у вас какие-нибудь соображения?

КЛИЕНТ: Это всё. Я не уверен, что готов к этому.

КОНСУЛЬТАНТ: Я могу помочь вам в этом? Разве вы не видите преимуществ, которые даст вам изменение?

КЛИЕНТ: Дело не в этом, правда. Я понимаю, что в изменении могут быть плюсы, но, честно говоря, у меня чувство, что меня к этому подталкивают.

Этот клиент на самом деле чувствует, что его подталкивают. В этом случае нужно еще поработать над побуждением, о чем ясно говорят сигналы: еще слишком рано толкать к составлению плана действий. Если консультант не опустит поводья, то ему очень скоро придется вернуться к процессу вовлечения.

Разногласие в планировании

И наконец, разногласие может возникнуть во время процесса планирования. После удачного прохождения процессов вовлечения, фокусирования и побуждения, очень заманчиво подумать: «ОК, с этого момента двинемся дальше. Позвольте мне сказать вам, что делать». Планирование также должно быть процессом сотрудничества, а управление вместо ориентирования может привести к разрыву отношений. Несмотря на то что клиент и консультант могут соглашаться о цели изменения и его важности, разногласие может возникнуть на промежутке перехода к планированию в связи с выбором неправильного подхода.

Что общего между всеми этими источниками разногласия? Испорченный танец. Вместо того чтобы двигаться и работать сообща, появляется ощущение, что вы боретесь и наступаете друг другу на пятки. Обычно это является результатом конфликта между выпрямительным рефлексом консультанта и амбивалентностью клиента.

Реагирование на разногласие

Во многом реакции на разногласие, согласующиеся с принципами МК, подобны тому, как мы реагируем на сохраняющее высказывание. Рефлексия остается ключом к пониманию и восстановлению рабочего альянса.

КЛИЕНТ: Сколько вам лет? Как вы можете понять меня?

РЕФЛЕКСИЯ: Вам интересно, способен ли я помочь вам.

УСИЛЕННАЯ РЕФЛЕКСИЯ: Кажется, нет никаких шансов, что я смогу помочь вам.

ДВУСТОРОННЯЯ РЕФЛЕКСИЯ: Вы ищете помощи, и вы не уверены, являюсь ли я тем человеком, который сможет вам помочь.

Стратегические подходы, которые обсуждались ранее, могут оказаться полезными при реагировании на разногласие. Рассмотрим три примера:

КЛИЕНТ I: Я не слушаю никого, кроме тех, кто сам в завязке.

КОНСУЛЬТАНТ I: Конечно же, ведь вы хотите, чтобы вас поняли, поэтому позвольте мне выслушать вас. (Соглашение с интерпретацией.)

КЛИЕНТ II: Я не собираюсь бросать (Сохраняющее высказывание.), и вы не сможете меня заставить. (Разногласие.)

КОНСУЛЬТАНТ II: Так и есть. Я знаю, что не могу принять это решение за вас, даже если бы я хотел. (Подчеркивание автономии.)

КЛИЕНТ III: Ненавижу, когда мне говорят, что я не могу есть то, что хочу.

КОНСУЛЬТАНТ III: Нелегко постоянно выбирать, что съесть (Рефрейминг.)

В дополнение к этому существуют другие возможные способы реагирования на разногласие. Приведем три примера.

Извинение

Если вы наступили кому-нибудь на ногу, то вежливо будет сказать: «Простите, пожалуйста». Это вам ничего не стоит, но незамедлительно обозначает, что вы готовы к сотрудничеству.

> «О, извините. Я просто неправильно вас понял».
> «Кажется, я вас обидел».
> «Я не хотел читать вам лекции».

Аффирмация

Аффирмация также может помочь снять напряжение в вашем рабочем альянсе. Искренняя аффирмация, как правило, снижает самозащиту и отражает уважительное отношение.

КЛИЕНТ: Я могу сделать это сам, без вашей помощи!

КОНСУЛЬТАНТ: Как только вы решите что-нибудь предпринять, вы сможете сделать это.

КЛИЕНТ: Вы не знаете, о чем говорите.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы хорошо продумали это со всех возможных точек зрения.

Смещение фокуса

Можно отреагировать на разногласие, сместив фокус подальше от горячей или болезненной темы, не продолжая усугублять ее.

КЛИЕНТ: Вы говорите, что это моя вина, что я плохой муж?

КОНСУЛЬТАНТ: Нет. Я не собираюсь выяснять, кто виноват, или навешивать ярлыки. Для меня важно, как вы представляете себе хорошие отношения и как вы могли бы этого достичь.

КЛИЕНТ: Вы считаете, что у меня проблемы с алкоголем?

КОНСУЛЬТАНТ: Меня не волнуют ярлыки, но я действительно беспокоюсь за вас.

Обобщая, скажем, что нет единой формулы реагирования на сохраняющее

высказывание или разногласие. Ключом здесь будет реагирование в духе сотрудничества, принятия, уважения автономии и избегание актуализации защиты статус-кво. Существуют буквально сотни способов сделать это хорошо.

Драма изменения

Правильное реагирование на сохраняющее высказывание и разногласие является ключом к успешному лечению, если вы сможете увидеть в этом то, чем оно является: возможностью. Приводя аргументы в пользу поддержания статус-кво или выражая разногласие, клиент, возможно, репетирует сценарий, уже разыгранный им много раз. В игре вам отводится специальная роль, ранее исполняемая другими людьми. Ваши слова предсказуемы.

Если вы произносите те же слова, которые произносили другие, сценарий придет к тому же завершению, что и ранее.

Но вы можете переписать свою роль. Ваше участие в игре не должно выражаться в сухих, предсказуемых словах, ожидаемых клиентом. В чем-то МК подобно театру импровизации. Не бывает двух одинаковых сессий. Если один актер сменит роль, сюжет будет развиваться в другом направлении.

Напряжение зачастую является жизнью игры. Интерпретация клиента придает драматизма и пафоса сюжету. Отношение к сохраняющему высказыванию и разногласию как к отрицательному герою было бы прискорбной ошибкой, так как они лежат в самом сердце изменения человека. Они возникают из мотивов и борьбы актеров и знаменуют собой определенные развязки, к которым может привести определенная игра. Подлинное искусство консультанта проявляется в том, как он распознает и управляет данным напряжением. Именно на этой сцене разворачивается драма изменения.

Ключевые моменты

- Сохраняющее высказывание является нормальной частью амбивалентности и не должно интерпретироваться как «сопротивление».
- Феномен разногласия сигнализирует о диссонансе в вашем рабочем альянсе.
- Сохраняющее высказывание и разногласие могут значительно возрасти или снизиться в зависимости от реакции консультанта.
- Разногласие может возникать по разным причинам на протяжении четырех процессов МК.

Глава 16
Пробуждение надежды и уверенности в себе

Не существует такого понятия, как ложная надежда.
Мэри Пайпер

Надежда – это нечто с перьями, что сидит в душе и напевает мелодию без слов и никогда не останавливается.
Эмили Дикинсон

Мотивационное консультирование изначально задумывалось как метод побуждения мотивации к изменению в ситуациях, где важность изменения была более очевидна консультанту, чем клиенту. Вплоть до настоящего времени большинство наших обсуждений фокусировалось на том, как усилить понимание клиентом важности изменения, однако существует другая клиническая проблема, с которой сталкивается каждый консультант и в

решении которой МК может принести ощутимую пользу. Это ситуация, в которой клиент полностью осознает и признает важность изменения, но ему не хватает уверенности в возможность изменения.

> «Я мог бы найти работу лучше, если бы у меня был диплом колледжа, но я так давно окончил школу, что уже ничего не вспомню».
>
> «Я знаю, что курение вредит мне, я пытался бросить несколько раз, но, кажется, я просто не способен это сделать».
>
> «Нам определенно нужно лучше общаться, но, кажется, моя семья не готова попытаться сделать это».
>
> «Я хотела бы быть более здоровой, но тренировки мне даются так тяжело».

Обратите внимание на союз «но» в каждом предложении. Клиенты начинают с высказывания желания, причины или необходимости, а затем переходят к проблеме: «Но я не верю, что смогу это сделать».

Надежда – это вера в возможность изменения. Квалифицированный консультант сможет одолжить надежду, когда у клиента ее не хватает. За надеждой следует вера не только в то, что изменение возможно, но и в то, что клиент сможет внести свой вклад в изменение. Кто-то надеется, что изменение произойдет из-за чьего-то вмешательства – везения, неожиданной удачи, Бога или изменившихся обстоятельств – без веры в то, что он сам сможет что-то предпринять. МК ориентировано на активацию личного изменения с конкретным фокусом на уверенность в себе.

Маловероятно, что люди будут готовы совершить изменение, если они не поверят в его возможность. Фактически, отсутствие уверенности может стать препятствием даже к признанию важности изменения. Кто хочет переживать такой опыт: «Мне действительно надо измениться, но я не могу»? Вы не совершите никакого доброго поступка, заставив человека поверить в то, что изменение насущно необходимо ему, но оно находится за пределами досягаемости. Результатом будет тревожность или отчаяние, а нормальной человеческой реакцией – снизить страдание любым способом (например, перестать думать о проблеме или преуменьшить ее). Важность и вера являются ключевыми компонентами мотивации к изменению (R. W. Rogers, 1975; Rollnick, Miller, & Heather, 1998), а удачное МК поддерживает оба этих компонента.

В чем проблема?

Простым способом продумать, что необходимо сделать, является фигура из четырех ячеек, изображенная в Таблице 16.1. Насколько важно, по мнению человека, рассмотреть данную проблему (или возможность) и насколько человек верит в свою способность сделать это? В связи с этим возможны четыре ситуации.

Таблица 16.1.
Важность и вера

		ВАЖНОСТЬ	
		Высокая	Низкая
ВЕРА	Высокая	1	2
	Низкая	3	4

Ситуация один – это мечта консультанта. Человек знает о важности изменения и верит в свою способность его осуществить. Таков ожидаемый исход МК. Это также ситуация, в которой профессиональная помощь нужна меньше всего. В ситуации 2 человек верит, что изменение возможно (Я мог бы сделать это), но не осознает важности изменения (Но зачем мне это делать?). Именно здесь в игру вступает МК. Ситуация 3, по крайней мере, временно, является деморализующей. Понимание важности изменения на высоте, но вера в его осуществление на нуле. «Я попытаюсь» – это один из сигналов том, что ваш клиент попал в третью ячейку. Эти слова сигнализируют о довольно высокой важности приложения усилий, но довольно низкой вере в успех. Конечно, вера может быть настолько низкой, что человек даже не пожелает пытаться. Наконец, ситуация 4 представляет собой наименее предпочитаемый клиницистами сценарий: клиент не воспринимает изменение ни как важное, ни как возможное.

> Вы не совершите никакого доброго поступка, заставив человека поверить в то, что изменение насущно необходимо ему, но оно находится за пределами досягаемости.

Обратите внимание, что это применимо не только к ситуациям, предполагающим уход от проблематичного статус-кво, но и к тем ситуациям, в которых рассматриваемое изменение является положительной возможностью, которая могла бы улучшить и без того удовлетворительный статус-кво. Дилемма может заключаться в подходе, а не в избегании конфликта (см. Главу 12).

Ситуации 2 и 3 содержат различные трудности для клинициста. В ситуации 2 фокус ставится на усилении понимания важности изменения клиентом. В ситуации 3 понимание важности изменения представляется достаточным, а задачей мотивации является усиление уверенности. В ситуации 4 важность и вера находятся на низком уровне. Возможно, что признаваемая важность низка именно из-за отсутствия уверенности.

Укрепление уверенности

Среди всех характеристик клиента, предсказывающих изменение, надежда является одним из самых мощных факторов (Bohart & Tallman, 1999; Hubble, Duncan, & Miller, 1999; Snyder, 1994; Yahne & Miller, 1999). На уровне конкретного поведения вера была определена как самоэффективность, и она хорошо предсказывает удачный исход (Bandura, 1982, 1997). Возможно, что влияние на самоэффективность клиента является одним из путей, которым МК стимулирует изменение (Chariyeva et al., в печати). На более общем уровне надежда является противоядием от уныния (Frank & Frank, 1993). К счастью, надежду клиента можно укрепить с помощью терапевтических отношений. Когнитивно-поведенческая стратегия призвана помочь клиентам освоить новые и укрепить уже имеющиеся навыки умения справляться с тупиковыми ситуациями (например: Linehan, 1993; Monti, Kadden, Rohsenow, Cooney, & Abrams, 2002). Другая стратегия заключается в активации уже имеющихся навыков изменения (DeShazer et al., 2007; Hibbard et al., 2007; Lewis & Osborn, 2004). Данная глава посвящена тому, как можно использовать МК для укрепления надежды, когда низкий уровень уверенности препятствует изменению. Как и с мотивацией в более общем смысле, надежда пробуждается в глубине души самого клиента. Зерна надежды уже присутствуют в клиенте и ждут, чтобы их обнаружили и вынесли на свет.

Высказывания об уверенности в себе

Вспомните, что один из четырех примеров подготовительного изменяющего высказывания (ЖСПН), приведенный в Главе 12, затрагивает способность что-либо сделать. Побуждение данного высказывания, высказываний об уверенности в себе, является одним из подходов для укрепления надежды. Он опирается на уже имеющиеся ресурсы. Надежда не конструируется, а призывается. Клиент является первым источником идей того, как можно произвести изменение. Задайте открытые вопросы, ответами на которые станет высказывание об уверенности в себе, и следуйте за клиентом с помощью рефлективного слушания.

«Как бы вы осуществили данное изменение?»

«Каким может быть первый шаг?»

«Учитывая то, что вы знаете о себе, как вы могли бы успешно осуществить изменение?»

«Какие препятствия вы видите и как вы могли бы преодолеть их?»

«Что придает вам уверенности в то, что вы сможете сделать это?»

Приведем клинический пример беседы с курильщиком:

КЛИЕНТ: Как вы думаете, мне следует бросить курить? Я уже пытался раньше, но получалось всегда ненадолго.

КОНСУЛЬТАНТ: У меня есть кое-какие соображения, которые сработали с другими людьми, но более важно то, что может помочь именно в вашем случае. Никто не знает вас лучше, чем вы сами, поэтому, учитывая то, что вы сам о себе знаете, мне интересно, что, по вашему собственному мнению, потребуется вам, чтобы добиться успеха? Как бы вы могли сделать это?

КЛИЕНТ: Я не знаю. В прошлый раз, когда я попытался, я стал ворчливым и тяжелым на подъем. Со мной было неприятно находиться рядом.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы становитесь раздражительным, когда воздерживаетесь от никотина.

КЛИЕНТ: Я знаю, существует никотиновая жвачка и всякое такое, что помогает легче перенести отвыкание, но, мне кажется, мне просто надо бросить раз и навсегда, один раз и покончить с этим.

КОНСУЛЬТАНТ: Этот способ подходит вам лучше всего. Как вы смогли бы осуществить это?

КЛИЕНТ: Мне кажется, мне нужно отказаться от общения с людьми на пару недель (смеется), может быть, уехать куда-нибудь в глушь.

КОНСУЛЬТАНТ: Чтобы защитить других людей.

КЛИЕНТ: Для того чтобы защитить себя, если я не хочу потерять жену и друзей, когда дело будет сделано!

КОНСУЛЬТАНТ: С вами было так трудно жить, когда вы бросали курить.

КЛИЕНТ: Я держался 2 или 3 дня, но да, я вел себя довольно скверно.

КОНСУЛЬТАНТ: Таким образом, вы не уверены лишь в том, как долго вы сможете продержаться во время самой тяжелой части отказа и, может быть, в том, как вам провести эти дни.

КЛИЕНТ: Я знаю, что мне надо будет себя постоянно чем-нибудь занимать, причем чем-нибудь, связанным с работой руками. Мне нравится мастерить комоды и мебель. Я, наверное, набью весь дом мебелью, пока пройду через все это!

КОНСУЛЬТАНТ: Вы сами знаете о себе, что если вы будете чем-нибудь заняты, это поможет вам на протяжении самых тяжелых дней. И вы не хотите использовать никотиновый пластырь или жвачку, чтобы облегчить свое состояние.

КЛИЕНТ: Нет, я просто хочу покончить со всем этим и все. Не валять дурака.

КОНСУЛЬТАНТ: Если вы уж решились сделать что-то, вы хотите, чтобы это было сделано.

КЛИЕНТ: Если дело касается чего-то малоприятного, как это, то да. Когда я работаю с какой-нибудь мебелью, я не против тратить на это время. Мне это нравится.

КОНСУЛЬТАНТ: Это могло бы действительно занять вас и помочь провести время.

КЛИЕНТ: Фактически, было бы чудесно взять выходные на работе и заняться мебелью.

КОНСУЛЬТАНТ: Сейчас вы можете представить это как способ бросить курить, и эта мысль вас радует.

КЛИЕНТ: Да, мне нужно будет отправить жену на пару недель к теще и не отвечать на телефон, но я думаю, что это сработает.

КОНСУЛЬТАНТ: По крайней мере на тот период, пока у вас не закончатся «ворчливые» дни. Насколько вы уверены, что у вас получится это сделать?

КЛИЕНТ: Я думаю, получится. Мне нужно просто не отступать и не общаться с людьми, особенно с другими курильщиками, в течение недели или двух.

КОНСУЛЬТАНТ: Если вдруг вам понадобится моя помощь в то время, как вы будете проходить через все это, смогу ли я быть вашим консультантом антикризисной «горячей линии»?

КЛИЕНТ: Нет (смеется), мне просто надо установить срок и покончить с этим.

То, что вы слышите и с чем работаете – это язык способностей, высказывание об уверенности в себе с использованием слов «мог бы», «могу», «способен», «возможно», а также собственные соображения человека о том, как это осуществить наилучшим образом. Открытые вопросы, использующие данный язык, являются хорошим способом изучить соображения клиента: «Что бы вы могли предпринять, чтобы успешно справиться с этим?»

Шкала уверенности

Шкала, о которой шла речь в Главе 13, может быть использована похожим образом, чтобы побудить к высказыванию об уверенности в себе: «Насколько вы верите в то, что вы смогли бы сделать это, если бы вы приняли решение это сделать?» По шкале от 0 до 10, где «0» обозначает полное отсутствие уверенности, а «10» означает очень высокий уровень уверенности, где, как вам кажется, вы находитесь?

Для пробуждения уверенности человека используются такие же вопросы, которые

обсуждались в Главе 13:

«Почему вы на ____, а не на «0?» (или на оценке ниже)

«Что потребуется от вас, чтобы перейти от ___ к ____ (более высокое значение)?»

«Как я смог бы вам помочь перейти от ____ к _____ (более высокое значение)?»

Реакцией на эти вопросы будет высказывание об уверенности в себе. Как и раньше, помните о том, что нельзя задавать обратные вопросы, типа «Почему вы на ____, а не на 10?».

Таблица 16.2.
Некоторые характеристики успешного изменения

Принимающий	Трудолюбивый	Разумный
Активный	Неравнодушный	Восприимчивый
Адаптивный	Искренний	Расслабленный
Рисковый	Деятельный	Надежный
Нежный	Энергичный	Находчивый
Конструктивно мыслящий	Опытный	Ответственный
	Верный	Здравомыслящий
Осторожный	Бесстрашный	Умелый
Живой	Гибкий	Цельный
Амбициозный	Собранный	Духовный
Устойчивый	Умеющий прощать	Стабильный
Настойчивый	Предусмотрительный	Непоколебимый
Самоуверенный	Свободный	Прямой
Внимательный	Счастливый	Сильный
Храбрый	Здоровый	Упрямый
Смелый	Полный надежд	Благодарный
Яркий	Творческий	Аккуратный
Способный	Изобретательный	Вдумчивый
Заботливый	Умный	Крутой
Дружелюбный	Знающий	Доверчивый
Способный мыслить	Любящий	Благонадежный
Ориентированный на результат	Зрелый	Честный
	Открытый	Понимающий
Компетентный	Оптимистичный	Уникальный
Интересующийся	Дисциплинированный	Непреклонный
Уверенный в себе	Организованный	Бодрый
Внимательный к другим	Терпеливый	Дальновидный
Бескомпромиссный	Проницательный	Целостный
Креативный	Упорный	Волевой
Решительный	Стойкий	Побеждающий
Преданный	Позитивный	Мудрый
Целеустремленный	Влиятельный	Достойный
Жизнестойкий	Набожный	Усердный
Добросовестный	Быстрый	Увлеченный

Предоставление информации и совета

Иногда люди действительно не имеют ни малейшего соображения о том, как приступить к делу, и просят у вас информации или совета. Как показано в примере выше, мы должны отреагировать на эту просьбу, вернув вопрос: спросить у самого клиента о его собственных соображениях. Кроме того, будет целесообразным предложить ему полезную информацию или совет, а тот факт, что клиент сам попросил вас об этом, означает, что он дал вам разрешение сделать это. Как обсуждалось в Главе 11, когда дело доходит до совета, мы рекомендуем предлагать клиенту варианты выбора, а не просто одну какую-то возможность.

Определение и аффирмация сильных сторон

Другой способ пробудить уверенность в себе – это определить в общих чертах сильные стороны и возможности человека, которые могли бы помочь ему в процессе изменения. Аффирмация сильных сторон может сама по себе повысить самооценку и уверенность в себе. Признать и отметить сильные стороны человека – это способ поддержать надежду и придать уверенность в себе, когда ему их не хватает. Как обсуждалось в предыдущих главах, вы можете прямо спросить человека о его положительных качествах, исследуя их с помощью рефлексивного слушания. Так как многим людям неудобно хвалить себя, мы использовали более структурированную процедуру, названную «Характеристики успешного изменения». Список прилагательных, указанных в Таблице 16.2, представляет собой собрание 100 положительных качеств, проявляемых людьми. Каждый сможет отыскать в данном списке прилагательные, описывающие его. Именно это мы обычно и просим сделать: «Посмотрите на список сильных сторон, которые бывают у людей, и обведите в кружочек все те, которые описывают вас». Мы просили людей найти, по меньшей мере пять качеств. Затем исследуйте эти качества с помощью открытых вопросов и рефлексивного слушания.

КОНСУЛЬТАНТ: Теперь я бы хотел поговорить с вами о том, как ваши сильные стороны могли бы помочь вам в прохождении программы реабилитации сердечно-сосудистой системы, чтобы у вас не повторился инфаркт миокарда. Я вижу, что вы выделили «Дальновидный». Расскажите мне об этом.

КЛИЕНТ: Ну, я думаю, что мне нравится смотреть на вещи с позитивной точки зрения. Мне всегда удавалось видеть возможности, а не только то, как дела обстоят на самом деле.

КОНСУЛЬТАНТ: Понятно. В каком-то плане вы оптимист.

КЛИЕНТ: В каком-то плане да. Я не зацикливаюсь на прошлом со всяким «надо было, должен был, мог бы», просто смотрю вперед. Я ничего не могу исправить в прошлом, но будущее-то еще не наступило. С ним я могу еще что-то сделать.

КОНСУЛЬТАНТ: Это действительно ваше сильное качество. Вы не зацикливаетесь на мыслях о том, как все плохо. Вместо этого вы задаетесь вопросом, что можно сделать, чтобы все стало лучше.

КЛИЕНТ: Да, точно.

КОНСУЛЬТАНТ: Таким образом, чтобы снова сильным и здоровым, вам надо сосредоточиться на том, ради чего вы хотите жить, на том, что вас ждет впереди. Правильно?

КЛИЕНТ: Точно. Я еще не отжил свое. Есть многое, что я еще хотел бы сделать.

Обратите внимание, что среди того, что говорит клиент, много изменяющих высказываний, а кроме того, здесь есть признание конкретного качества, полезного для изменения. Когда клиент определяет свои сильные стороны, попросите его уточнить, о чем идет речь. Как именно данное качество проявляется в человеке? Попросите привести примеры и следуйте за ним с помощью рефлективного слушания.

Бывает полезным узнать, какими источниками социальной поддержки в осуществлении изменения располагает клиент. Есть ли кто-то, к кому клиент мог бы обратиться за поддержкой? Как именно? Кто еще мог бы помочь ему измениться?

Анализ прошлых успехов

Другим источником надежды может стать изучение изменений, успешно осуществленных в прошлом: «Какие нелегкие изменения вы когда-либо совершали в своей жизни? Какие изменения, насчет которых у вас поначалу не было уверенности, справитесь вы или нет, вы когда-либо совершали?» Выслушав один и более примеров, вы уточняете: «Как вы это сделали?», и продолжаете эмпатически слушать, анализируя, в частности, навыки и сильные стороны, вытекающие из данных историй. Исследуйте прошлые позитивные изменения до определенной глубины. Что из того, что сделал человек, сработало? Какие специальные приготовления были сделаны для изменения? Вы ищете те личные навыки и сильные качества, которые могли бы быть обобщены и применены к текущей ситуации. Вместо того, чтобы просто спросить: «Расскажите мне, как вы это сделали», может оказаться полезным попросить человека рассказать более подробно о том, какие изменения произошли и как это осуществилось. Почему человек решил совершить данное изменение? Что он предпринял, чтобы начать и поддержать изменение? Какие препятствия встретились на его пути и как он преодолел их? Чему он приписывает свой успех? Что это может говорить о его ресурсах, навыках и сильных качествах? Помните о том, что вы хотите, чтобы не вы, а клиент сам привел аргументы в пользу того, чтобы верить в себя.

Мозговой штурм

Классическим примером подхода к решению проблемы является мозговой штурм, включающий свободное генерирование как можно большего количества идей о том, как можно добиться совершения изменения. Список составляется безо всякой критики, все идеи принимаются независимо от того, насколько глупыми и нереальными они выглядят. Цель – стимулировать креативные, разнонаправленные представления о том, как можно было бы достичь изменения. Предлагать свои идеи не возбраняется, но в большинстве случаев вы должны полагаться на креативность самого клиента в поиске возможностей. Запишите их.

Как только список будет составлен, спросите клиента, какие идеи из списка кажутся ему наиболее обещающими и приемлемыми и почему. Не забывайте о том, что за всеми этими методами пробуждения надежды лежит общая цель извлечения и укрепления высказываний об уверенности в себе. В рамках МК мозговой штурм является не только методом генерирования идей, но также и другим форматом извлечения высказывания об уверенности в себе.

Рефрейминг

Иногда человек застревает в атрибуции вины, и тогда на помощь придет процесс рефрейминга или реатрибуции. Общая тема здесь будет звучать так: «Я пытался несколько раз, и каждый раз у меня не получалось». Общей стратегией будет рефрейминг «неудачи» таким образом, чтобы содействовать, а не блокировать дальнейшие попытки изменения.

Также на помощь может прийти понятие «попытка». От «неудачи» до «попытки» всего один шаг. Нет необходимости прибегать к банальностям («Если вам сразу не удалось, продолжайте пытаться снова и снова»), чтобы представить то, что клиент сделал в прошлом, как успешные попытки на пути движения к цели. Здесь может помочь осведомленность о научных исследованиях процесса изменения. Например, человеку, страдающему табачной зависимостью, обычно не удается бросить курить с первого раза. В среднем требуется около трех-четырех серьезных попыток, прежде чем курильщик сможет навсегда покончить с зависимостью от курения, а раз это среднее значение, то может понадобиться и шесть или семь попыток. С каждой попыткой человек оказывается на один шаг ближе к цели. Если

«неудача» звучит как что-то постыдное, то слово «попытка» звучит как что-то, заслуживающее похвалы. Если человек безуспешно пытался несколько раз, это может означать только то, что он не подобрал верный подход. Даже прежний подход может сработать, если попытаться снова. Попытка – это рутинный и необходимый шаг на пути к успешному изменению.

> Рабочая гипотеза такова: клиент обладает мудростью, проницательностью и креативностью, которые можно и нужно использовать.

Рефрейминг может способствовать появлению уверенности. Объяснение, что «неудача» вызвана внутренними, постоянными факторами (как неспособность: «Я не могу этого сделать»), может быть заменено атрибуцией неудачи внешними и непостоянными факторами, таким как усилие или удача: «Просто время было неподходящее», «Я этого еще не делал», «Я был не совсем готов», «В тот раз мне не повезло», «Я пытался недостаточно сильно или долго». Возьмите пример игроков, которые, как известно, весьма настойчивы: «Может быть, в следующий раз наступит мое время».

Гипотетическое обдумывание

Когда человек борется с практическими вопросами, ему может прийти на помощь прыжок в «гипопространство», перенос размышлений в плоскость гипотетического. Здесь будет полезен условный синтаксис:

> «Представьте, что вы добились успеха и теперь смотрите на все это как на прошлое. Что, как вы теперь видите, сработало лучше всего? Как это произошло?»
>
> «Представьте, если бы этого большого препятствия не существовало. Если бы это препятствие исчезло, как бы вы совершили изменение?»
>
> «Совершенно очевидно, что вы чувствуете себя расстроенным, даже деморализованным, из-за этого. Используйте свое воображение: если бы вы попытались снова, какой способ был бы наилучшим?»

Иногда дистанция гипотетического обдумывания может освободить креативность клиента. С клиентами, которые готовы работать с методом саморефлексивного сочинения (сочинение о самом себе. – *Прим. ред.*), мы применяли задание «письмо из будущего», которое использовали в качестве домашнего задания, чтобы дать клиенту некоторое время для рефлексии:

> «Представьте себе, что с сегодняшнего дня прошло пять лет, причем вам удалось совершить желаемое вами изменение. Напишите сами себе письмо из будущего. Сможете ли вы себе это представить? Найдите слова поддержки для самого себя, глядя из будущего, в котором вы стали мудрее, и напишите о том, как вам удалось совершить изменение».

Такое креативное гипотетическое обдумывание срабатывает и во время терапевтических сессий. В ситуации, когда мы чувствуем, что стоим на месте во время сессии, мы просим клиента «поработать нашим консультантом»:

> «Питер, если вы не возражаете, я хотел бы, что бы вы попробовали кое-что еще. Через минуту я попрошу вас пересесть в мое кресло и сыграть роль терапевта. Когда вы это сделаете, мы поговорим о вашей ситуации вместе, как будто это вы мой терапевт. Таким образом, вы поможете мне понять, что делать. Когда мы будем так работать, говорите о себе от третьего лица с использованием местоимения «он», избегая слов «я» или «мне». Вы поняли?»

После того как клиент пересел в другое кресло, нам следует сказать что-нибудь

наподобие:

> «Я чувствую, что немного застрял, работая с Питером, и хотел бы услышать ваш совет. Я очень хочу помочь ему, но я почти не вижу, что можно предпринять дальше. Что, по-вашему, происходит с Питером, что мне надо попытаться сделать?»

После этой беседы мы благодарим «консультанта» и возвращаем его на свое место. Затем мы обычно пытаемся выполнить предложенное. Не каждый клиент способен справиться с таким дистанцированием, но иногда вам будут предлагать удивительные взгляды и идеи. Следуя принципу МК, рабочая гипотеза должна быть такова: клиент обладает мудростью, проницательностью и креативностью, которые можно и нужно использовать.

Реагирование на высказывания об уверенности в себе

Общая цель, объединяющая все изложенные методы, заключается в том, чтобы клиент говорил о путях осуществления изменения, об уверенности в себе: почему и как он или она могли бы добиться успеха в изменении. Согласно мировоззрению МК, полезно, когда клиенту приходится приводить аргументы. Когда происходит такой разговор об уверенности в себе, важно реагировать на него таким образом, который бы поддерживал и укреплял его. Здесь применимы все те же четыре реакции на слова клиента (OAPP), которые были изложены в Главе 14, поскольку это просто частный случай реагирования на изменяющее высказывание.

• Открытые вопросы задаются, чтобы попросить клиента развить тему или привести примеры.
• Аффирмация сильных сторон и способностей клиента.
• Рефлексирование высказываний, укрепляющих у клиента уверенность в себе.
• Резюмирование причин клиента сохранять оптимизм в отношении изменения.

Рефлексивное слушание остается центральным навыком. Прислушивайтесь к темам, переживаниям, идеям и ощущениям, которые связаны с уверенностью в себе и выражают способность клиента осуществить желаемое изменение. Старайтесь в первую очередь рефлексировать именно их, и сразу, как только они появляются, и в последующих рефлексивных резюме. Соответствующим образом подтверждайте уверенность в себе, которую выражает клиент.

При появлении высказываний об уверенности в себе бывает полезным рассмотреть возможные проблемы и трудности, с которыми придется столкнуться, задав клиенту вопросы о возможных решениях:

> «Что бы вы сделали, если …?»
> «Как бы вы могли отреагировать на …?»
> «Что, по-вашему, произойдет, если …?»

Это, в свою очередь, побуждает к изменяющему высказыванию. На самом деле ситуация здесь противоположна той, в которой вы предлагаете решения, а клиент указывает на ограничения. Ваша роль здесь заключается в том, чтобы помочь клиенту думать и уточнять дальше, а не опровергать изменяющее высказывание.

Радикальное изменение с множественными проблемами

Случается, что необходимое изменение не имеет четких границ, но содержит определенное количество взаимосвязанных проблем, для которых не работают простые решения. Рассмотрим, например, ситуацию работницы секс-индустрии – полизависимой

наркоманки, живущей в городе, где проституция запрещена законом. Как и многим женщинам, подобным ей, для нее может быть наиболее важным сбежать из той ситуации, в которой он оказалась. Каким бы трудным это ни было, это вопрос уверенности в себе. Изменение может потребовать отказа от опасных и изобретательных знакомых; поиска временного крова и пропитания, смены места жительства, курса комплексной детоксикации и лечения, решения правовых проблем, освоения новых рабочих навыков, поиска работы, заботы о детях и о доме.

Говорить об изменении в отношении какой-либо одной из этих проблем (например, наркозависимости) без рассмотрения других аспектов является абсолютно нереальным, а низкий уровень уверенности в себе вполне объясним. Постепенное, шаг за шагом, изменение, относящееся лишь к одной проблеме, вряд ли сработает, так как проблемы взаимно замыкают и дополняют друг друга.

В таких ситуациях единственным путем обретения уверенности человеком будет радикальное изменение и одновременное решение множества проблем. Лишь оценив сложность ситуации, можно разговаривать о том, каким образом можно произвести такое масштабное изменение. При этом необходимо учитывать общую картину ситуации, а не пытаться изменить конкретное поведение.

Клинический пример

Следующий клинический диалог иллюстрирует подход МК к усилению уверенности в себе, используя сценарий радикального изменения, описанный выше. Диалог начинается спустя некоторый период времени от начала разговора о важности изменения, который клиент настолько лаконично резюмировал, что у консультанта не возникло никакой необходимости делать это. Теперь, прежде чем рассмотреть составление конкретного плана изменения, необходимо уделить внимание уверенности в себе[18].

КЛИЕНТ: Я не могу больше заниматься этим делом. Это слишком опасно и окончится моей смертью. Мне нужно думать о дочери. Я не хочу, чтобы у нее была такая же жизнь, как у меня. Как мать я – полное ничтожество: колюсь в ванной, чтобы она меня не увидела, полночи не появляюсь дома. Теперь вот и социальный работник угрожает снова забрать ее от меня, и я не виню его. Я не могу так продолжать. (На шкале важности она отметила 9 баллов.)

КОНСУЛЬТАНТ: Вы оказались в безысходной ситуации и очень хотите выбраться из нее.

КЛИЕНТ: Позапрошлой ночью я из нее почти выбралась, но не туда, куда мне хочется, а в гроб.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы сказали, что вас чуть не убили.

КЛИЕНТ: Такое со мной и раньше бывало, но тот парень, о котором я вам говорила, действительно напугал меня.

КОНСУЛЬТАНТ: Каков ваш следующий шаг? Как вы могли бы выпутаться?

КЛИЕНТ: В том и дело. Что я могу сделать? (Приглашение высказать решения…)

КОНСУЛЬТАНТ: Вы чувствуете, что вы влипли и у вас нет способа выбраться (…которые консультант просто рефлексирует).

КЛИЕНТ: Нет, блин! У меня нет денег. Я на испытательном сроке. СиСи смотрит за мной, как коршун, бьет меня, отбирает у меня наркотики, если он даже просто подумает о том, что я от него что-то скрываю. Мы живем в дешевой комнате мотеля. Что от меня требуется сделать? (Можно представить вероятный результат озвучивания

---

[18] На достаточном основании мы добавили подстрочный комментарий к клиническому примеру. Полный случай Юлии доступен на сайте www.guilford.com/p/miller2 с комментариями по тексту.

предположений и решений («Ну, а как насчет…?»)

КОНСУЛЬТАНТ: Вы стоите именно перед этим вопросом. Вы хотите выбраться, но как, во имя всего в мире, вы можете преодолеть так много неимоверных препятствий? (Вновь консультант рефлексирует вместо того, чтобы просто дать ответы.)

КЛИЕНТ: Я не вижу никакого выхода. Иначе меня бы там уже не было. (Шкала уверенности = 1 или 2.

КОНСУЛЬТАНТ: У меня определенно нет для вас ответов, но я точно уверен, что они есть у вас, и, что работая вместе, мы сможем найти способ выбраться из этой ситуации. (Предоставление надежды.)

КЛИЕНТ: Что вы имеете в виду?

КОНСУЛЬТАНТ: Во-первых, вы чрезвычайно изобретательны. Я не могу поверить, насколько вы сильная, вы сумели пройти через все и остаться в живых. Уже то, что вы сидите здесь и разговариваете со мной о том, какой вы видите вашу жизнь в будущем. Я не думаю, что смог бы пережить то, через что вы прошли. (Совершенно искренняя аффирмация и рефрейминг.)

КЛИЕНТ: Каждый делает то, что должен.

КОНСУЛЬТАНТ: Как случилось, что вы зашли так далеко, но сохранили способность любить и сопереживать, которые я вижу в вас, не только к вашей дочери, но и к женщинам, с которыми вы работаете, и к другим людям. Как вам это удается? (Аффирмация и открытый вопрос.)

КЛИЕНТ: Шаг за шагом, как говорится. Я не знаю. Я как бы ухожу внутрь, когда обслуживаю клиента. Я не позволяю ранить себя. Я забочусь о себе.

КОНСУЛЬТАНТ: Так же, как вы заботитесь о своей дочери. (Связывающая рефлексия.)

КЛИЕНТ: Я надеюсь, что лучше забочусь о ней, чем о себе. Но да, я забочусь о себе. Больше-то никто обо мне не позаботится.

КОНСУЛЬТАНТ: Итак, у вас есть удивительная внутренняя сила, прочный стержень внутри, там, где никто не может вас поранить.

КЛИЕНТ: И не позволяет мне самой ранить себя.

КОНСУЛЬТАНТ: Верно! Это не означает, что вы ничего не чувствуете, потому что это не так. У вас есть способ сохранить внутри себя любящую женщину, обеспечить ей безопасность. (Аффирмация.) Таким образом, вы сильная женщина. Как еще вы можете описать себя? (Извлекающий вопрос.) Какие другие качества помогают вам выживать? (Вопрос о сильных личностных качествах.)

КЛИЕНТ: Я думаю, что я очень неглупая. Вероятно, по мне этого сразу не скажешь, но я вижу, что происходит вокруг меня, и многое подмечаю. (Начало высказывания об уверенности в себе.)

КОНСУЛЬТАНТ: Вы сильная, любящая и весьма смышленая. Что еще? (Обобщающее резюме.)

КЛИЕНТ: Не знаю.

КОНСУЛЬТАНТ: Что о вас могут сказать люди, кто-нибудь, кто хорошо знает вас? Какие хорошие качества, которые помогли бы вам измениться, они, возможно, видят в вас?

КЛИЕНТ: Настойчивость. Я становлюсь прямо-таки упертой, если чего-нибудь захочу.

КОНСУЛЬТАНТ: Ничто вас не остановит, если вы приняли решение, как ничто не остановит разъяренного быка.

КЛИЕНТ: Я не сдаюсь, если я что-нибудь хочу.

КОНСУЛЬТАНТ: Сильная и любящая, смышленая, настойчивая. Кажется, у вас есть много всего, что помогло бы вам справиться с трудными изменениями. Как насчет этого? Приведите пример из жизни, когда вы сильно чего-то хотели и добивались этого. (Анализ успешного прошлого опыта.)

КЛИЕНТ: Вам это не понравится.

КОНСУЛЬТАНТ: Проверьте.

КЛИЕНТ: На прошлой неделе я не принимала наркотики, и мне было страшно плохо. СиСи думал, я обманываю его, коплю деньги и не говорю ему, поэтому он просто лишил меня доступа к наркотикам. Я просила у других, но ни у кого не было. Был полдень, на улице ничего не происходило. Я взяла дочь и пошла к автостраде. Мне надо было дождаться, пока СиСи уйдет обедать. Я сделала табличку с надписью: «Голодна. Работаю за еду». Через час я получила достаточно денег на то, что я хотела, и еду для нас тоже. СиСи об этом так и не узнал.

КОНСУЛЬТАНТ: Это как раз о том, что вы рассказали раньше. Вам надо было все тщательно спланировать, но поскольку вы хорошо знаете, что происходит вокруг, вам все удалось. Вы немного подумали и быстро нашли решение. Как вы сделали табличку? (Обобщающее резюме сильных сторон.)

КЛИЕНТ: Я нашла картонку в мусорном контейнере, я одолжила маркер у администратора мотеля.

КОНСУЛЬТАНТ: Казалось бы, пустяк, но я поражен тем, как быстро вы нашли решение. Я, конечно, расстроен тем, что вы потратили свое воображение на добычу наркотиков, но это пример того, как могут развиваться события, когда вы проявляете настойчивость.

КЛИЕНТ: Теперь о другом. Что мне делать с зависимостью? Синдром отмены – это плохо.

КОНСУЛЬТАНТ: Получается, что вы раньше уже испытывали это.

КЛИЕНТ: Конечно. В тюрьме, на улице, и даже в клинике для лечения наркомании, но я не хочу вновь проходить через все это.

КОНСУЛЬТАНТ: Расскажите мне про клинику. Когда это было?

КЛИЕНТ: В прошлом году. Мне было реально плохо, меня забрали в отделение «Скорой помощи», а оттуда отвезли в клинику для лечения наркомании. Я была там около 5 дней, но потом снова заторчала.

КОНСУЛЬТАНТ: Как вам показалась клиника?

КЛИЕНТ: Было нормально. Они со мной хорошо обращались, давали мне препараты, поэтому я не страдала. Как только я оказалась на улице, мне захотелось дозу.

КОНСУЛЬТАНТ: Таким образом, возможно, чтобы процесс отмены прошел вполне комфортно для вас. Проблема появилась, когда вы вышли обратно. Позвольте спросить вас вот что. Представьте себя живущей вне улицы, как по волшебству. Вы прошли через синдром отмены, ушли с улицы и от СиСи, полностью от всего. Не думайте о том, как вы к этому пришли, мы к этому вернемся позже. Представьте, что вы свободны, есть только вы и ваша дочь. (Использование гипотетического суждения.) Что бы вы сделали? Какую бы жизнь выбрали? (Взгляд в будущее.)

КЛИЕНТ: Мне было бы необходимо найти настоящую работу. Возможно, я бы вернулась в школу, а потом нашла хорошую работу. Я бы хотела уехать из города и жить в тихом месте, в деревне. (Изменяющее высказывание.)

КОНСУЛЬТАНТ: Полное изменение жизни.

КЛИЕНТ: Это то, что мне нужно.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы можете себе это представить: новую жизнь где-нибудь вместе с вашей дочерью.

КЛИЕНТ: Да, я могу себе это представить. Но как я могу осуществить это? (Приглашение к решению.)

КОНСУЛЬТАНТ: Это такое большое изменение со столькими препятствиями, что вы не думаете, что смогли бы его совершить (Причаливание.)

КЛИЕНТ: Не знаю. Может быть, я смогла бы. Я просто не сильно задумывалась над этим. (Шкала уверенности в себе = 3 или 4 балла?)

КОНСУЛЬТАНТ: Может быть, просто возможно, с вашими сильными качествами, умом, изобретательностью и упорством вы смогли бы добиться успеха. Это то, чего вы

хотите, да?

КЛИЕНТ: Да, было бы здорово уйти с улицы.

КОНСУЛЬТАНТ: Это просто несбыточная мечта или вы считаете, что действительно сможете это сделать?

КЛИЕНТ: Это кажется не вполне реальным, по крайней мере для меня.

КОНСУЛЬТАНТ: Для вас. Но это было бы возможно для…

КЛИЕНТ: Мне кажется, я сейчас подумала о моей дочери. Или, может быть, о другой знакомой мне женщине. Я думаю, что у меня столько же шансов, сколько и у них.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы можете представить себе, как делаете это, так же, как сделали бы другие. Позвольте мне попросить вас сделать еще одну вещь, прежде чем мы перейдем к деталям. Давайте подумаем о том, что бы вам потребовалось для того, чтобы уйти с улицы в то место, которое вы себе представили. Давайте подойдем к этому творчески и попробуем найти все возможные варианты того, как бы это могло произойти, придумаем как можно больше способов. Они могут быть совершенно нереальными или невероятными, неважно. Все, что нам нужно, это множество идей. ОК? (Предложение идеи мозгового штурма.)

КЛИЕНТ: Конечно, почему бы и нет.

КОНСУЛЬТАНТ: Итак, как бы это произошло?

КЛИЕНТ: Я бы могла найти богатого любовника, как та девушка из фильма «Красотка».

КОНСУЛЬТАНТ: ОК, хорошо. Это одно. Что еще?

КЛИЕНТ: Могло бы произойти чудо (смеется).

КОНСУЛЬТАНТ: Правильно. Чудеса случаются. Что еще?

КЛИЕНТ: Я могла бы поговорить с мамой, чтобы она снова помогла мне деньгами. Если она решит, что я серьезна в этот раз, она может это сделать.

КОНСУЛЬТАНТ: Итак, ваша мама могла бы помочь вам с деньгами.

КЛИЕНТ: Я знаю, она беспокоится за свою внучку. Мы могли бы даже жить у нее некоторое время, но я не знаю, сможет ли она когда-нибудь поверить мне снова.

На протяжении десятиминутного отрезка сессии постепенно возникает разговор о вере в себя, также наблюдается самое начало составления вероятного плана изменения. Вместо того чтобы сразу перейти к дискуссии о том, как произвести изменение и иметь дело с женщиной, осознающей высокую важность изменения, но с низкой верой в него, консультант уделяет время тому, чтобы вызвать у нее веру в свои общие способности к адаптации. Консультант избегает приглашения вмешаться и предоставить готовые решения. Это прокладывает путь дальнейшему развитию и готовности придерживаться определенного плана изменения (Глава 20).

Поиск надежды – это воззвание к той надежде, которая уже существует.

В поисках надежды

Человеческие существа удивительно изобретательны. Установка нашего подхода заключается в глубокой вере и уважении собственных решений человека. Для помогающих специалистов бывает очень заманчиво предложить решения и попытаться *установить* надежду и уверенность в себе. Как обсуждалось в Главе 10 и позднее в Части V, свою роль может сыграть обмен личным опытом, но мы обнаружили, что целесообразнее сначала найти источники силы и принятия решений в самом человеке. Вы не должны в одиночку предоставлять решения. Это не сработает, когда стоит задача личного изменения человека. Поиск надежды не имеет ничего общего с созданием надежды на пустом месте. Это воззвание к той надежде, которая уже существует. Надежда – это по-настоящему совместный

межличностный процесс, участие в котором является великой честью.

Ключевые моменты

• Люди будут уклоняться от готовности совершить изменение, если только не поверят в его возможность.
• Вид помощи, необходимой клиентам, осознающим высокую важность изменения и имеющим низкий уровень уверенности в себе, отличается от того вида помощи, который необходим клиентам, мало осознающим важность изменения, но имеющим высокий уровень уверенности в себе.
• Можно использовать клинический стиль МК, чтобы укрепить надежду и уверенность в себе.

Глава 17
Беспристрастное консультирование

Я мечтаю об уравновешенном искусстве.
Анри Матисс

Подъехав к развилке дороги, следуйте ей.
Йоги Берра

Изначально МК разрабатывалось с определенной целью: укреплять мотивацию людей и их готовность к совершению конкретного изменения. В данном смысле МК призвано влиять на выбор, несмотря на то что в конечном итоге выбор, изменяться или нет, остается за клиентом.

Однако бывают ситуации, в которых *не следует* подталкивать выбор клиента в определенном направлении. Это может быть связано с тем, что у вас еще нет мнения, какое направление было бы лучшим для человека, или потому, что вы думаете, что вам не следует влиять на выбор тем или иным способом, даже если у вас есть определенное мнение. В данном случае вам необходимо сохранять баланс, чтобы сознательно или случайно не повлиять на какую-либо из сторон амбивалентности человека.

Рассмотрим ряд возможных клинических сценариев, в которых вы работаете с клиентом, рассматривающим варианты выбора:

• Пара, нуждающаяся, чтобы ей помогли в принятии решения об усыновлении ребенка.
• Взрослый человек, размышляющий о пожертвовании почки родственнику, нуждающемуся в трансплантации.
• Женщина, взвешивающая за и против аборта.
• Подросток, решающий, использовать ли презервативы.
• Мужчина, вводящий в вену «спидбол» (смесь героина и метамфетамина).
• Женщина, решающаяся уйти от мужа, который совершал над ней физическое насилие.
• Бездомный, чувствующий себя комфортно, живя на улице.
• Женщина, решающаяся записаться на курс, который вы ведете.
• Мужчина, использующий самоудушение, чтобы усилить оргазм.
• Женщина, которую присудили к принудительному лечению за третий случай вождения в нетрезвом состоянии.
• Солдат, который от тоски и отчаяния периодически играет в Русскую рулетку.
• Звонящий по «горячей линии» кризисного центра, думающий о том, чтобы совершить самоубийство, прыгнув со здания.
• Насильник, подыскивающий жертву для нового изнасилования.

Если вы похожи на большинство клиницистов, ваше ощущение острой необходимости повлиять на направление выбора клиента в этих сценариях неодинаково. Это могут быть сценарии, в которых вы чувствуете себя профессионально и этически обязанными сделать все от вас зависящее, чтобы побудить клиента сделать выбор и измениться в определенном направлении. Могут быть другие сценарии, в которых вы сочтете, что будет этически неверно пытаться влиять на клиента в выборе определенного пути, и существует вероятность, что некоторые попадут в серую зону.

В данной главе мы представляем основанный на МК способ консультирования, когда вы намерены избежать влияния на выбор направления изменения. В каком-то плане это более сложная задача, чем продвижение в определенном направлении. Здесь вполне уместно то, что мы узнали о психолингвистике изменения, а беспристрастное консультирование подразумевает, что вы постоянно осознаете данную динамику на протяжении всего процесса исследования вариантов.

Эквиполентность

Намерение оставить выбор полностью за клиентом не является новым. В медицинской практике это называется эквиполентностью. Клиницист либо не имеет мнения о том, какой выбор был бы лучшим (например, среди различных вариантов лечения определенного вида рака) или, по крайней мере, считает, что выбор должен быть сделан клиентом. Если врач не хочет прямо или косвенно подталкивать клиента к определенному выбору, он может дать информацию, основанную на научном знании, чтобы пациент мог сделать *информированный* выбор (Charles & Whelan, 1997; Elwyn, Edwards, Kinnersley, & Grol, 2000).

Итак, что же такое эквиполентность? Во-первых, это не личная и не профессиональная черта. Некоторые клиницисты проявляют большую эквиполентность как профессиональное качество: они обычно терпеливы, эмоционально стабильны и сдержанны, беспристрастны, уравновешенны и сбалансированны. Эти качества свойственны им в работе со всеми людьми, в любое время, в любых условиях.

Однако эквиполентность относится к конкретному клиенту и ситуации. Как изменяющее высказывание, эквиполентность определяется только в связи с определенным решением или целью изменения. Эквиполентность может существовать в отношении принятия определенного выбора или изменения человека, а не в отношении человека.

Во-вторых, эквиполентность отличается от ваших собственных мнений или ожиданий. Можно иметь личное или профессиональное мнение или предположение о том, какой вариант был бы лучше для клиента, но придерживаться эквиполентности, так как вы верите, что вам не следует влиять на решение клиента. Рассмотрим пример: клиент, находящийся в состоянии амбивалентности по поводу того, оставаться ли ему в браке, который длился десять лет, или развестись. Вы можете иметь профессиональное предчувствие или даже личное моральное убеждение о том, какой вариант был бы лучшим выбором, но считаете, что правильным будет оставить данное решение полностью за клиентом. В данном случае вы практикуете эквиполентность, даже если у вас есть личное мнение или ожидание в отношении клиента.

> Это сознательное, намеренное решение не использовать свое профессиональное присутствие или навыки, чтобы повлиять на совершение клиентом определенного выбора или изменения.

Мы говорим, таким образом, о том, что эквиполентность – это установка ума или выбор, отраженный на практике по отношению к конкретному клиенту, конкретной ситуации и в конкретное время. Эквиполентность – это выбранная позиция, это не чувство или не личная черта. Это сознательное, намеренное решение *не использовать* свое

профессиональное присутствие или навыки, чтобы повлиять на совершение клиентом определенного выбора или изменения.

Можем ли мы влиять на выбор?

Такое понимание эквиполентности предполагает, конечно, что у клинициста есть возможность влиять на то, какой выбор сделает амбивалентный человек. В действительности вы не можете сделать выбор за других людей или примерить на себя их способность сделать выбор. Даже если клиенты позволяют вам решать за них, это тоже выбор, сделанный ими. Понятно, однако, что межличностные влияния могут формировать и формируют выбор, который делают люди и что большинство из нас недооценивает то, насколько внешние факторы влияют на наше поведение (Bargh & Chartrand, 1999; Bargh & Ferguson, 2000). Широкий выбор четко определенных факторов, используемых в рекламе, маркетинге и политике, могут повлиять на отношение, выбор и ценности (Cialdini, 2007). Многое было написано о том, насколько клиницисты сознательно или бессознательно влияют на ценностный выбор клиентов, походящий на их собственный, ставя под сомнение психотерапии, претендующие на нейтральность в области ценностей (Bergin, 1980; Truax, 1966).

Это может быть тревожным знанием как для специалистов, так и для широкой публики. Западные культуры придают больше значение самоопределению, представляющему собой краеугольный камень медицинской этики (см. Главу 10). Предположение о свободе воли лежит в основе многих законов и общественного порядка: люди являются (или, по крайней мере, должны быть) автономными, свободно и сознательно определять свои действия и ход жизни на основе их собственных индивидуальных ценностей (Baer, Kaufman, & Baumeister, 2008). Тем не менее Рокич (Rokeach, 1973) продемонстрировал, что ценности как таковые могут меняться даже в результате относительно простого экспериментального вмешательства, и этот сдвиг проявлялся в широком спектре поведения и принятия решений в течение последующих месяцев и даже лет. Таким образом, решение клинициста о влиянии на выбор клиента является серьезным и важным решением именно потому, что таковое выполнимо.

Выбор нейтральности

Подготовительный шаг в отношении любой цели изменения, по поводу которого клиент испытывает амбивалентность, представляет собой решение: сохранить беспристрастность или побуждать движение к определенному решению. Эти альтернативные пути предполагают различные клинические подходы. Многое в предыдущих главах касалось того, как ускорить движение к определенной цели изменения путем укрепления одной из сторон амбивалентности человека. Те же принципы влияния, однако, содержат и знание о том, как перейти к эквиполентности, когда вы решаете сохранять профессиональную беспристрастность. Это основной фокус данной главы.

Целесообразно и желательно информировать вашего клиента, когда вы решаете оставаться эквиполентным. Одной из причин этого является неприятное ощущение, которое может возникнуть, когда специалист с эквиполентностью исследует эмоционально наполненную амбивалентность. Амбивалентность может быть остро неприятным, вызывающим отвращение состоянием, когда обдуманный выбор имеет психологическую значимость и потенциальные долгосрочные последствия. Увеличение одновременного осознания обеих сторон внутреннего конфликта может вызвать у человека тревогу. Движение в любом направлении часто более комфортно для людей, чем размышление над экзистенциальной дилеммой интенсивной амбивалентности. Основными элементами информирования, на наш взгляд, являются следующие:

1. Вы хотите помочь человеку исследовать дилемму, в решении которой он зашел в тупик.

2. Вы намерены сохранить беспристрастность в отношении того, что именно человеку следует делать, пока он сам не примет решения.

3. Исследование дилеммы таким образом может быть неприятным или огорчающим, что является одной из причин того, что люди не могут выбраться из амбивалентности.

4. Вы хотите помочь им проработать дилемму и дискомфорт, принять собственное решение и двигаться дальше, как только они сделают выбор.

Вот как это может звучать:

«Я вижу, что вы действительно боретесь с дилеммой и чувствуете, что застряли в ней. Такое очень часто встречается в подобной ситуации. Мысли о любой альтернативе вызывают дискомфорт, поэтому вы пытаетесь не думать об этом, что тоже вызывает дискомфорт, потому что проблема не решена и ничего не изменилось. Я предлагаю, чтобы мы исследовали обе стороны данной дилеммы более тщательно. Я хочу, чтобы вы знали, что я намереваюсь оставаться абсолютно нейтральным в отношении того, что вам следует делать, и не стану советовать вам тот или иной способ. Я собираюсь просто помочь вам поближе рассмотреть то, что составляет ваш выбор. Этот процесс может быть неприятным, такое часто происходит с людьми, но я думаю, это то, что вам нужно, чтобы выбраться из данного состояния. Я буду работать с вами и поддерживать вас, пока вы не решите, что вы хотите делать, а затем помогу вам двигаться в выбранном направлении. Есть ли у вас какие-нибудь вопросы по описанному мной процессу? Приступим?»

Избегание непроизвольного управления

Консультант может непроизвольно попасть в ловушку пристрастности, приняв какую-либо сторону, намереваясь осознанно или нет защитить или поддержать какую-либо сторону. Рассмотрим два примера консультирования, сфокусированного на выборе в эпицентре амбивалентности: решение о том, чтобы завести детей:

КЛИЕНТ: Я предполагаю, что наиболее актуальным вопросом для меня является семья. Мне перевалило за тридцать, и если я собираюсь когда-либо иметь детей, то думаю, сейчас самое время.

КОНСУЛЬТАНТ: Ваши биологические часы тикают.

КЛИЕНТ: Да. Мне действительно уже пора принять решение.

КОНСУЛЬТАНТ: О чем вы размышляете?

КЛИЕНТ: Я всегда думала, что когда-нибудь у меня будут дети. Просто нам обоим сначала надо было окончить школу, а потом мы начали работать, и вот вдруг мне уже 34 года.

КОНСУЛЬТАНТ: Конечно, женщины сейчас рожают детей и в более позднем возрасте.

КЛИЕНТ: Но разве это не рискованно?

КОНСУЛЬТАНТ: Да, риски возрастают, но они все еще относительно низкие. Кроме того, существуют различные пренатальные тесты.

КЛИЕНТ: Если я забеременею и обнаружу, что что-то не так, я даже не знаю, что буду делать.

КОНСУЛЬТАНТ: Существуют разные варианты.

КЛИЕНТ: Я знаю это, но я имею в виду, что я просто не уверена, что действительно хочу рискнуть.

КОНСУЛЬТАНТ: Почему нет?

КЛИЕНТ: Во-первых, потому, что это обязательства на всю жизнь. Вы отдаете 20 лет вашей жизни – на самом деле больше, потому что вы навсегда становитесь родителем.

КОНСУЛЬТАНТ: Конечно, но это еще и большая отдача. Это особый вид отношений, которых у вас никогда не будет с каким-либо другим человеком.

КЛИЕНТ: Тем не менее я не уверена, что действительно хочу такого типа отношений

только с одним или двумя детьми. Я – учитель, и некоторым образом я смогу сделать намного больше добра для детей, если я не связана на 20 лет со своими собственными. И в наши дни так дорого растить детей!

КОНСУЛЬТАНТ: И все равно, есть то чувство, как будто вам чего-то не хватает.

КЛИЕНТ: Мне будет чего-то не хватать в любом случае. Если у меня будут свои собственные дети, я упущу все те возможности, которые представились бы мне в то время, которое я отдам им.

КОНСУЛЬТАНТ: А если только один ребенок? Тогда что?

КЛИЕНТ: Я думаю, что нечестно оставлять кого-то единственным ребенком. Детям нужны братья и сестры. Это особые отношения.

КОНСУЛЬТАНТ: Так же как и быть родителем.

КЛИЕНТ: Ну, и да и нет. Вы, как правило, не проводите лучшую часть своей жизни, воспитывая брата или сестру.

КОНСУЛЬТАНТ: Что я вам скажу, скажу вам, что обеспокоен тем, что когда выйдет ваш биологический срок, вы можете глубоко пожалеть об этом.

КЛИЕНТ: Но я думаю, что это лучше, чем наоборот. Я знаю родителей, которые жалеют, что у них есть дети. Они обычно этого не говорят, но в глубине души они задают себе вопрос, какой была бы их жизнь, если бы у них не было детей. Я думаю, что дети не могут не ощущать этого.

КОНСУЛЬТАНТ: Я уверен, такое иногда случается, но большинство родителей получают большую отдачу. Правда, материнство многого потребует от вас, но также оно дает что-то очень особенное…

Теперь рассмотрим тот же сценарий с тем же клиентом, но в этот раз консультант будет по какой-то причине с самого начала поддерживать другую сторону:

КЛИЕНТ: Я предполагаю, что наиболее актуальным вопросом для меня является семья. Мне перевалило за тридцать, и если я собираюсь когда-либо иметь детей, то думаю, сейчас самое время.

КОНСУЛЬТАНТ: Ваши биологические часы тикают.

КЛИЕНТ: Да. Мне действительно уже пора принять решение.

КОНСУЛЬТАНТ: Теперь вы задаетесь вопросом, хотите ли вы создать семью.

КЛИЕНТ: Я всегда думала, что когда-нибудь у меня будут дети. Просто нам обоим сначала надо было окончить школу, а потом мы начали работать, и вот вдруг мне уже 34 года.

КОНСУЛЬТАНТ: Теперь уже может быть поздновато заводить семью.

КЛИЕНТ: О, не знаю. Теперь многие люди рожают детей и в более старшем возрасте. Это довольно часто случается, в самом деле.

КОНСУЛЬТАНТ: Я не говорю, что это редко случается. Мне просто показалось, что я услышал какое-то нежелание в вашем голосе.

КЛИЕНТ: Да, конечно, в чем-то я сопротивляюсь этому. Это большая перемена в жизни, но я всегда предполагала, что когда-нибудь у меня будут дети, и теперь пришло время.

КОНСУЛЬТАНТ: Почему? Что привлекает вас в идее создать семью?

КЛИЕНТ: Трудно сказать, действительно, это скорее на уровне ощущений. Я думаю, хорошо, чтобы рядом с тобой были дети, когда ты будешь стареть, чтобы был кто-то, кто будет ухаживать за тобой.

КОНСУЛЬТАНТ: Конечно, это не всегда происходит.

КЛИЕНТ: Знаю. Это так же определенный опыт, и я не хочу проходить мимо него. В жизни есть еще что-то кроме работы. Я просто чувствую, как хорошо было бы стать матерью.

КОНСУЛЬТАНТ: Какие еще преимущества вы видите?

КЛИЕНТ: На самом деле это не преимущества.

КОНСУЛЬТАНТ: Люди заводят детей не потому, что могут получить от них какую-то пользу.

КЛИЕНТ: Правильно! Это скорее чувствовать себя частью новой жизни, частью будущего.

КОНСУЛЬТАНТ: Звучит весьма романтично.

КЛИЕНТ: Ну, я думаю, это так и есть. Я знаю, что родительство – не сахар, и стоит целого состояния и всякое такое, ты становишься уязвим для боли. Воспитание детей занимает много времени. Многим придется жертвовать.

КОНСУЛЬТАНТ: Это стоит дорого, и не только из-за денег, но из-за времени тоже.

КЛИЕНТ: И все же я чувствую, что оно стоит того.

В первом случае клиент может уйти с консультации с твердым намерением не иметь семью. Во втором примере изменяющее высказывание того же клиента, побуждаемого консультантом, непреднамеренно принявшим одну сторону, может направить человека в другом направлении, к выбору иметь детей.

Исследование амбивалентности

Основной процесс беспристрастного консультирования – это тщательно и сбалансированно исследовать все за и против существующих альтернатив (Janis & Mann, 1977). Общая процедура заключается в систематическом обращении к преимуществам и недостаткам каждого рассматриваемого варианта. В ситуации бинарного выбора, например, продолжать отношения или разойтись, матрица решений 2 × 2 может выглядеть примерно так, как показано в Таблице 17.1. Клетки по диагонали (например, преимущества продолжения отношений и недостатки разрыва отношений) являются комплементарными и могут содержать одни и те же данные. Фактически, для некоторых клиентов может оказаться затруднительным провести различия между ними, поэтому, в данном случае, простой список за и против может оказаться более подходящим. Идея в том, чтобы уделить одинаковое внимание каждой клетке, побуждая клиента назвать полный список для каждой, исследуя каждый элемент посредством проработки и рефлексирования (см. Главу 14).

Основной процесс беспристрастного консультирования – это тщательно и сбалансированно исследовать все за и против существующих альтернатив.

Таблица 17.1.
Пример баланса решений

Преимущества продолжения отношений	Преимущества разрыва отношений
Недостатки продолжения отношений	Недостатки разрыва отношений

Предложение эмоциональной поддержки

Основная поддерживающая стратегия, используемая при возникновении дискомфорта, это признать и рефлексировать его, объясняя, что нормально чувствовать тревогу в ситуациях, пока еще не решено, что делать.

КЛИЕНТ: О, я просто не знаю, что делать. Я ненавижу это!

КОНСУЛЬТАНТ: Я знаю, что этот процесс по-настоящему труден для вас. Вы чувствуете соблазн отвернуться и перестать думать об этом.

КЛИЕНТ: Но я знаю, что и это никак не поможет.

КОНСУЛЬТАНТ: Да, именно так. То, что вы чувствуете – абсолютно нормально, и я сожалею, что вам приходится испытывать такой дискомфорт. Это уже давно тревожило вас.

КЛИЕНТ: Да! Кажется, уже около года. Я просто не знаю, что делать.

КОНСУЛЬТАНТ: Я понимаю, насколько запутанным это кажется, и я хочу помочь вам преодолеть это. Это тяжело, но вы сможете это сделать. Мы потратим на это столько времени, сколько потребуется.

КЛИЕНТ: Я не хочу, чтобы это заняло много времени. Я хочу, чтобы это закончилось.

КОНСУЛЬТАНТ: Вам очень хотелось бы принять решение и продолжить жить своей жизнью.

КЛИЕНТ: Да, думаю так оно и есть. Я не могу продолжать жить так, как жила.

Что, по-вашему, мне следует сделать?

Другие люди, кстати говоря, чувствуют себя в амбивалентности вполне комфортно, и ощущают неудобство после того, как примут решение и начнут предпринимать определенные шаги в сторону его осуществления, так называемый феномен сожаления о принятом решении. Это также нормальный стиль личности. По мере продвижения процесса становится очевидным, какой стиль верен (если таковой имеется) для данного конкретного человека (Quenk, 2009).

Вы можете просто сказать мне, что делать?

Находясь в нерешительности, в самом центре тревожной амбивалентности, клиенты могут спросить у вас совета: «Что сделали бы вы, если бы находились на моем месте?» Эта просьба продиктована желанием избежать острого дискомфорта. Как было описано в Главе 11, мы часто даем совет, когда его спрашивают, если у нас есть мнение или соответствующая информация. Тем не менее, что касается данной эквиполентной ситуации, здесь мы сознательно и обоснованно решили избегать преломления баланса в ту или иную сторону. В душе мы хотим облегчить острое страдание клиента, но мы сохраняем эквиполентность. И вновь правильной реакцией здесь будет признание и рефлексия чувства, а также напоминание клиенту о своей беспристрастности.

> «Вы в самом деле хотели бы, чтобы я принял решение за вас, и в некоторой степени мне даже хочется это сделать. Однако я – не вы, и это тот выбор, который определенно не мне делать. Я даже не могу сказать, в том или в другом направлении вам двигаться. Это ваше решение. Способ разобраться с этой дилеммой – это сделать трудный выбор и начать двигаться в выбранном направлении. Что вы думаете и чувствуете сейчас? Кажется ли вам, что вы склоняетесь к определенному направлению?»

Последний вопрос параллелен «ключевому вопросу», описанному в Главе 19. Ему может предшествовать резюме, повторяющее все за и против, высказанные клиентом.

Стойкая амбивалентность

Каков благоприятный исход эквиполентного консультирования? Это может быть решение, принятое человеком, и движение в сторону его осуществления без вашего сознательного или бессознательного поощрения того или иного направления. Рассмотрим, например, донорство органа. Пожертвует ли этот человек почку родственнику, решившемуся на трансплантацию? До принятия решения и донор, и реципиент остаются в подвешенном состоянии. При этом может существовать срочная медицинская необходимость найти донора. Однако специалист здравоохранения считает, что будет неверным поощрять определенный выбор человека, выбор должен быть оставлен за потенциальным донором. В данной ситуации можно способствовать принятию решения, воздерживаясь от поощрения того или иного выбора.

Достижение решения, однако, не обязательно решает внутренний конфликт по поводу принятого решения. Человек может иметь остаточную амбивалентность или сожаление о принятом решении. В случае пожертвования органа такая остаточная амбивалентность ассоциируется с опасным хирургическим процессом и его исходом для здоровья (Simmons, Marine, & Simmons, 1987; Switzer, Simmons, & Dew, 1996), поэтому существует веская причина примирить человека с принятым решением еще до его осуществления, что иногда может означать пересмотр решения[19].

Вполне возможно, что в результате эквиполентного консультирования человек вовсе не

---

[19] Спасибо Аллану Зукоффу за данный взгляд.

примет никакого решения. Такой исход ожидаем, когда составляется классическая схема баланса решений, потому что одинаковое внимание и вес всех плюсов и минусов является рабочим определением амбивалентности. Этот исход не всегда нежелателен. Человек попросту может быть не готов к принятию и осуществлению решения. Возможно, здесь понадобится больше информации, обсуждения или времени.

Иногда в данной ситуации может помочь особая форма аффирмации: что ценность человека как личности (Имеется в виду worth, а не value. – *Прим. ред.*) остается неизменной независимо от принятия решения.

Духовные наставники иногда успокаивают людей по этому поводу: «Какой путь вы бы ни выбрали, Бог любит вас и не оставит вас». Консультант тоже мог бы выказать уверенность в силах человека подобным образом: «Каким бы путем вы ни шли, вы пройдете его и сможете продолжать вести здоровую жизнь, полную любви». Такое утверждение может быть освобождающим, помогающим человеку отвлечься от существующей в данный момент ситуации и посмотреть на нее в более широкой жизненной перспективе. То же можно передать, сказав: «Что бы вы ни выбрали, я буду работать с вами и поддержу вас». Конечно, если вы сказали это, это должно быть правдой. Некоторые консультанты или программы имеют ценностную приверженность к определенному выбору. Исторически сложилось так, что некоторые программы лечения предназначались только для работы с теми клиентами, кто выбрал своей целью полный и пожизненный отказ, а задачей некоторых кризисных центров для беременных является предотвращение аборта. В таких ситуациях консультирование по определению не является нейтральным.

Является ли это мотивационным консультированием?

Таким образом, если вы намеренно выбираете беспристрастность как профессиональную позицию и тщательно избегаете ориентирования клиента в определенном направлении, является ли это МК? В определенном смысле не имеет значения, является ли это МК, если это будет правильным в сложившейся ситуации. Конечно, наши рекомендации о том, как консультировать беспристрастно, возникли на основе исследований процесса ориентирования в МК и психолингвистического анализа бесед об изменении. Начиная с самого раннего описания (Miller, 1983), МК создавалось для стратегического побуждения клиента к высказыванию собственных доводов в пользу изменения, как правило, с сознательной целью достижения определенного результата. Желаемый результат беспристрастного консультирования – это помочь человеку принять трудное решение без оказания влияния на направление выбора. Направлением здесь является принятие решения.

Иногда оценка баланса решений помогает клиенту осознать, что фактически плюсы далеко перевешивают минусы, или наоборот. Это может способствовать процессу принятия решения. Если плюсы и минусы действительно равно сбалансированы, по крайней мере, это упражнение выявит головоломку, и человек может сделать выбор, несмотря на амбивалентность. В любом случае мы считаем, что осознание динамики межличностного влияния помогает, когда вы намереваетесь консультировать беспристрастно. В классическом недирективном клиентоцентрированном консультировании есть мало указаний на то, что рефлексировать, о чем спрашивать или что суммировать из того материала, который был предоставлен. Метод баланса решений создает систематическую основу для поддержания баланса при соблюдении беспристрастности.

> Направление беспристрастного консультирования – это направление к принятию решения.

Ключевые моменты

• Нейтральность, или «эквиполентность», не является качеством консультанта. Это сознательное решение избегать влияния на направление, в котором разрешится амбивалентность.
• Понимание лингвистической динамики изменения помогает понять, как консультировать беспристрастно.
• Баланс решений – это подходящая стратегия, используемая, когда консультант решает оставаться беспристрастным и воздержаться от поощрения движения в определенном направлении.

Глава 18
Развитие несоответствия

Функция зеркала заключается в отражении образа таким, какой он есть, без приукрашиваний и изъянов. От зеркала мы ждем отражения, а не проповеди. Нам может не нравиться отраженный облик, однако мы предпочитаем сами принимать решение о том, к каким косметическим процедурам нам следует прибегнуть. Ясность изображения – как в обычном, так и в эмоциональном зеркале – предоставляет нам возможность самостоятельного ухода за внешностью и такого же самостоятельного изменения эмоций.
Хаим Гинотт

Мы обнаружили, что должны поспешать медленно.
Билл В.

Идея развития несоответствия была частью МК с самого начала. Изначально она была оформлена как когнитивный диссонанс (Festinger,1957; Miller, 1983), но более простым способом концептуализации этого важного фактора мотивации является несоответствие между существующим и желаемым состоянием, дистанция между личной целью и статусом-кво. Несоответствие между целью и состоянием является одним из наиболее фундаментальных двигателей мотивации к изменению (Ford, 1992).

Валентность несоответствия может быть положительной или отрицательной. Она может переживаться как неудовлетворенность статусом-кво (Baumeister, 1994) или как возможность улучшения (или и то, и другое). Создание воспринимаемого несоответствия через соблазн положительного приобретения или избегания неприятных исходов является распространенной стратегией в маркетинге и рекламе.

Некоторые клиенты приходят на консультацию, зная о несоответствии, даже огорчаясь и испытывая стыд по этому поводу. Большинство курильщиков прекрасно осознают риск и негативные последствия курения. Большинство людей, страдающих излишним весом, много раз на дню сталкиваются с несоответствием: когда они смотрят на себя в зеркало, когда не могут уместиться на стуле или когда даже при малейшем напряжении у них появляется одышка.

Так почему в таком случае несоответствие не вызывает изменения? Мы предложили три связанных друг с другом причины.

Во-первых, несоответствие может показаться настолько огромным, что это просто пугает. Здесь применим «принцип Златовласки» (Goldilocks principle): несоответствие не должно быть слишком большим или слишком маленьким, оно должно быть «подходящим». Если несоответствие слишком мало, принятие срочных мер может показаться недостаточно важным. Если оно слишком велико, необходимые изменения могут показаться недосягаемыми. У скандинавов есть слово, для которого в английском языке не существует прямого эквивалента: «lagom» (по-шведски). Это слово обозначает «именно то, что нужно», «подходящее количество», «достаточно». Для того чтобы мотивировать, несоответствие

должно быть «lagom».

Вместе с этим человек может осознавать существенное несоответствие, но чувствовать себя неспособным что-либо сделать с этим. Недостаток веры в собственные силы может быть обоснован тем, что несоответствие кажется слишком большим или просто тем, что необходимый навык просто выходит за рамки чьего-либо кругозора: «Я совершенно не представляю, как это сделать». Для того чтобы несоответствие стало мотивирующим, людям необходима разумная уверенность в том, что они смогут устранить или снизить его.

Кроме того, несоответствие может вызвать такие неприятные переживания, что человек просто избегает думать о нем, используя механизм самозащиты. Просто потому, что мучительно смотреть в зеркало. Это, конечно, усугубляется, если несоответствие кажется чрезмерно большим, и человек чувствует себя не в состоянии что-либо с ним сделать. Странно думать, что люди изменятся, если «вы сможете просто заставить их чувствовать себя достаточно плохо». Если бы страдание излечивало неправильное поведение, его было бы гораздо меньше вокруг нас.

Саморегуляция: термостат изменения

Термостат постоянно следит за температурой окружающего пространства, за которое он отвечает, и реагирует соответствующим образом. Если температура комнаты находится в зоне комфорта, делать ничего не надо. Если температура повышается или понижается ниже приемлемого уровня, тогда начинается изменение. Некоторые термостаты допускают лишь незначительное отклонение от идеального значения; другие отрегулированы таким образом, что более значительные отклонения будут приемлемыми.

Человек в каком-то роде подобен термостату. Тело саморегулируется посредством потения или дрожания, когда значения температуры выходят за довольно узкие рамки допустимых значений. Теория саморегуляции применяет ту же аналогию к тому, как люди решают, когда необходимо изменить поведение (Brown, 1998; Kanfer, 1970b). Существует зона толерантности, пределы поведения или обстоятельств, в рамках которых они воспринимаются нормально. Люди постоянно следят за миром вокруг себя и, возможно, в меньшей степени за миром внутри себя, сравнивая входящую информацию с нормами внутренней толерантности. Двигаясь по дороге, к примеру, кто-то ведет машину прямо, не задумываясь об этом, на автопилоте. При появлении в поле периферического зрения объекта, который двигается по траектории столкновения, включаются внимание и мышцы. Водитель нажимает на тормоз или крутит руль, чтобы избежать его. Восприятие определило нечто необычное, что-то, что потребовало внимания и изменения.

Применима ли теория саморегуляции к произвольному поведению, к сознательному выбору, который делает человек? Во многих отношениях она подходит (Baumeister et al., 1994; Miller & Brown, 1991). Люди следят за статусом-кво и сравнивают его со своим ощущением того, как должно быть. Обнаружение несоответствия вне рамок зоны толерантности побуждает к изменению и поиску вариантов. Если приемлемый способ найден, человек может попробовать его, наблюдая за результатами, чтобы посмотреть, сократилось ли несоответствие. В случае с водителем и траекторией столкновения, все происходит в течение нескольких секунд. Когда дело касается значительного изменения образа жизни, процесс может растянуться на многие месяцы и даже годы. Зачастую это не сознательный, рациональный процесс решения, но такие регулировки в жизни человека происходят постоянно.

Несоответствие в определенных пределах

В Главе 10 мы рассмотрели этические аспекты влияния на волю клиента, связанные, в частности, с тем, что МК, очевидно, может изменить в определенных пределах желание и готовность действовать конкретным образом. Что это за пределы? Например, может ли МК заставить клиента действовать прямо противоположно присущим ему ценностям? Мы

считаем, что ответом на данный вопрос будет «нет», отчасти по причине нашего понимания того, как работает МК. Идея развития внутреннего несоответствия обязательно поднимает вопрос: «Несоответствия чему?» Это несоответствие внутренним целям и ценностям человека. МК лишено основы, если текущее проблемное поведение не находится в конфликте с чем-то, что человек ценит высоко. Акцент делается на внутреннюю мотивацию (intrinsic motivation) изменения. Не имеет значения, если поведение клиента не соответствует чьим-либо ценностям, за исключением случая, если (1) клиент высоко ценит и уважает данного человека, и тогда вновь включается несоответствие внутренней ценности; или (2) если это ценности того человека, который обладает принудительной силой, что описано в следующем параграфе. МК не повлияет на поведение человека, если только он не осознает, что изменение поведения служит внутренним ценностям и соответствует его интересам.

Это защитное условия согласованности с внутренними ценностями отсутствует в принудительных методах. Иногда людей можно принудить вести себя противоположно дорогим для них ценностям. Это намерение стоит за пыткой и промыванием мозгов, а также является причиной существования институциональных наблюдательных советов, защищающих участников исследований от принуждающих условий, как, например, соблазнительно высокая оплата за риск. В сфере консультирования метод, известный как «конструктивное принуждение», использовал условную власть работодателя мотивировать своих сотрудников к лечению угрозой увольнения (Smart, 1974; Trice & Beyer, 1984). «Вмешательство», изначально предложенное Институтом Джонсона (Johnson, 1986), включало спланированную и отрепетированную конфронтацию членов семьи (иногда других людей, например, друзей или работодателей) человека, воспринимаемого как имеющего проблемы.

В дополнение к выражению сопереживания, члены группы могли рассказать о негативных последствиях, которые могут наступить, если человек не выполнит ожидания группы, что зачастую означало прохождение программы лечения. Такие вмешательства обычно предпринимаются без согласия человека, уделяя большое внимание этическому принципу «делай добро», перевесившему, по крайней мере временно, принцип автономии.

Мы утверждаем, что МК, по определению опирающееся на несоответствие с внутренними ценностями, не может работать в условиях нарушения автономии человека. В противном случае можно заставить человека захотеть сделать что-нибудь, но только потому, что преждевременное изменение в конечном счете согласуется с важными личными целями и ценностями. Таким образом, МК отличается от стратегий принуждения, специально предназначенных для преодоления желаний человека.

Содействие несоответствию

Прежде чем мы обратимся к тому, как развить несоответствие тогда, когда его не хватает, рассмотрим, прежде всего, не менее важный вопрос о том, как сделать так, чтобы человек принял несоответствие, взвесил его, не прибегая к самозащите, которая прекратит весь процесс. По сути, вы создаете атмосферу безопасности, которая помогает людям смотреть в зеркало, видеть зачастую неприятную правду и позволяет им изменить себя.

По иронии судьбы, только тогда, когда люди переживают принятие себя такими, какие они есть, изменение становится возможным. Принуждение людей чувствовать себя плохо и неприемлемо лишь закрепляет статус-кво. Когда вы выражаете принятие (как описано в Главе 2), вы даете людям возможность рассмотреть более масштабное несоответствие, принять его, не испытывая стеснения. Помните о том, что принятие не является одобрением или согласием. Четырьмя элементами принятия, описанными в Главе 2, являются истинная эмпатия (истинное понимание собственного опыта человека), автономия (принятие выбора человека и его самоопределения), абсолютная значимость человека и аффирмация.

Аффирмация сама по себе может оказывать сильное влияние, помогая людям стать готовыми к несоответствию и изменению (Linehan, 1997; Linehan et al., 2002). Возможно, еще

более сильное влияние, чем аффирмация, идущая от вас, оказывает самоутверждение, которое вы можете вызывать в клиенте (см. Главу 16). Признание чьих-либо сильных сторон и хороших качеств, даже если они не связаны с рассматриваемой задачей, как правило, снижает защитное поведение и помогает людям обратить внимание на потенциально угрожающую информацию (Critcher et al., 2010; Klein & Harris, 2010; Sherman et al., 2000; Steele, 1988). Иногда можно провести рефрейминг несоответствия, со стыда на потенциальную возможность, с пессимизма на перспективу.

> Когда люди переживают принятие себя такими, какие они есть, изменение становится возможным.

Существуют, конечно же, обстоятельства, которые лучше всего принять, а не менять. Попытка «не испытывать» эмоции может иметь иронический эффект их укрепления (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999). Существует мудрая молитва, написанная Рейнхольдом Нибуром во время Второй мировой войны, в которой человек просит о «милости принять со смирением то, что нельзя изменить, мужестве изменить то, что должно быть изменено, и мудрости отличить одно от другого». Атмосфера принятия и аффирмации помогает сделать это возможным. МК, таким образом, включает диалектическое напряжение между принятием и несоответствием.

Введение несоответствия

До сих пор большая часть наших обсуждений в данной книге касалась работы с людьми, находящимся в состоянии амбивалентности по поводу совершения выбора: часть их «внутреннего комитета» поддерживала изменение, а другая часть нет. МК в данном случае направлено на то, чтобы побудить и укрепить существующие аргументы самого клиента в пользу изменения, прежде чем перейти к планированию и осуществлению изменения.

А как быть с клиентами, которые не испытывают амбивалентности? Даже в безопасной атмосфере эмпатии они не производят впечатления людей, реагирующих на извлечение изменяющего высказывания. В трансстеоретической модели изменения эти люди описаны как находящиеся в стадии отсутствия осознания проблемы. Они не задумываются об изменении и, возможно, это вообще не приходило им в голову. Они действительно не амбивалентны, по крайней мере пока.

Тот факт, что они вообще беседуют с вами об изменении, вероятно, означает, что кто-то другой, а не клиент осознает необходимость изменения. Это может быть работодатель, суд или обеспокоенные члены семьи, направившие человека на лечение. Может быть, случилось так, что вы или другой клиницист, осознали, что клиент, обратившийся за помощью по иным причинам, также нуждается в определенном изменении. Рассмотрим примеры:

• Родитель, направленный на принудительное лечение за жестокое обращение с детьми, который не видит ничего плохого в воспитательных методах, вследствие которых он попал на прием к специалисту.

• Пациент травматологии, проходящий лечение в связи с увечьями, которые он получил в аварии, произошедшей вследствие вождения в нетрезвом состоянии, обвиняющий другого водителя и абсолютно не обеспокоенный своим пристрастием к алкоголю.

• Подросток, приведенный на лечение обеспокоенными родителями, обнаружившими марихуану и приспособления для приема наркотиков во время осмотра комнаты. Подросток в ярости из-за того, что его обыскивали, и считает марихуану безвредным препаратом.

• Пациент с лишним весом и диабетом второго типа, который весело признает, что «сахар в моей крови годами не опускался ниже двухсот» (имеется в виду 200 мг/дл: граница гипергликемии. – *Прим. ред.*) и не выказывает никакого стремления внести изменение в свое поведение, влияющее на здоровье.

• Студент колледжа, провалившийся промежуточную сессию по вводному курсу, не переживающий и не желающий учиться по-другому.

• Беременная женщина, не выражающая никакого намерения бросить курить или пить.

На самом деле довольно часто такие, на первый взгляд, «немотивированные» люди начинают выражать изменяющее высказывание в МК. Когда вы встречаете кого-то, кто кажется искренне не осознающим проблемы, полезно начать с предположения, что несоответствие уже присутствует в человеке, и попытаться найти его. Но что, если вы не найдете никакой видимой осознаваемой необходимости или желания измениться, и независимо от того, насколько квалифицированно вы применяете МК, никакого изменяющего высказывания не появляется? Что тогда?

Здесь необходим процесс введения несоответствия. Нам нравится глагол «вводить», так как он также означает «вливать медленно, постепенно, капля за каплей». Некоторые, напротив, предпочитают метод «затопления» человека несоответствиями (Johnson, 1986), и это всегда может быть резервной стратегией, если ничто другое не сработает, но мы считаем, что более мягкий, подбадривающий подход более эффективен и имеет меньшую вероятность негативных последствий (Meyers, Miller, Smith, & Tonigan, 2002; Miller et al., 1999). Здесь нет вызывающе агрессивного выяснения отношений, совсем наоборот. Введение несоответствия – это посидеть вместе и подумать о причинах, почему человеку *могло бы понадобиться* изменение.

Обмен информацией

При встрече со стадией отсутствия осознания проблемы возникает искушение читать нотации, поучать и пытаться уговаривать. Явное отсутствие мотивации у клиента провоцирует выпрямительный рефлекс. Аргументация, конечно, так же маловероятно принесет пользу на этапе отсутствия осознания проблемы, как и на этапе обдумывания. Предоставление информации (с разрешения клиента) может быть полезным, но это, возможно, не лучшее начало.

Один подход, который мы находим полезным в данной ситуации, это спросить клиентов о том, что они уже знают о проблемной теме. Мы натолкнулись на данную стратегию во время работы с беременными женщинами, злоупотребляющими алкоголем (Handmaker, Miller, & Manicke, 1999). Вместо чтения лекций о потенциальном вреде для матери и еще не родившегося ребенка, мы начали с вопроса: «Что вы знаете об алкоголе и беременности?» Мы обнаружили несколько важных вещей в ходе данного процесса. Во-первых, женщины обычно уже знали около 90 % того, что мы намеревались им говорить. Мы могли добавить немного или исправить недоразумение здесь или там, но в основном знания уже имелись. Нам представляется, что то же самое будет верно по отношению к людям, которые слишком много курят или пьют. Если спросить их, что они знают, они могут без остановки огласить длинный перечень негативных эффектов того, что они делают.

Зависимость обычно не проблема дефицита знаний. Люди, живущие с хроническим заболеванием, также, как правило, имеют по крайней мере общее представление о последствиях невнимательного отношения к своему здоровью.

Кроме того, мы обнаружили, что клиентам, как правило, нравится, когда их спрашивают, что они уже знают. Такое действие консультанта говорит об уважении и готовности к сотрудничеству, и люди склонны реагировать намного лучше, когда их самих просят что-либо рассказать, чем когда рассказывают им. Контекст и истинный смысл, стоящие за вашими словами, крайне важны в данной ситуации. Если вы сообщите даже тончайший намек на то, что вы хотите узнать данную информацию, чтобы затем использовать ее против них, клиенты быстро замыкаются в себе. Будьте осторожны здесь и не поддавайтесь выпрямительному рефлексу, думая или спрашивая: «Ну, тогда почему же вы не…?» Это может захлопнуть их словно челюсти аллигатора, и если вы получите хоть какой-то ответ, вероятнее всего, это будет сохраняющее высказывание.

Возможно, наша самая важная находка в методе вопросов клиенту, заключалась в том, что ответы клиента содержали большое количество изменяющих высказываний. Нечто более безопасное заключается в гипотетической ситуации – говорить не о вашем собственном алкоголизме, а о том, что вы знаете, о том, что вы заметили.

Следующий шаг в последовательности обмена информацией «выявить – сообщить – выявить» (см. Главу 11) – это предоставление некоторой информации с разрешения клиента: «Годится, если я расскажу вам немного о том, что найдено в новом исследовании по этой теме?», «Могу ли я немного дополнить один-два момента, которые вы не упомянули, как я заметил? Вы не возражаете?». Помните также, что третья форма разрешения (помимо тех, где вас просят или вы спрашиваете разрешения) – это признать свободу человека на игнорирование того, что вы предлагаете. «Это может касаться или не касаться вас…»; «Я не знаю, относится ли это к вам, или нет…»; «Я не уверен, будет ли это иметь для вас смысл…»

Кроме того, можно выбрать информацию, которая, вероятно, будет наиболее важна для конкретного лица (лиц) с которыми вы разговариваете (например, Miller, Toscova, Miller, & Sanchez, 2000). Это гораздо предпочтительнее, чем использовать «механическую речь», сообщая одну и ту же информацию. Например, какими последствиями этот человек будет наиболее обеспокоен, учитывая его возраст, пол, социальную группу и стадию жизни?

Как всегда в МК, жизненной основой для предоставления информации является присущий ему дух партнерства, принятия и сострадания. Пламенные речи нередко оставляют у людей неприятный привкус во рту. Здесь поможет акцент на личном выборе («Это действительно на ваше усмотрение…»; «Вы являетесь единственным человеком, который может это решить…») и это произносится без малейшего намека на иронию или сарказм, потому что это правда.

Здесь очень уместен совет из книги «Менеджер за одну минуту» (Бланшар, Джонсон, 2008; Blanchard & Johnson, 1982): если вы собрались давать корректировочную информацию, будьте кратки. Если необходимо передать несколько элементов информации, предлагайте их в легко усваиваемых формах (см. Главу 11), которые активируют третью часть цикла «выявить – сообщить – выявить»: выявить во второй раз, теперь исследуя реакцию клиента на то, что вы говорите: «Что вы думаете?»; «Как вы это поняли?»; «Могу ли я объяснить это лучше?»

Обеспечение обратной связи

Мотивационно-стимулирующая терапия (МСТ), которая представляет собой сочетание МК с оценочной обратной связью, может быть особенно полезной для людей, которые менее готовы к изменениям. Формат «проверки» в МСТ был разработан, чтобы дать клиницисту тему для разговора, в то время как клиенты озвучивают относительно немного изменяющих высказываний. Изначальная проверка зависимости от алкоголя (см. Главу 27) выключает в себя ряд шкал, чувствительных к ранним проявлениям злоупотребления алкоголем (Miller et al., 1988; Miller, Zweben, et al., 1992). Это позволило терапевту обеспечить персональную обратную связь, используя сравнение с нормой воздействия алкоголя, что могло быть неочевидным для пьющего. Бесконфликтный стиль МК в обеспечении этой обратной связью буквально удваивал количество изменяющих высказываний клиентов и вдвое уменьшал сопротивление (Miller et al., 1993). Следуя принципам обмена информацией, упомянутым выше, терапевт предлагал элементы оценочной обратной связи по одному, после этого справляясь о реакции клиента. Результатом часто было появление изменяющих высказываний у тех людей, которые вначале были вовсе не уверены в том, что у них есть какие-либо проблемы с выпивкой.

> Придание особого значения личному выбору делается без малейшего намека на иронию или сарказм, потому что это правда.

Некоторые клиенты, которые были уже более амбивалентны, легко переходили к

изменяющим высказываниям, когда их об этом просили. Когда спонтанного возникновения изменяющих высказываний не предвидится, может быть полезным попросить человека описать вам один обычный день из его или ее жизни. Это открывает возможности для более детального рассказа, например, о поведенческих шаблонах и сменах настроения, и в такой беседе проблемные области нередко проявляются сами собой. Тщательная оценка и процесс обратной связи могут обеспечить некоторую объективную информацию для обсуждения. Опять же, обратная связь не используется против клиента в качестве доказательства того, что он или она «должны» делать. Оставить возможность клиенту самому сделать выводы часто является более действенным методом. Такого рода обратная связь была эффективна даже тогда, когда она предлагалась в письменном виде, без личного обсуждения (Agostinelli et al., 1995; Juarez et al., 2006; van Keulen et al., 2011).

Хотя некоторые инструменты оценки предназначены для обнаружения сильной степени тяжести проблемы, бывает полезно включить в проверку и такие инструменты, которые чувствительны к рано возникающим последствиям и к легкой степени выраженности проблемы. Включая нормативную информацию (например, как оценки данного человека выглядят по отношению к оценкам других людей) может особенно хорошо подойти для инициирования осознания несоответствия и подтолкнуть к изменению (Brown, 1998; Reid, Cialdini, & Aiken, 2010).

Запомните, что амбивалентность является намеренно планируемым *исходом* в данной ситуации. Это делает вас на один шаг ближе к изменению и дает вам что-то, с чем можно работать, используя стратегии, описанные в предыдущих главах.

Исследование тревог окружающих

Когда клиент разговаривает с вами лишь потому, что кто-то другой тревожится за его поведение и благополучие, еще одним направлением исследования будет то, как клиент понимает, о чем беспокоятся эти люди и почему у них возникла тревога. Лучше всего это сделать с неким любопытством или даже со смущением: «Почему вам кажется, что ваша жена беспокоится? Что такого она видит?» В идеальном случае, клиент осознает точку зрения другого человека, и вы вместе размышляете о том, что могло бы быть источником беспокойства. Попутно может возникнуть изменяющее высказывание.

КОНСУЛЬТАНТ: Почему, как вы думаете, ваша жена беспокоится о том, что вы принимаете наркотики? Что, как вы думаете, тревожит ее?

КЛИЕНТ: Она из тех, кто всегда придерживается безопасной стороны в любом вопросе. Но мое употребление наркотиков – это мой выбор, и это не ее дело.

КОНСУЛЬТАНТ: Она не настолько рисковый человек, как вы.

КЛИЕНТ: Это, безусловно, верно. Она не любит ничего, что даже отдаленно является рискованным, и я полагаю, она думает, что употребление наркотиков является рискованным занятием.

КОНСУЛЬТАНТ: Почему вы полагаете, что она так думает?

КЛИЕНТ: Ну, во-первых, это незаконно. Она беспокоится из-за того, что меня могут поймать и я попаду в беду или потеряю работу, или еще что-нибудь.

КОНСУЛЬТАНТ: Но вообще это не ее дело.

КЛИЕНТ: Нет, теперь я вижу, что у нее есть основания для тревоги: моя потеря работы, и все такое. Это отразится на ее жизни.

КОНСУЛЬТАНТ: Таким образом, если это может отрицательно отразиться на ее жизни, совершенно резонно, что она беспокоится.

КЛИЕНТ: Да, я тоже так думаю.

КОНСУЛЬТАНТ: Но если это влияет негативно лишь на вас, ее это не тревожит.

КЛИЕНТ: Ну, она беспокоится из-за этого тоже.

КОНСУЛЬТАНТ: Потому что…

КЛИЕНТ: Потому что она тревожится за меня. Она в нашей семье как пожарная

сигнализация.

КОНСУЛЬТАНТ: Из вас двоих, это она следит за вещами, которые могли бы причинить вам боль, даже до того, как это станет серьезным. Она благоразумная.

КЛИЕНТ: А я – нет. Я – парень рисковый.

КОНСУЛЬТАНТ: Таким образом, вы – ее противоположность.

КЛИЕНТ: Да, и я полагаю, что противоположности притягиваются, как вы знаете.

КОНСУЛЬТАНТ: Это одна из вещей, которую вы в ней цените.

КЛИЕНТ: Но я не думаю, что она ценит мои рискованные действия.

КОНСУЛЬТАНТ: Такие как прием наркотиков, запрещенных законом.

КЛИЕНТ: Да.

КОНСУЛЬТАНТ: Как вы думаете, что еще ее тревожит? Что она сказала вам?

КЛИЕНТ: Она тревожится о том, как много денег я трачу.

КОНСУЛЬТАНТ: Ей не нравится то, как много денег вы тратите на наркотики, но с вашей точки зрения это разумно.

КЛИЕНТ: О, я признаю, что я временами перехожу границы, и становится немного трудно оплачивать счета.

КОНСУЛЬТАНТ: Временами. Но не часто.

КЛИЕНТ: Ну, чаще, чем хотелось бы. Конечно, намного чаще, чем хотелось бы ей.

КОНСУЛЬТАНТ: Приведите пример. Когда в последнее время это случилось?

На данном этапе консультант, прежде всего, использует активное слушание. Иногда рефлексия сохраняющего высказывания клиента выявляет противоположную перспективу, особенно в контексте обсуждения тревог любимого человека.

Исследование целей и ценностей

Ранее мы уже обсуждали, как исследование целей и ценностей клиента помогает установить контакт (Глава 7) и извлечь изменяющие высказывания (Глава 13). Когда изменяющие высказывания не появляются, хорошая отправная точка для вовлечения – это понять, что действительно хочет ваш клиент. Посвятите достаточно времени исследованию личных целей человека и надежд на будущее. Данный процесс является вовлечением сам по себе, и то, что вы выслушиваете, пусть оно и не действует немедленно, все равно содержит моменты, где текущее поведение может конфликтовать с важными целями или ценностями и где изменение может способствовать достижению этих целей.

> Дух принятия – это, помимо прочего, признание того, что, в конечном счете, решение остается за человеком: что менять, и менять ли.

В ситуациях, похожих на описанную выше, люди часто сталкиваются с нежелательными последствиями своего выбора, даже если они считают, что эти последствия не связаны с их поведением, они случайны, несправедливы, или это просто невезение. Задача первостепенной важности для наркозависимых, направленных на принудительное лечение, может быть, например, такая: «Я хочу, чтобы мой инспектор от меня отцепился». Вторжение в личную свободу вызывает сопротивление и таким образом дает возможность обсудить изменение поведения, как путь к возвращению свободы. Методы, представленные в Главе 7, могут быть полезными как в вовлечении, так и при рассмотрении последствий сохранения статус-кво для названных клиентом ценностей. После того как клиент определил набор своих самых важных ценностей, процесс исследования может создать импульс:

> «Почему вы выбрали это как одну из ваших самых важных ценностей?»
> «Каким образом это стало для вас главной ценностью?»
> «Почему это важно для вас?»
> «Как эта ценность отражается в вашей повседневной жизни?»
> «Как бы вы могли еще вернее следовать данной ценности в вашей жизни?»

Данный процесс исследования ценностей может быть самодостаточным инструментом вовлечения или фокусирования, и это может обеспечить условия для побуждения мотивации к изменению. С идентифицированной целью совершить определенное изменение, такое как отказ от курения, после завершения исследования ценностей консультант может спросить:

> «Как курение соотносится с каждой из ваших самых важных ценностей? Как вы думаете, оно помогает вам следовать этим ценностям, противоречит им, или, может быть, оно не имеет значения? Взгляните на ценности, которые вы рассмотрели, и скажите мне, что вы думаете».

В одном исследовании отказа от курения метод МК, основанный на ценностях, оказался наиболее эффективным для тех участников, которые изначально не осознавали какое-либо несоответствие между курением и своими ценностями (Sanders, 2011). Другими словами, это помогло выявить скрытое несоответствие, которое потенциально присутствовало в ситуации, но человек не сталкивался с ним осознанно.

Вам, как правило, не стоит указывать на несоответствие между поведением клиента и его ценностями; чаще всего оно становится очевидным для клиента. Боритесь с выпрямительным рефлексом: «Разве вы не видите, как ваше поведение делает эти жизненные цели недостижимыми?» Пусть ваш клиент сам сложит головоломку.

Уважение автономии

Несмотря на все ваши усилия все еще будут оставаться клиенты, которые захотят сохранить статус-кво. Как бы этого порой ни хотелось, никто не может забрать у клиента его автономную волю и право на выбор. Дух принятия – это, помимо прочего, признание того, что, в конечном счете, решение остается за человеком: что менять, и менять ли. Есть один аспект, который может осложнять использование МК: если, как, например, у родителя, у вас есть личный интерес в том, что выберет человек.

Если после процесса консультации у вас по-прежнему мало доказательств мотивации для изменения, то оставьте дверь открытой. «Я признаю, что сейчас вы не заинтересованы в том, чтобы бросить курить, и это ваш выбор. Если когда-нибудь в будущем вы задумаетесь над этим, то дверь открыта, и я буду рад поговорить с вами». По крайней мере, возможно, что вы посеяли семена амбивалентности.

Ключевые моменты

- Изменение происходит тогда, когда человек осознает значительное несоответствие между важными целями или ценностями и сохранением статус-кво.
- Несоответствие, которое способно мотивировать человека измениться, должно быть достаточно большим, чтобы побудить изменение, но не настолько большим, чтобы деморализовать.
- Разнообразие стратегий МК может быть использовано для того, чтобы ввести несоответствие в пределах собственных ценностей человека.

Часть V
Планирование: мост к изменению

Как отмечалось в Главе 16, если вы просто повысите чувство крайней необходимости изменений, но не веру человека в то, что это возможно, вы не принесете никакой пользы. Страдание без надежды – не подарок. Целью развития несоответствия и побуждения

собственных мотивов человека для совершения изменений является помощь ему в переходе к реальному изменению. Если вы не в состоянии организовать процесс планирования, человек может уменьшить страдание другим способом, и окно возможности снова закроется. Вы даже можете настроить человека против мыслей об изменении в будущем.

Люди более склонны пойти на изменения, когда у них есть конкретный план, и они выражают другому лицу свои намерения его осуществить (Gollwitzer, 1999; Gollwitzer & Schaal, 1998). В этом вся суть процесса планирования в МК: перейти от обсуждения важности к разработке конкретного плана изменения, который человек готов осуществить. Четыре главы данной части обсуждают процесс перехода от побуждения к планированию (Глава 19), как согласовать план изменения в стиле, соответствующем МК (Глава 20), укрепить желание клиента следовать плану (Глава 21), и поддержать процесс изменения (Глава 22).

Глава 19
От побуждения к планированию

Наши планы обречены на провал, потому что у них нет цели. Когда человек не знает, к какой пристани он держит путь, для него ни один ветер не будет попутным.
Луций Анней Сенека

Действия говорят громче, чем слова, но не так часто.
Марк Твен

Когда же настает это время, когда нужно перейти от побуждения к планированию? Как вы поймете, когда клиент готов приступить к обсуждению не только того, *почему* надо меняться, но и того, *как* измениться? Это вопрос вкуса, но, как правило, клиент сам скажет вам об этом. В этой главе мы опишем некоторые признаки, за которыми надо следить, так как они сигнализируют о готовности к планированию, и как «пробовать воду», чтобы узнать, действительно ли деле человек готов двигаться вперед, обсуждая с вами, как могло бы произойти изменение.

Пробуждение мотивации, достаточной для изменения (которую мы ранее именовали Фаза 1 МК), может ощущаться как подъем в гору. Иногда все происходит быстро, но вовлечение, фокусирование, и побуждение могут быть медленным процессом, словно вы шаг за шагом поднимаетесь на снегоступах вверх по склону горы. Прогресс может идти без остановок, но требовать значительных усилий. Здесь весьма возможны откаты назад, и вы должны следить за тем, куда вы движетесь.

Планирование, напротив, может ощущаться как потеха в сравнении с этим. Оно больше похоже на горные лыжи (вспомните диаграмму «холма» в Главе 12). Все еще существует опасность врезаться в дерево, выбрать неверный путь, или даже слететь в пропасть, так что вам все еще надо следить за происходящим, но процесс ощущается по-другому, по сравнению с подъемом на гору. Важно помнить, что это все еще МК, все еще совместный процесс, где вы вызываете к жизни собственные идеи клиентов, и помните, что в конце концов, это их выбор: сделать и воплотить в жизнь.

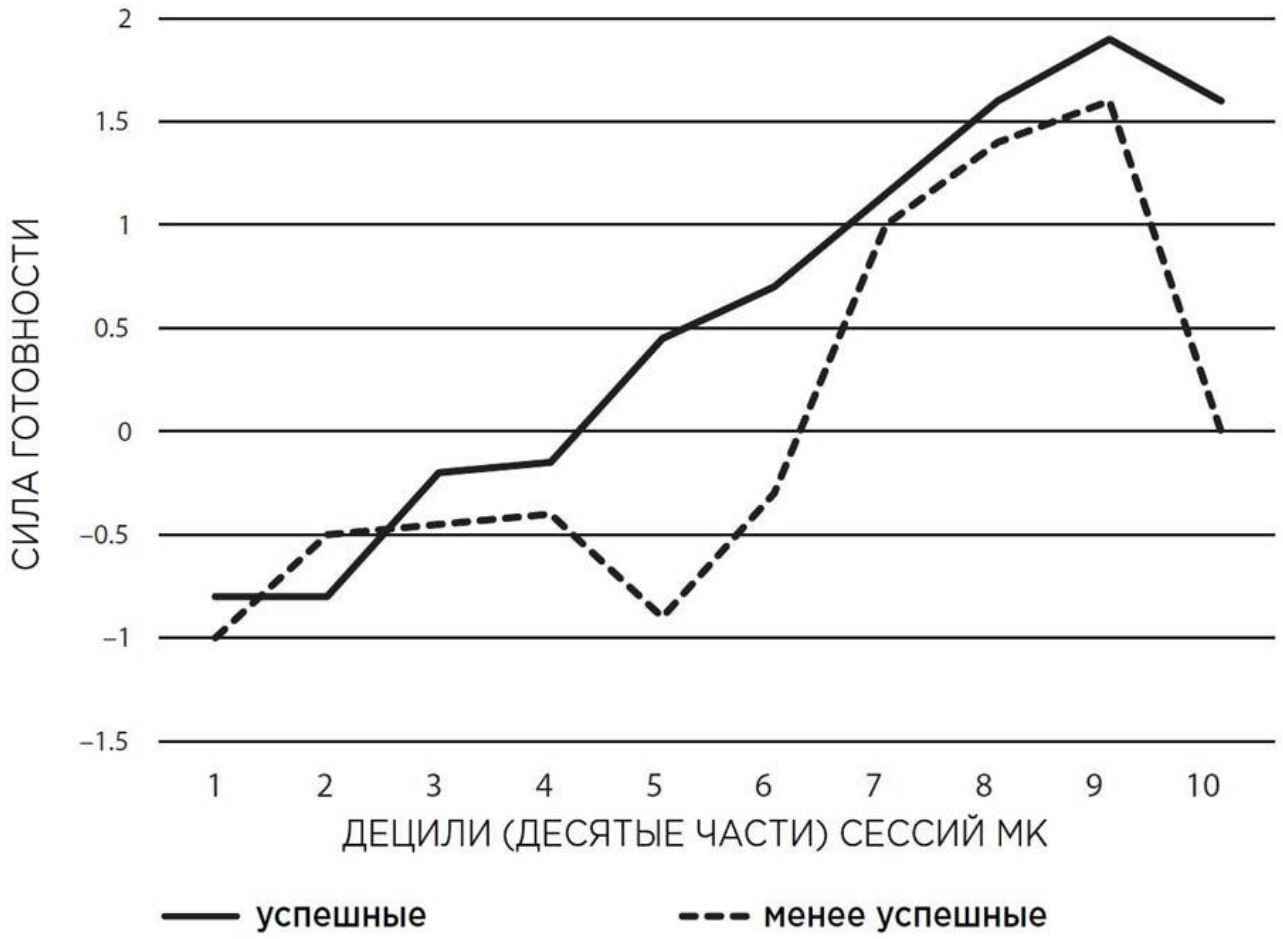
Здесь надо избежать ловушки-мысли: «Теперь, наконец, мы закончили эту мотивационную чушь! Теперь я могу принять руководство на себя и начать управлять». Существуют, по крайней мере, две проблемы. Одна из них в том, что вопросы мотивации ни в коем случае не заканчиваются на данном этапе. Амбивалентность вероятно появится вновь, особенно если план изменения таков, что клиент его не принял. Другая проблема: планирование все еще включает в себя побуждение, вопросы о собственном опыте клиентов в отношении того, какие стратегии работают для них, и его выслушивание. Планирование представляет собой процесс переговоров и сотрудничества с опорой на опыт и знания клиента, а также и на ваш собственный опыт, потому что в конечном счете это клиенту

предстоит (как вы надеетесь) выполнять план изменения.

При достаточной готовности разработка плана изменения улучшает результат (Lee et al., 2010). Тем не менее, если вы попытаетесь разработать план изменения до того, как клиент будет в достаточной мере готов к этому, вы можете свести на нет весь прогресс, который был достигнут путем вовлечения, фокусировании и побуждения. В Главе 13 (Таблица 13.1) мы продемонстрировали график интенсивности использования языка готовности в течение курса сессий МК с двумя третями клиентов, которые впоследствии перестали употреблять запрещенные наркотики. (Та же самая сплошная линия показана на графике в Таблице 19.1.) Теперь мы обратимся к оставшейся трети клиентов, которые оказались не столь успешными, но, тем не менее, их употребление наркотиков снизилось в среднем наполовину. В Таблице 19.1 также демонстрируется (пунктирной линией) что происходило с изменяющими высказываниями (в особенности с интенсивностью языка готовности к действиям) для тех клиентов, которые не прекратили принимать наркотики (Amrhein et al., 2003). Почему же их графики настолько отличаются? Это не значит, что они никогда не проявляли мотивацию к изменениям. Скорее их готовность к изменению существенно колебалась во время сессии.

Мы думаем, что произошло следующее. Консультанты в данном исследовании следовали руководству, обеспечивающему согласованность в проведении одной сессии МСТ (мотивационно-стимулирующей терапии), так как клиенты начинали лечение от наркотической зависимости. Они начали с короткого периода МК (сегменты 1–2 в таблице 19.1). Затем психотерапевт обеспечил структурированную оценочную обратную связь (сегменты 3–5), как это предписано в МСТ (Miller, Zweben, DiClemente, & Rychtarik, 1992). Когда это задание было закончено, консультант возвращался к свободной манере МК (сегменты 6–9). В заключение все консультанты должны были разработать с клиентом конкретный план изменения в конце сессии (сегменты 9–10). Для двух третей клиентов (сплошная линия) эта последовательность работала хорошо. Но посмотрите на пунктирную линию тех клиентов, которые были менее успешны в результатах. Они начинали с такого же (низкого) уровня готовности, как и преуспевшие клиенты. В ходе процесса обратной связи изменяющее высказывание в успешной группе укрепило свои позиции, но не в отстающей группе. Как только данный этап заканчивается, они реагируют на МК, и их сила готовности возрастает до того же уровня, как и у другой группы. Затем следует план изменения. Видимо, эти клиенты не были готовы взять на себя обязательство по выполнению конкретного плана, но в пособии говорилось, что это так или иначе необходимо было сделать (фактически «готов ли клиент или нет»), и их уровень готовности вновь резко упал до нуля.

Таблица 19.1.
Интенсивность языка готовности к действиям на протяжении сессии МК для клиентов с успешным и менее успешным результатом



Примечание. Отрицательные значения демонстрируют готовность продолжать употребление наркотиков; положительные значения демонстрируют готовность прекратить употребление наркотиков. Данные: Амрайн и др. (Amrhein et al., 2003).

Любой проницательный практикующий консультант, который начал давать обратную связь или обсуждать план изменения, и видит что клиент начинает идти на попятную и обороняться, должен прекратить то, что он делает, и вернуться к процессам побуждения (или даже вовлечения). Проблема, как мы считаем, заключается в том, что мы не позволили консультантам в данном исследовании применять такую клиническую оценку, а вместо этого потребовали от них приступить к планированию. Если бы консультант мог сделать паузу в точке 9, а не продолжать двигаться вперед, мы считаем, что изменение, с большей долей вероятности, произошло бы. Уделять больше внимания пособию, а не клиенту – это плохое МК. В одном метаанализе мы обнаружили, что клинические испытания, в которых МК проводилось без пособия (но, предположительно, с хорошей подготовкой) демонстрировали в два раза больший эффект, чем такие же испытания, где с целью стандартизировать практику использовалось пособие (Hettema et al., 2005). Даже краткий стратегический план может отвлечь консультантов от эмпатического фокуса на клиенте (Wahab, Menon, & Szalacha, 2008).

Итак, как же узнать, когда пришло время приступать к планированию? Мы предлагаем две рекомендации. Сначала мы опишем набор знаков, которые мы наблюдали на практике, и которые сигнализируют о возможной готовности к процессу планирования. Эти подсказки для консультанта, что состояние мотивации клиента подходит для того, чтобы начать обсуждать, как может произойти изменение. Затем мы предлагаем процедуру (рекапитуляцию и ключевой вопрос) чтобы «проверить воду» и определить: следует ли вам продолжить. В этот момент реакция клиента является ключом к пониманию, стоит ли приступать к планированию или вернуться к побуждению. Клиент всегда прав на этот счет.

Признаки готовности

Конечно же, существует интуитивный аспект в понимании того, когда стоит продолжить. Здесь мы описываем признаки, на которые мы осознанно обращаем внимание, решая, стоит ли пытаться перейти от побуждения к планированию.

Возрастающее количество изменяющих высказываний

Одним из признаков возможной готовности является увеличение частоты и силы подготовительных изменяющих высказываний. Чем больше люди описывают свои желания, способности, причины и необходимость перемен, тем больше они открываются для рассмотрения вопроса о том, как это может произойти. Вам не нужно слышать изменяющие высказывания, касающиеся всех этих категорий, да в этом и нет необходимости (хотя это помогает), при работе с людьми, которые говорят конкретно, что они хотят или что им нужно изменить. Вам нужно только *достаточное* количество изменяющих высказываний, и в этом заключается вопрос клинической оценки. Услышали ли вы достаточно изменяющих высказываний, на которые человек может опираться, продвигаясь по направлению к изменению? На языке трансteоретических стадий изменения, звучит ли это как их переход от созерцания к стадии подготовки?

Уделять больше внимания руководству, а не клиенту – это плохое МК.

Чем больше подготовительных изменяющих высказываний вы слышите, тем больше вероятность того, что вы начнете слышать также и мобилизующие изменяющие высказывания, и это чрезвычайно хороший показатель. Самое важное здесь – не упустить сигнал низкой интенсивности. Готовность высокой интенсивности или язык активации достаточно легко распознать:

«Я готов сделать это!»
«Да, я хочу это попробовать».
«Я собираюсь сделать это, я обещаю».
«Я буду делать все, что нужно».

Но также вслушивайтесь в готовность низкой интенсивности и активацию:

«Я мог бы это сделать».
«Я подумаю об этом».
«Я, вероятно, найду время для этого».
«Я надеюсь».
«Я думаю, я мог бы попробовать».

Выпрямительный рефлекс может явиться причиной обесценивания или реакции конфронтации, такой, как эта: «Что вы имеете в виду, когда говорите, что вы «могли бы» сделать это? Как вы можете сидеть здесь и говорить, что вы будете лишь «думать об этом»? Вы что, шутите?» Ожидаемым результатом всего этого, естественно, будет сохраняющее высказывание и несогласие. Когда вы слышите даже немного мобилизующих изменяющих высказываний, радуйтесь и интересуйтесь этим, но не делайте это слишком рьяно. Если вы ухватитесь за пробное изменяющее высказывание и будете добиваться твердой готовности, человек, скорее всего, даст задний ход. Не опережайте уровень готовности вашего клиента.

В любом случае, изменяющее высказывание – это один из признаков готовности. В особенности мобилизующее изменяющее высказывание является признаком умственной подготовки: готовности, активации и поэтапного продвижения.

Таблица 19.2.

Личная рефлексия: продажа самолетов представительского класса

Во время маршрутного полета в 1990-е годы я сидел рядом с общительным парнем, который оказался продавцом. А если более конкретно, то его работа заключалась в том, чтобы отбирать и обучать менеджеров по продажам продавать частные самолеты представительского класса топ-менеджерам. Я расспрашивал его в течение всего полета над штатами Среднего Запада. Как вы продаете самолеты людям, которые даже не думают, что они нуждаются в них? Что отличает успешных продавцов от тех, кто не преуспевает в этом бизнесе? Что вы ищете при найме торговых представителей? То, что он сказал мне, звучало до странного знакомым: «Вы узнаете, о чем беспокоятся топ-менеджеры и с какими проблемами или расстройствами они сталкиваются в своей повседневной жизни». Это постепенный процесс – связать то, как продукт, который будет продаваться (в данном случае самолеты представительского класса), поможет клиенту легче достигать своих целей. Здесь неуместна агрессивная манера продажи: «Иначе вы можете немедленно потерять клиента». И еще один аспект: успешный менеджер по продажам нуждается в хорошем чувстве времени. «Вы должны быть способны увидеть, когда клиент в глубине души решил купить самолет. Если вы продолжаете продавать после этого, то, скорее всего, упустите контракт, но если вы подтолкнете слишком настойчиво еще до того, как приблизитесь к этой точке, вы тоже провалите сделку». Я все время думал над тем, что я говорю людям, которые изучают МК: не позволяйте вашей жажде перемен опередить жажду клиента. Некоторые советы, которые он дал мне по поводу того, как узнать, когда кто-то «решил купить самолет», совпадают с моей собственной клинической интуицией и отражены в данной главе. В любом случае, это напомнило мне, что межличностные процессы вовсе не являются эксклюзивной областью знаний консультантов.

B.P.M

Шаги

Иногда люди, как только они начинают склоняться к изменению, делают небольшой шаг или два в этом направлении. Эти действия могут показаться нерешительными, осторожными, но, тем не менее, это шаги. Любой шаг, сделанный в правильном направлении – это причина для оптимизма, любопытства и аффирмации. Выпрямительный рефлекс на данном этапе может выражаться в изречении: «И это все, что вы сделали?!»

КЛИЕНТ: Я два дня на этой неделе не пил.
СООТВЕТСТВУЮЩАЯ МК РЕАКЦИЯ: Да ладно! Молодец. Как ты этого добился?
ПРОТИВОРЕЧАЩАЯ МК РЕАКЦИЯ: Таким образом, ты пил 5 дней на этой неделе.
КЛИЕНТ: Я взял газету на этой неделе и просмотрел списки вакансий.
СООТВЕТСТВУЮЩАЯ МК РЕАКЦИЯ: И что из увиденного вас заинтересовало?
ПРОТИВОРЕЧАЩАЯ МК РЕАКЦИЯ: Все, что вы сделали, – это прочитали газету?

Наше намерение – праздновать все шаги, сделанные в верном направлении и отвечать на них аффирмацией. Это как воспринимать стакан наполовину полным, нежели видеть, будто он наполовину пуст.

Сокращение сохраняющих высказываний

Наряду с возрастающим количеством изменяющих высказываний прослеживается сокращение числа сохраняющих высказываний, аргументов против изменения и в пользу статус-кво. В некотором смысле именно соотношение этих двух аспектов сигнализирует о готовности. Одинаковое количество изменяющих и сохраняющих высказываний – это амбивалентность. Как только число изменяющих высказываний начинает превосходить

число сохраняющих – это движение по направлению к изменению. Это может ощущаться, как будто пойманная рыба перестала бороться, когда с вашей стороны требуется все меньше усилий по реагированию на сохраняющие высказывания или на несогласие. Человек постепенно перестает защищать статус-кво. Если это происходит в то время, пока число изменяющих высказываний остается стабильным, соотношение изменяется.

Разрешение

Этот признак относится к клинической интуиции, и его трудно измерить, но когда люди прорабатывают амбивалентность и начинают разрешать ее, в них селится своего рода умиротворение. Это может ощущаться как твердость или обреченность, задумчивость или пассивность, но прежде чем люди непосредственно произнесут мобилизующее изменяющее высказывание, мы часто ощущаем этот тихий вид решимости. Может быть, просто сходит на нет обсуждение проблемы. Иногда присутствуют вздохи и слезы. Создается впечатление, что происходит осознание, и ум перестраивает себя.

Образ будущего перед глазами

Описания будущего показывают, что человек думает о том, как выглядит его жизнь после изменения. Представляя возможное будущее, клиенты могут называть положительные, отрицательные или оба типа аспектов одновременно. Позитивные образы будущего могут звучать как подготовительное изменяющее высказывание: «Представьте себе, сколько всего я смогу сделать со всеми деньгами, которые сэкономлю, если брошу!», звучит как причина для изменения, и это так и есть, но здесь содержится и что-то большее. Человек представляет себе это. «Хотел бы я знать, примет ли меня обратно моя семья» – это не просто возможность, но и вопрос. Ум воображает возможные положительные исходы. И не пропускайте образы, если воображаемые результаты звучат негативно:

«Как же я буду зарабатывать на жизнь?»
«У меня не будет друзей, если я брошу пить».
«Что если я попытаюсь, а они отвергнут меня?»

Здесь происходит следующее: человек рисует в воображении осуществленные изменения с учетом тех проблем, которые могут возникнуть. Существуют препятствия, которые надо обсудить, но здесь важно то, что человек представляет себе изменение, даже если это звучит как сохраняющие высказывание.

Вопросы об изменении

И, наконец, для клиентов является типичным задавать вопросы в процессе рассмотрения возможного изменения. Человек может представлять его или нет или даже испытывать трудности с тем, чтобы представить себе изменение, но вопросы свидетельствуют о поиске вариантов.

«Что происходит в ходе данной программы лечения?»
«Как мы могли бы сделать наш брак лучше?»
«Что люди делают, чтобы бросить курить?»
«Насколько вероятно, что я буду в состоянии снизить сахар крови без лекарств?»

Расчет времени, а также искусство предоставления информации и совета обсуждались в Главе 11, и вам необязательно (или даже вредно) дать ответы на все вопросы. Дело здесь в том, что когда клиент задает вопросы об изменении – это сигнал возрастающей открытости по отношению к возможности.

Проба воды

Когда вы чувствуете, что клиент уже готов говорить о плане изменений, вы сталкиваетесь с важной точкой принятия решения. Это на самом деле подходящее время для того, чтобы начать процесс планирования? Один способ выяснить это – спросить клиента напрямую (Magill, Apodaca, Barnett, & Monti, 2010):

> «Имеет ли смысл подумать о том, как вы могли бы приняться за ___?»
> «Хотите поразмышлять о том, как вы могли бы__ или так мы опережаем события?»

Другая процедура, с помощью которой мы предлагаем пробовать воду, – это рекапитуляция и ключевой вопрос.

Рекапитуляция

Рекапитуляция, по существу, это промежуточный краткий отчет обо всех изменяющих высказываниях, которые клиент озвучивал до этих пор. Она представляет собой большой букет: коллекцию всех «цветков» изменяющих высказываний, которые вы собрали (Глава 14). Это может предваряться несколькими словами, указывающими на начало переходного резюме, с последующим осторожным воспроизведением изменяющих высказываний. Здесь нет необходимости в редактирующем комментарии. Вы обобщаете мотивы изменения, которые человек вам уже предоставил. Может быть, это первый раз, когда человек увидит букет целиком, и это бывает впечатляющим опытом.

Это означает, естественно, что вам нужно не только распознавать, но и запоминать изменяющее высказывание, когда вы его слышите. У некоторых людей это получается очень хорошо, по крайней мере, в рамках одной и той же беседы, а после сессии можно сделать заметки, чтобы затем вспомнить изменяющее высказывание, который вам встретилось. Другие люди предпочитают делать заметки во время сессии, чтобы использовать их как памятку. Мы рекомендуем не делать заметки во время МК, таким образом, вы сможете уделять все ваше внимание клиенту, но если вам необходимо их сделать, существует несколько общих советов.

• Скажите кратко и в сухой манере, что вы планируете делать заметки: «Если вы не имеете ничего против, я предпочитаю иногда делать записи, которые помогают мне запомнить, что вы говорите». Это простое утверждение полезно по нескольким причинам: оно определяет ваше ведение заметок как установившийся порядок, уважительно спрашивает разрешения, и сообщает, что: «То, что вы говорите, является очень важным для меня, и я хочу это запомнить».

• Делайте ваши заметки краткими – всего лишь несколько слов, чтобы вы могли вспомнить позже. Запись не должна прерывать ваш визуальный контакт больше чем на несколько секунд.

• Никогда не позволяйте заметкам отвлекать вас от настоящего момента. Слушание, переживание и реакция на то, что происходит, является более важным, чем ведение подробных заметок.

Какое количество сохраняющих высказываний клиента должно быть включено в рекапитуляцию? Это вопрос клинической оценки, но наш общий совет таков: не слишком много. Конечно, мы не рекомендуем рекапитулировать все аргументы клиента против изменения. Если имела место какая-либо особенность сохраняющего высказывания, которую клиент подчеркнул, вы можете включить его в цветочный букет, как несколько листьев (имея в виду, что слишком много листьев могут все закрыть и отвлечь внимание от цветов). Основным содержимым рекапитуляции должны быть собственные изменяющие высказывания клиента.

Ключевой вопрос

Собрав большой букет, задайте короткий и простой вопрос, того типа, который мы называем ключевым. Ключевой вопрос задается о поступках, об обратной стороне мотивационного холма в Главе 12 (Таблица 12.2). Есть бесчисленное множество способов, чтобы спросить о сущности происходящего: «Итак, что же дальше?» Типичный ключевой вопрос, который мы часто используем, это: «Как вы думаете, что вы будете делать?» Вот некоторые другие примеры:

> «И к чему это все приводит вас?»
> «Так что вы думаете о (проблемном вопросе) на данный момент?»
> «Интересно, как вы могли бы поступить».

Обратите внимание, что ключевые вопросы не требуют готовности. Это придет позже. Вопросы, требующие готовности, оказывают давление на клиента, которое может оказаться критическим и побудить защитную реакцию и откат назад в мотивационной динамике. Не спрашивайте: «Что вы собираетесь делать?» Это в большей степени давит, чем «Как вы думаете, что можно было бы сделать?». Закрытые вопросы, как правило, не очень хорошая идея для ключевых вопросов: «Так вы собираетесь делать что-нибудь с этим или нет?»

Глубинная подоплека рекапитуляции и ключевого вопроса заключается в следующем: «Здесь собраны все мотивы для изменения, о которых вы мне уже рассказали. От вас зависит, что вы решите делать или не делать. Что вы думаете об этом?» Вы собрали все *собственные* желания, возможности, причины и нужды человека, завели мотор изменения, а затем отошли в сторону, задав ключевой вопрос.

Многозначительная пауза

До сих пор мы почти ничего не говорили о молчании, хотя оно может быть важным инструментом в МК. Многие люди чувствуют потребность говорить, чтобы заполнить пространство тишины, когда беседа замолкает на 5–10 секунд. Клиницистам не стоит реагировать на это давление и чувствовать необходимость начать разговор, если клиент молчит какое-то время. Позволяя молчанию занять какое-то время, мы предоставляем клиенту время для раздумья и увеличиваем вероятность того, что он озвучит результат своей рефлексии. Люди также отличаются тем, как долго они должны анализировать что-то, прежде чем заговорить. В юнгианской традиции экстраверты анализируют путем разговора, в то время ка интроверты предпочитают анализировать до того, как заговорят (Quenk, 2009). Доверьтесь процессу и дайте вещам время уложиться в голове, а клиенту – время поразмышлять над ними. Не стоит ощущать спешку, когда вы занимаетесь МК, даже если у вас мало времени. Мышление без спешки – это ценное качество для МК. Некоторые клиницисты говорят нам: «У меня нет времени, чтобы заниматься этим». Мы часто отвечаем, что, когда вам необходимо изменение поведения клиента, и у вас мало времени, вы *не можете позволить себе не делать* этого (Rubak, Sandbaek, Lauritzen, & Christensen, 2005).

Здесь мы подумали о молчании, о многозначительной паузе, потому что бывает особенно полезным немного подождать в переходный момент после рекапитуляции и ключевого вопроса. Некоторые клиенты дадут ответ сразу. Другие будут рефлексировать какое-то время. Время для рефлексии очень ценно в такой момент.

Рекапитуляция Юлии

И снова мы продолжим пример Юлии. В последний раз мы слышали о ней в Главе 13, когда демонстрировали процесс побуждения. Что клиницист мог бы включить в рекапитуляцию процесса, чтобы проверить воду: насколько Юлия готова заняться конкретным планированием изменения? Ближайшей целью, на которой сейчас

сфокусировался клиницист, являются действия Юлии, направленные на облегчение депрессии.

КОНСУЛЬТАНТ: Так, спасибо за все, что вы рассказали мне, Юлия. Вы перенесли много потрясений в свей жизни, и я ценю, как вы честны и открыты со мной. (Аффирмация.) Позвольте мне просто собрать вместе то, что вы мне рассказали, и тогда мы увидим, что будет нашим следующим шагом. (Ориентация на переход.) Вы очень хотели бы почувствовать себя лучше в общем, и в том, что касается вас самой, и вы хотите снова ощутить интерес к действительности. (Изменяющее высказывание (желание). Когда вы чувствовали себя настолько плохо, что резали себя, это ошеломило вас и захватило ваше внимание. (Изменяющее высказывание (причина). Это помогло вам решить, что наступило время что-нибудь с этим сделать. (Изменяющее высказывание (активация). Вы чувствовали себя по-настоящему плохо, словно таскали на себе большой груз, и вы порядком от ощущения, что ваши друзья вас сторонятся. (Изменяющее высказывание (причина). Друзья очень важны для вас. В долгосрочной перспективе вы также хотите обрести открытые, теплые и любящие отношения с мужчиной. (Изменяющее высказывание (причина) и дальнейшее фокусирование.) Вы довольно изобретательный человек. Вы переехали сюда из Ирландии, все сделали сами и обустроили для себя новую жизнь. (Аффирмация.) Вы также человек упрямый и настойчивый. Как только вы решите что-нибудь сделать, это, как правило, происходит. (Изменяющее высказывание (возможность). Вы хотели бы понять, что было не так в ваших отношениях, так как в будущем вы бы хотели выйти замуж, а также вы упоминали в качестве долгосрочной цели, что хотели бы найти работу получше. (Изменяющее высказывание (желание). Вы прошли через большое количество эмоциональной боли, и вы стремитесь к более спокойной и счастливой жизни. (Изменяющее высказывание (причина). И что бы вы хотели сделать? (Ключевой вопрос.)

ЮЛИЯ: Я не уверена в том, что надо делать, но я знаю, что не могу продолжать оставаться в этом состоянии. Что-то должно измениться. (Изменяющее высказывание (потребность.)

КОНСУЛЬТАНТ: Это звучит так, словно вы готовы сделать все что угодно, чтобы чувствовать себя лучше и жить новой жизнью. (Рефлексия и проба воды.)

ЮЛИЯ: Да. Я не хочу продолжать жить так, как раньше. (Изменяющее высказывание (желание).

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо, тогда могли бы мы поговорить о некоторых возможностях?

ЮЛИЯ: Да, пожалуйста.

В этом случае очевидно, что Юлия сигнализирует о готовности приступить к планированию. Но это, разумеется, происходит не всегда. Можно предложить рекапитуляцию и ключевой вопрос курильщику, только для того, чтобы человек сказал вам: «Я не знаю. Я не совсем уверен, что хочу бросить. Курение – это существенная часть моей жизни». Это сигнал того, что человек еще не готов к разговору о планировании, и здесь нужно продолжить работу по побуждению. Это возможно и в том случае, когда фокус консультации может измениться. «Я думаю, что на самом деле мне нужно поговорить о…». Рекапитуляция и ключевой вопрос – это проба воды: вашей гипотезы о том, что человек может быть готовым обсудить, как ему меняться. Независимо от того, какой сигнал дает вам клиент, следуйте ему.

Мышление без спешки – это ценное качество для МК.

Ключевые моменты

• Время перехода от побуждения к планированию – это момент клинической оценки, учитывающей сигналы готовности, исходящие от клиента.
• Рекапитуляция и ключевой вопрос являются процедурой распознания, настало ли время для планирования.
• Неразумно приступать к планированию изменения до того, как клиент будет готов.

Глава 20
Разработка плана изменения

Вера – это когда вы делаете первый шаг, даже если не видите перед собой всю лестницу.
Мартин Лютер Кинг

Легче поменять течение реки, чем человеческие привычки.
Китайская мудрость

Привычка есть привычка, ее не выбросишь за окошко, а можно только вежливенько, со ступеньки на ступеньку, свести с лестницы.
Марк Твен

Технологии и структуры для разработки планов изменения изобилуют в учреждениях сферы услуг по всему миру. Руководства, книги, карты, дневники самоконтроля и компьютерные планы изменения поставили себе на службу науку о поведении, чтобы преодолеть то, что иногда называют разрывом между намерением и действием. Одно дело – желание клиента измениться, но как вы можете помочь им добиться успеха?

Вклад МК в эту сферу скромный, но потенциально важный. Помочь кому-то сформировать план изменений – это необязательно простая прикладная операция, не вопрос совета: сделать то или это. Если бы все было так просто, клиенты, вероятно, сделали бы это самостоятельно. Цитата писателя Терри Пратчетта, служащая эпиграфом к Главе 14, была, несомненно, написана с мрачным юмором, но она содержит больше чем одно или два зерна истины. Часто люди действительно не хотят совета, но они хотят, чтобы вы находились здесь, в то время когда они разговаривают сами с собой. Процесс планирования в МК – это быть вместе с кем-то, в то время как он или она формирует план изменения, который будет работать. Естественно, вы не просто сидите пассивно. Участие важно, и вы сосредотачиваетесь взглядом на горизонте, сдержанно предлагая свой собственный опыт, когда он нужен для того, чтобы помочь разработать план, который подойдет клиенту. Готовность переносить и использовать неопределенность сослужит вам хорошую службу. Короче говоря, МК делает вклад в саму сущность планирования и может сочетаться с использованием любых практических механизмов.

Попутно отметим, что существует разница между планом изменения и планом лечения. Последний необходим во многих ситуациях, связанных с оказанием услуг, но лечение в большинстве своих форм является лишь частью плана человека по изменению, и чаще всего – незначительной частью. Большинство изменений человека происходит без какого-либо формального лечения. План изменения на самом деле шире, и обращен к тому, как человек будет действовать и как изменение впишется в его или ее жизнь. Какой вклад (если такой имеется) будет сделан благодаря лечению, является лишь частью общей картины.

Процесс планирования в МК – это быть вместе с кем-то, в то время как он или она формирует план изменения, который будет работать.

Глава показывает, как язык изменения и ваша искусная реакция на него могут поддержать формирование плана изменения, который поддержит ясность действий и будет с большей долей вероятности исполнен клиентом. *Как* вы говорите с кем-то о плане изменения, вероятно, так же важно, как и то, что о чем вы говорите.

Изменяющее высказывание в процессе планирования

Процесс планирования – это не другая форма МК. Это то же самое внимание к изменяющим высказываниям, тот же самый дух сотрудничества, множество ОАРР и четкое направление в сторону изменения. Другими словами, процесс планирования основывается на тех же навыках, которые используются в вовлечении, фокусировании и побуждении.

Отличается ли изменяющее высказывание на данном этапе? Конечно же, консультант внимательно выслушивает изменяющее высказывание о конкретных действиях, продвигаясь в сторону реализаций намерений. Мобилизующее изменяющее высказывание (ГАП) прежде всего направлено на действия, но ЖСПН также имеют место быть (см. Главу 12). Например, ниже представлены изменяющие высказывания о совершении конкретных действий; в данном случае студент колледжа решил каждый день посвящать учебе определенный отрезок времени.

> «Это то, что я хочу делать: учиться с 6.00 до 8.00 каждый день». (Желание.)
>
> «Я думаю, я могу это сделать; это кажется разумным». (Возможность.)
>
> «Мне это нравится, так как в 8.00 я заканчиваю и могу заниматься другими вещами». (Причина.)
>
> «Это то, что мне нужно, чтобы не отставать в учебе». (Потребность.)
>
> «Вот что я собираюсь сделать: выделить время с 6.00 до 8.00 под учебу 6 дней в неделю». (Готовность, а также реализация намерения.)
>
> «Я готов это попробовать». (Активация.)
>
> «Я вчера попробовал так сделать, и это хорошо сработало». (Принятие мер.)

Обратите внимание, что изменяющие высказывания могут быть о цели («Я хочу, чтобы мои оценки улучшились»), общего плана («Мне нужно больше учиться») или о конкретных действиях, как было продемонстрировано выше («Я намереваюсь отвести время с 6.00 до 8.00 каждый день, кроме субботы, только под учебу»). Это не другой вид изменяющего высказывания; ключом является то, что по мере того, как план продвигается от общего к частному, среди изменяющих высказываний вы все больше обращаете внимание на те, которые посвящены конкретному плану изменения.

И еще один аспект, к которому следует прислушаться в планировании, – это высказывания об эффективности. Считает ли человек, что этот план будет работать? Бандура (Bandura, 1982, 1997) проводил различие между общей эффективностью («Будет ли это работать для людей в общем»?) и самоэффективностью («В состоянии ли я сделать это, и будет ли это работать для меня?»). Например, для человека вполне возможно твердо поверить, что прекращение курения улучшает здоровье и продлевает жизнь (высокая общая эффективность), но также быть уверенным в том, что он не в состоянии это сделать (низкая самоэффективность).

Динамика планирования

Наряду с тем, что существуют обширные исследовательские данные о происходящем в процессе побуждения, роль МК в планировании изменений гораздо менее понятна. Тем не менее межличностная динамика процесса планирования относится к общей динамике МК. Обращайте особое внимание на выпрямительный рефлекс: «Теперь позвольте мне сказать вам, что надо делать». Не теряйте настройку на то, как человек реагирует (например, демонстрируя какие-либо признаки отвлечения или сомнения) и не забегайте вперед

готовности вашего клиента к разработке и следованию плану изменения. Если вы станете активно выступать за изменения, то результатом может стать противодействие, сохраняющее высказывание и разногласие. Задача заключается в том, чтобы добиться плана изменения (и связанных с этим изменяющих высказываний) от клиента. Это не означает, что вы не можете помогать, но в конечном счете клиент должен стать тем, кто владеет планом и будет осуществлять его.

Ясность планирования зависит от ясности цели. Иногда процесс фокусировки позволяет получить цель, которая ясна и определенна, как бросить курить или найти работу. Другие выявленные цели более расплывчаты, как улучшить рацион или помогать сыну стать более ответственным». Более конкретная цель полезна тем, что способствует прояснению шагов в ее направлении, которые также помогают увидеть прогресс.

Не забегайте вперед готовности вашего клиента.

Три сценария планирования

Когда цель принята, путешествие начинается с беседы о том, почему и стоит ли приходить к конкретному плану о том, как и когда. Любое единственное руководство в этом путешествии обречено на провал, столкнувшись с очевидным разнообразием клиентов и даже с одним и тем же человеком в различных ситуациях.

В оставшейся части главы мы обсудим три сценария процесса планирования и приведем примеры. Они отражают континуум сценариев, которые мы описали для процесса фокусирования в Главе 8. Это не совпадение. В то время как фокусирование посвящено выбору пункта назначения, процесс планирования имеет дело с маршрутом путешествия, с тем, чтобы добраться до места. Попробуем упростить:

- Вовлечение имеет отношение к: «Будем ли мы путешествовать вместе?»
- Вопрос фокусирования: «Куда направляемся?»
- Побуждение имеет отношение к: «Стоит ли?» и «Почему?».
- Планирование имеет отношение к: «Как?» и «Когда?».

Ясно, что в любом разговоре о путешествии данные нити будут переплетаться и развиваться с течением времени. Как мы рассмотрим ниже, процесс планирования опирается на побуждение так же, как и на вовлечение и четкий фокус.

Три сценария планирования различаются сложностью плана, хотя процесс в каждом из них схож. Простейший сценарий, это когда один четкий план уже имеется к тому времени, как вы достигнете процесса планирования. Это может произойти, когда есть только один способ достижения цели, или когда клиенты уже приняли решение о том, как они хотят действовать, и трудность заключалась лишь в том, как это сделать.

Второй сценарий – это когда есть несколько определенных вариантов, и задача в том, чтобы выбрать один из них. Например, если мужчина или женщина хотят найти надежный метод контрацепции, существует ограниченное количество вариантов для рассмотрения. Процесс ведет к выбору пути, который кажется лучшим.

В третьем сценарии существует четкая цель (в противном случае, время для планирования пока еще не пришло), но вовсе не очевидно, как ее достичь. Это не просто вопрос выбора из стандартного набора опций. Этот сценарий требует разработки плана с нуля, когда дальнейший путь неясен.

Если клиент находит проблемы, а вы предоставляете ответы, вы на неверном пути.

Сценарий 1: Когда существует четкий план

После того как люди определили конечный пункт изменения, путь иногда ясен. Они знают, как это сделать. Нужно не так много для рассмотрения путей, так как они знают направление. Всегда существует вероятность того, что они по-прежнему будут сбиваться с дороги, но ясно, что они хотят делать и как это делать.

> «Я знаю, что мне нужно сделать, так как раньше я уже бросал курить. Что мне нужно сделать, так это остаться одному, вдали от кого бы то ни было, потому что около недели я буду невыносим. Есть домик в горах, куда я люблю подниматься, и я мог бы провести там неделю без сигарет. Поблизости там нет ни одного магазина, он действительно затерян в лесах. Если я знаю, что вокруг нет сигарет, то жажда покурить не так сильна. Я собираюсь взять с собой вещи, которые я давно хотел прочесть, или просто буду проводить время, гуляя вокруг. Я думаю, что это сработает. Через неделю я преодолею самое сложное. В последний раз, когда я продержался целую неделю, этого хватило на три года. Но первую неделю я был невыносим для окружающих, да и для себя самого не слишком приятен».

План кажется ясным. Появились уверенные изменяющие высказывания о плане, но заметьте, что это все до сих пор подготовительные высказывания (ЖСПН), еще нет мобилизующего изменяющего высказывания (ГАП).

Суммирование плана

Первым шагом, чтобы помочь сформировать конкретный план, как в данном случае, будет ясное резюме плана, чтобы убедиться, что вы и клиент оба понимаете его и согласны с ним.

> «Таким образом, вот что представляет ваш план действий: отправиться в этот домик и остаться там на неделю, взять все, что вам нужно, но не табак».

Вызываем ГАП: Стимуляция мобилизующих изменяющих высказываний

Резюме, подобное этому, словно умоляет о том, чтобы его закончили вопросом. Какой же это должен быть вопрос? Здесь представлены некоторые возможные варианты:

Побуждающий активирующий вопрос
«Насколько вы готовы это сделать?»
«Хотите попробовать это?»

Вопрос о готовности
«Собираетесь ли вы сделать это?»
«Это то, что вы намерены делать?»

Переход на более конкретный уровень
«Какие книги вы возьмете?»
«Как вы будете готовиться?»

Назначение даты
«Когда вы могли бы это сделать?»
«Когда вы думаете отправиться?»

Подготовка
«Каким бы был ваш первый шаг?»
«Что вам нужно взять с собой в дорогу?»

Это и есть вопросы, ответом на которые, скорее всего, будет мобилизующее изменяющее высказывание: готовность, активация или принятие мер. Также обратите внимание на то, что некоторые из них – закрытые вопросы, ответ на которые будет «да» или «нет». («Готовы ли вы…?», «Это то, что вы собираетесь сделать?»).

Выявление проблем

Другая возможная помощь на данном этапе – это выявление возможных проблем. Что может пойти не так? Какие возможные препятствия или неожиданные трудности могут возникнуть? Если вы поднимете данные вопросы и спросите клиента, как он или она могут справиться с этим, ответом, вероятно, будет еще больше мобилизующих изменяющих высказываний. Избегайте поиска решений с вашей стороны. С точки зрения МК, если клиент находит проблемы, а вы предоставляете ответы, вы на неверном пути.

Пример случая

Для практического примера процесса планирования по первому сценарию мы вернемся к студенту, который решил каждый день учиться с 6.00 до 8:00 вечера, чтобы улучшить свои оценки. Ниже продемонстрировано, как может разворачиваться разговор.

КОНСУЛЬТАНТ: Давайте посмотрим, понял ли я ваш план. Вы определенно хотите улучшить свои оценки, и вы знаете, что вам нужно уделять больше времени учебе, чтобы сделать это. Вы думаете о том, чтобы выделять два часа каждый день, за исключением субботы, с 6.00 до 8.00 вечера, и ничем другим, кроме учебы, в это время не заниматься. Верно?

КЛИЕНТ: Да. Я думаю, что это должно помочь.

КОНСУЛЬТАНТ: Это должно помочь. Возможно, вам потребуется сделать больше, но это стало бы хорошим началом.

КЛИЕНТ: Определенно. Если я это сделаю, я улучшу свои оценки.

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо. Что вы могли бы сделать, чтобы лучше придерживаться своего плана?

КЛИЕНТ: Мне необходимо утрясти вопрос с моим соседом по комнате, чтобы он не беспокоил меня или не музицировал в это время. Или, может быть, мне нужно пойти в библиотеку или в кафе.

КОНСУЛЬТАНТ: Какое-нибудь место, где вы сможете сконцентрироваться и где бы вас не отвлекали.

КЛИЕНТ: Верно. Иначе будет соблазн отвлечься и не учиться.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы знаете о себе, что вам нужно находиться в таком месте, где вы сможете сконцентрироваться. Что еще?

КЛИЕНТ: Я голоден, и было бы лучше, если бы я перекусил, прежде чем начать.

КОНСУЛЬТАНТ: Понятно. Это также может помочь вам сконцентрироваться на учебе. Вы действительно думаете о том, как это сделать. Когда вы собираетесь начать?

КЛИЕНТ: Так, сегодня понедельник, завтра у меня свидание и встреча в среду вечером. Таким образом, я думаю, что могу начать с четверга.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы думаете, что вы начнете?

КЛИЕНТ: Да, не вижу причин, чтобы не начать. Четверг.

КОНСУЛЬТАНТ: Если вы не возражаете, я бы хотел спросить у вас некоторые вещи о вашем плане. Можно я это сделаю?

КЛИЕНТ: Конечно.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы, кажется, знакомы со многими людьми, и я могу себе представить, что если вы окажетесь в своей комнате или в библиотеке, или в кафе, то есть большая вероятность того, что вы встретите кого-нибудь знакомого, или они могут увидеть вас.

КЛИЕНТ: Не слишком вероятно, что я смогу увидеть своих друзей в библиотеке. (Улыбается.)

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо, возможно, библиотека более безопасна, но представьте, если это случится. Четверть седьмого, и вас заметила подруга, подходит и говорит: «Эй, как у тебя дела?» Насколько вы смогли бы придерживаться своего плана, если бы такое произошло?

КЛИЕНТ: Легко. Я бы просто сказал, что рад их видеть, но я учусь до 8:00 и может быть, мы поговорим после.

КОНСУЛЬТАНТ: «Да ладно! Ты же не должен учиться прямо сейчас!»

КЛИЕНТ: О, она может так сказать. Ладно, я бы сказал: «Да, мне действительно нужно учиться, но я бы хотел увидеться с тобой позже».

КОНСУЛЬТАНТ: Ладно. Большинство друзей, наверное, отнесутся с пониманием к этому. А что, если появится что-то еще между 6.00 и 8.00, такое, чем вам действительно хочется заняться, и это не в субботу?

КЛИЕНТ: М-да, я размышлял об этом. Я не думаю, что я стану придерживаться плана на 100 % все время.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы не идеальны.

КЛИЕНТ: Верно. Я имею в виду, что я могу захотеть сделать что-то еще в это время. Я полагаю, я смог бы позаниматься позже или удвоить учебные часы в другой день.

КОНСУЛЬТАНТ: Чтобы получить то же количество часов. Вы думаете, что действительно сделаете это?

КЛИЕНТ: Да, сделаю. Я серьезно настроен на то, чтобы улучшить свои оценки.

В Сценарии 1 есть основные элементы: резюме плана, стимуляция мобилизующих изменяющих высказываний и устранение проблем. Когда люди проговаривают свои намерения осуществить конкретное действие, то оно, скорее всего, совершается. Эти же элементы также переносятся в Сценарии 2 и 3 наряду с некоторыми дополнительными методами.

Конкретизация

Даже обладая четко поставленной целью, бывает полезно получить более конкретную информацию о шагах по направлению к ней. Это может помочь в процессе планирования, также в распознании происходящего прогресса. Метод шкалы достижения цели (Kiresuk, Smith, & Cardillo, 1994) может быть полезным при оттачивании цели в рамках любого из трех сценариев, описанных в этой главе. Он был первоначально разработан в качестве стандартного способа оценки результатов лечения в психиатрических учреждениях при работе с различной проблематикой.

Суть этого метода заключается в поиске способа определения степени изменения для достижения цели. Смысл заключается в том, чтобы в простой беседе выяснить, что человек делает для достижения цели. Вариант, который мы находим полезным, включает в себя разработку шкалы от -3 до +3. Нулевая точка на шкале описывает статус-кво на начальном этапе (например, при начале терапии). Самый лучший мыслимый результат – это +3, где +1 и +2 будут приблизительными величинами. Аналогично -3 означает наихудший мыслимый результат, с промежуточными уровнями ухудшения -1 и -2. Используя вышеуказанный пример о времени на занятия, шкала, отражающая количество часов, занятых учебой за одну неделю, может выглядеть следующим образом:

+3 – 16 или более часов
+2 – 10–15 часов
+1–5–9 часов
0 – 4 часа (существующий уровень)
– 1–3 часа

– 2–2 часа
– 3–1 час или менее

В идеале, при такой шкале любой консультант (а также и клиент) может легко определить прогресс «к» (или «от») цели в любую отдельно взятую неделю. Этот же метод может быть использован при работе с несколькими целями изменения у одного человека, как показано в Таблице 20.1.

Сценарий 2: Когда есть несколько определенных вариантов

Во втором сценарии планирования существуют несколько четких вариантов действий по направлению к цели, и задача состоит в том, чтобы обозначить приоритеты и выбрать один из них. Нам нравится термин «составление маршрута» (path mapping) как параллельный к «составлению программы» (agenda mapping), поскольку процесс является выбором из возможных маршрутов лучшего пути к месту назначения. Некоторые составляющие задачи представлены ниже:

1. Подтвердить цель и по необходимости попутно подтвердить подцели.
2. Перечислить варианты, которые доступны или обсуждались.
3. Выявить догадки и предпочтения клиента, в том, что было бы наилучшим вариантом движения вперед.
4. Резюме плана и укрепление готовности ему следовать.
5. Решение проблем: обсудить любые беспокойства, которые у вас возникают.

Утверждение цели

На данном этапе цель может казаться весьма четкой, но не помешает подтвердить пункт назначения перед тем, как выйти в путь. Каково изменение, которое клиент выбрал в качестве цели? Это может быть большая долгосрочная цель и более близкие подцели. Хороший гид в первую очередь узнает, куда человек хочет идти, затем рассматривают различные возможные маршруты для достижения цели. Если существует несколько близких целей, какая из них должна осуществляться в первую очередь?

Таблица 20.1.
Пример шкал достижения цели

	Цель 1: Делать больше упражнений, тренирующих сердечно-сосудистую систему	Цель 2: Посвящать больше времени детям	Цель 3: Уменьшить употребление алкоголя
+3	200 минут или дольше	8 часов и более	0–7 стандартных доз алкоголя
+2	131–199 минут	6–7 часов	8–14 стандартных доз алкоголя
+1	61–130 минут	4–5 часов	15–20 стандартных доз алкоголя
0	50–60 минут на этой неделе	около 3 часов на этой неделе	21–28 стандартных доз алкоголя в неделю
-1	31–49 минут	2 часа	29–35 стандартных доз алкоголя
-2	11–30 минут	1 час	36–49 стандартных доз алкоголя
-3	10 минут или менее	менее 1 часа	> 50 стандартных доз алкоголя

Составление перечня вариантов

Когда у вас есть ясная цель в уме, следующей задачей будет перечисление доступных путей, которые ведут к цели. Варианты могут быть уже выявлены в результате предыдущих процессов в беседе. Ваш личный профессиональный опыт также может пригодиться на данном этапе. Какие существуют разумные, научно обоснованные способы достижения изменения, которое человек хочет произвести? С разрешения клиента (см. Главу 11) вы можете предложить набор вариантов. Это не предполагает вытеснения собственных идей и предпочтений человека, вовсе нет. Ваш опыт – это ресурс в процессе планирования, и клиент также привносит важные ресурсы. Ключевым заданием является разработка списка доступных вариантов, избегая потери большого количества времени на их критику. Процесс оценки последует далее.

Выявление догадок клиента

Среди возможных маршрутов, какие личные предпочтения и догадки клиента сигнализируют о том, что это желанный путь? Хороший гид предлагает: «Вот различные маршруты, которыми мы можем последовать. Какой больше всего вас привлекает?» Что есть хорошего и не очень хорошего в каждом варианте? Как хороший гид вы предостерегли бы клиента (снова с разрешения) в отношении путей, которые кажутся вам опасными или не приводят к пункту назначения.

Также полезно думать о том, что в любом случае путь выбран как План А. На пути могут встретиться непредвиденные препятствия, и существуют альтернативные пути, если План А оказывается невыполнимым. Полезным образом мысли в этом процессе будет: «Какой маршрут подходит лучше всего, чтобы испробовать его первым?» Это оставляет дверь открытой, чтобы рассмотреть другие варианты, если выбранный путь не работает.

Резюме плана

Это очень похоже на Сценарий 1. После того как план прояснен, предложите его краткое изложение для того, чтобы убедиться в том, что вы оба его поняли, затем извлекайте мобилизующее изменяющее высказывание. Мы скажем больше об усилении готовности в Главе 21.

Выявление проблем

Держа План А в уме, переходим к следующей задаче: рассмотреть, какие препятствия могут встретиться на пути. Опять же, хороший гид делает следующее: «Если мы выберем этот маршрут, вот некоторые вещи, к которым вы должны быть готовы». Какие инструменты человек должен взять с собой? Что может пойти наперекосяк и каким образом человек может отреагировать, если это произойдет?

Помните, что важно не переключаться на предписывающий директивный стиль. Процесс побуждения продолжается в течение планирования. Формальный подход заключается в том, чтобы спросить клиента, как он может отреагировать, если встретятся определенные препятствия. Когда человек спрашивает вас или вам кажется, что ему нужны ваши идеи, вы можете ими поделиться. При этом остерегайтесь ловушки, возникающей, когда вы предлагаете один вариант за другим (и таким образом, приглашаете человека сказать, что с вашей идеей не так). В конечном счете план должен исходить от клиента. Вопрос о том, как человек станет реагировать на препятствия, также может побудить последующее изменяющее высказывание.

Наглядный пример

Сценарий 2 часто имеет место в практике врачей, лечащих диабет. В целях укрепления здоровья и качества жизни, люди с диабетом должны поддерживать разумно жесткий контроль над своим уровнем глюкозы, и существует конечное число эффективных стратегий для контроля сахара крови. Ниже описано, как может идти процесс планирования, основанный на предшествующих процессах вовлечения, фокусирования и побуждения.

КОНСУЛЬТАНТ: Я вижу, что вы осведомлены о проблемах, которые могут возникнуть в результате высокого сахара крови, и вы, похоже, стремитесь лучше контролировать ваш уровень глюкозы. Верно? (Подтвердить цель.)

КЛИЕНТ: Верно. Я хочу быть здоровым, насколько это возможно. (Долгосрочная цель – хорошее здоровье.)

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо, вы молодец! Вы готовы совершить некоторые изменения для того, чтобы оставаться здоровым. (Более точно проверить готовность к изменению поведения.)

КЛИЕНТ: Да.

КОНСУЛЬТАНТ: Так, позвольте мне вас спросить, о каких изменениях, которые смогли бы помочь в контроле вашего уровня глюкозы, вы уже задумывались. (Выявление собственных идей клиента.)

КЛИЕНТ: Я вообще не думал об этом слишком много. Это для меня в новинку. Мне только 46 лет. (Рефлексия.)

КОНСУЛЬТАНТ: Вы, конечно, не ожидали получить диагноз сахарный диабет в вашем возрасте.

КЛИЕНТ: Нет, не ожидал! Я знаю, что, вероятно, мне нужно изменить свои пищевые привычки. (Изменяющее высказывание.)

КОНСУЛЬТАНТ: Как именно изменить? (Просьба о проработке.)

КЛИЕНТ: Ну, я пью много газированных напитков, особенно колы. Я потягиваю их весь день, и я знаю, что в них содержится много сахара.

КОНСУЛЬТАНТ: Да, много, очень много. Таким образом, это один из способов, с

помощью которого вы сразу сможете сократить потребление сахара. («Один из способов», приглашение найти другие.)

КЛИЕНТ: Мне на самом деле не нравится вкус колы без сахара, но я думаю, я мог бы привыкнуть к ней. (Сохраняющее высказывание.)

КОНСУЛЬТАНТ: Что еще?

КЛИЕНТ: Сладкое? Я имею в виду, что дело в том, чтобы не есть сахар, не так ли? (Изменяющее высказывание.)

КОНСУЛЬТАНТ: И сокращение углеводов в целом. Что вы знаете о них? (Предоставляет доступ для обмена информацией.)

КЛИЕНТ: Это как хлеб, картофельные чипсы, макароны?

КОНСУЛЬТАНТ: Верно. Тело очень быстро превращает их в сахар. Итак, поменять свой рацион – это одна хорошая стратегия. Что еще вы знаете, что могло бы помочь? (Подчеркивание личного контроля.)

КЛИЕНТ: Может быть, достаточно спать? Почему вы не скажете мне, вы же эксперт? (Спрашивание разрешения.)

КОНСУЛЬТАНТ: Я могу, конечно, рассказать о том, что делают люди с диабетом, чтобы управлять своим сахаром, но только вам решать, будет ли это работать для вас. Хотите, я дам вам небольшой список?

КЛИЕНТ: Разумеется.

КОНСУЛЬТАНТ: Изменение своей модели питания, особенно, что касается углеводов, это один хороший шаг. Упражнения тоже важны, и мы могли бы поговорить об этом, это помогает снизить инсулинорезистентность. Хорошая идея – регулярно проверять свой сахар, чтобы видеть, что его поднимает и понижает, и вы можете делать это дома, с помощью простого устройства. Вдобавок, хороший сон, это поможет снизить уровень стресса в вашей жизни. А также лекарства, мы можем обсудить этот вид помощи. Существуют пять вариантов: еда, упражнения, мониторинг, управление стрессом и лекарства. Что из этого, как вам кажется, вы смогли бы делать? (Набор вариантов.)

КЛИЕНТ: Вариант с лекарствами – это кажется нетрудным. Есть ли побочные эффекты? (Активация (желание).

КОНСУЛЬТАНТ: Существует несколько хороших пероральных лекарств, которые помогают уменьшить инсулинорезистентность, и обычно они имеют немного побочных эффектов. Таким образом, этот вариант звучит для вас приемлемо.

КЛИЕНТ: Я полагаю, да. Этого достаточно?

КОНСУЛЬТАНТ: По правде говоря, медикаменты работают намного лучше, когда вы помогаете им некоторым изменением образа жизни. Как вы думаете, существуют ли другие области, которые я упомянул, где вы сможете внести некоторые изменения?

КЛИЕНТ: Полагаю, в то, что я ем. Я почти не упражняюсь, (Изменяющее высказывание.) я действительно никогда не любил бегать или ходить в тренажерный зал. (Сохраняющее высказывание.) Но, может быть, я мог бы сделать больше и в этом направлении. (Изменяющее высказывание.)

КОНСУЛЬТАНТ: Вы могли бы повысить уровень своей физической активности, и вы хотите внести некоторые изменения в пищевые привычки, в дополнение к тому, что вы попробуете принимать лекарства. Это могло бы существенно помочь делу! (Резюме.)

КЛИЕНТ: Что я должен делать в первую очередь? (Поиск Плана А.)

КОНСУЛЬТАНТ: Хороший вопрос, и на самом деле это на ваше усмотрение. Контроль вашей глюкозы – это долгосрочный процесс, и большинство людей вносят изменения постепенно с течением времени. Мы могли бы начать с приема лекарств. А если выбирать между изменением диеты и увеличением количества физических упражнений, с чего бы вы хотели начать?

КЛИЕНТ: Мне, возможно, в первую очередь необходимо изменить то, что я ем, например, сократить все эти газированные напитки.

КОНСУЛЬТАНТ: Тогда начнем с этого? Я могу дать вам рецепт, и мы теперь можем

поговорить о том, как вы могли бы изменить модель питания. Это подходит для начала? (Резюме Плана А.)

КЛИЕНТ: Подходит.

Это один пример Сценария 2. Здесь есть четкая цель и конечный список способов ее достижения. Консультант утвердил цель, перечислил набор вариантов (с разрешения), и помог клиенту составить карту пути по направлению к ней.

Сценарий 3: Разработка плана с нуля

Иногда нет ни четкого плана, ни определенного набора вариантов, из которых можно было бы выбирать. Если клиенту задать ключевой вопрос, такой как: «Итак, что для вас станет следующим шагом?», он может ответить: «Я не знаю», и у вас тоже может не быть более четкого представления о ситуации в начале процесса планирования. На данном этапе задача заключается в том, чтобы совместно разработать план изменения. Если у вас присутствуют амбиции, здесь может включиться выпрямительный рефлекс: «Ну тогда, позвольте мне сказать вам, что делать». Меньшинство клиентов могут желать этого и отреагировать на подобное управление (вы выясните это, задавая вопросы), но обычно мотивация дойти до конца выше, когда клиент более вовлечен в разработку плана.

Отправная точка здесь такая же, как и для Сценария 2: подтвердить цель (цели). Убедитесь, что вы понимаете выбранный клиентом пункт назначения. Если это не ясно, то существует потребность в дополнительном фокусировании (Глава 9) и, возможно в побуждении, для поддержки мотивации в достижении самой цели.

Так как не существует предопределенного набора вариантов для достижения цели (как это было с примером диабета 2 типа в Сценарии 2), следующий шаг заключается в создании возможных вариантов, шагов или планов. Вы оба, клиент и вы, являетесь источниками создания альтернатив. Вместо того чтобы перечислять готовые возможности, задание заключается в том, чтобы создать их, руководствуясь отчасти вашими формулировками (Глава 9), отчасти собственными догадками клиента о причине (причинах) проблемы (Khalsa, McCarthy, Sharpless, Barrett, & Barberr, 2011). Если вы вносите предложение (с разрешения), попробуйте предложить сразу несколько вариантов, а не один и сохраняйте совместный характер процесса.

По сравнению со Сценарием 2 процесс может сильнее напоминать традиционный мозговой штурм, где задачей является сгенерировать как можно больше идей, временно приостановив их оценивание. Временами это может быть весело: творчески поразмыслить над *совершенно любым* вариантом, который может сработать, даже если он на первый взгляд выглядит глупо. По мере того как вы генерируете идеи, составляйте их список, по крайней мере в памяти, если не в письменной форме.

Теперь, когда у вас есть список доступных вариантов, процесс снова сводится к тому, что описано ранее для Сценария 2. Какие у клиента существуют догадки или предпочтения среди рассмотренных возможностей? Каковы ваши лучшие предположения? На основании этого вы согласуете План А, подход, который будет опробован первым. В случае необходимости разбейте его на посильные шаги и обсудите возможные проблемы.

В качестве примера этого более сложного сценария мы вернемся к случаю Юлии, к которому мы в последний раз обращались в контексте рекапитуляции в Главе 19. Разработка плана изменения учитывает собственные предпочтения и догадки клиента о причине (причинах) проблемы (Khalsa et al., 2011). Ниже приведен пример направленного процесса планирования, в котором консультант и Юлия объединяют свои знания для того, чтобы прийти к начальному плану.

КОНСУЛЬТАНТ: Прежде всего, Юлия, я хотел бы узнать, какие идеи у вас есть о том, как вы могли бы улучшить свое самочувствие. Никто не знает вас лучше, чем вы сами, и я уверен, что вы пытались делать что-то в прошлом, чтобы немного поднять свое

настроение. Расскажите, что вы делали.

КЛИЕНТ: Иногда я хожу на смешные, романтические фильмы и это веселит меня, но они также напоминают мне о том, что у меня нет отношений.

КОНСУЛЬТАНТ: Хм-мм. Временами поднять ваше настроение может хороший фильм. Что еще?

КЛИЕНТ: Куда-нибудь уйти из моей квартиры. Если я просто сижу там и смотрю телевизор с задернутыми занавесками, это плохо на меня действует.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы знаете, что вам помогает выйти из квартиры. И что вы делаете, когда покидаете квартиру?

КЛИЕНТ: Я могу просто погулять или повидать своих друзей. Но, как я уже говорила, мне кажется, что они больше не хотят со мной видеться, потому, что я порчу им настроение. Как вы думаете, что я должна сделать? Есть у вас какие-нибудь предложения для меня?

КОНСУЛЬТАНТ: Да, есть. У меня есть несколько вариантов, которые вы могли бы попробовать. Я пока знаю о вас не очень много, но это вы-то знаете себя, и я полагаю, вместе мы сможем найти то, что вам поможет. (Консультант поддерживает надежду, подчеркивая сотрудничество и знания Юлии о самой себе.)

КЛИЕНТ: Что, как вам кажется, мне надо сделать?

КОНСУЛЬТАНТ: Давайте рассмотрим несколько вариантов. Вы уже знаете некоторые вещи, которые помогали вам в прошлом поднять настроение, такие как выйти из квартиры погулять, повидать друзей или пойти на хороший фильм. Мне очень интересны ваши собственные догадки о том, что вам нужно, и что вам поможет. Давайте поговорим о возможных действиях, а затем вместе обсудим, с чего начать, что стоит попробовать в первую очередь.

КЛИЕНТ: Хорошо.

КОНСУЛЬТАНТ: Мне ясно одно: вы сейчас боретесь с депрессией. Скажите мне вот что, Юлия. Что вы уже знаете о том, как лечится депрессия? (Начало последовательности обмена информацией «выявить – сообщить – выявить».)

КЛИЕНТ: Не много. Я видела рекламу таблеток.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы несколько раз упомянули об этом, и это один хороший вариант. Какие еще возможности вам известны?

КЛИЕНТ: Я не знаю, может быть, поговорить об этом? Что является причиной депрессии?

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошая новость заключается в том, что существует несколько различных подходов, которые хорошо работают. Если вы хотите, я могу кратко описать их вам, а вы можете поделиться предположениями о том, какой из них подходит вам лучше всего.

КЛИЕНТ: Хорошо.

КОНСУЛЬТАНТ: Очевидно, существует несколько различных факторов, которые могут способствовать депрессии, и различные пути, которыми люди в нее погружаются. Один из них связан с образом мышления. Некоторые люди чрезвычайно критичны к себе; они часто принижают себя или думают о вещах в негативном ключе, и это их расстраивает. Один из подходов помогает человеку исследовать и изменить свой образ мышления. Имеет ли это смысл? (Предоставление части информации и последующий вызов реакции клиента.)

КЛИЕНТ: Ох. Я так делаю.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы тянете себя вниз. Ну да. Теперь позвольте мне продолжить, потому что есть и другие возможности. Некоторые люди просто привыкают к ситуации, или к образу жизни, в которой у них очень мало положительных событий. В их жизни мало того, что им приятно или доставляет удовольствие. Они тратят много своего времени на дела, которые им не нравятся, или слышат негативную ответную реакцию от других людей. Насколько это похоже на ваш случай?

КЛИЕНТ: Я не знаю, звучит не совсем для меня подходяще. Я получаю удовольствие

от прогулки или встречи с друзьями, и когда у меня хорошие отношения с мужчиной – это действительно мне нравится. Моя работа не супер, но нормальная.

КОНСУЛЬТАНТ: Таким образом, это не подходит к вашей ситуации.

КЛИЕНТ: Верно. Я имею в виду, вы же эксперт, вы должны знать лучше.

КОНСУЛЬТАНТ: На самом деле я думаю, что вместе у нас больше знаний, чем по отдельности, и я доверяю вашему мнению на этот счет. Готовы к следующему?

КЛИЕНТ: Конечно.

КОНСУЛЬТАНТ: Иногда люди чувствуют, что они не могут достаточно хорошо выразить свои собственные потребности или чувства. Они позволяют людям вытирать об них ноги или тратят свое время в попытках удовлетворить нужды других людей, а не свои собственные. Внутренне они чувствуют разочарование или гнев, но они редко выражают его открыто.

КЛИЕНТ: О, я хорошо его выражаю. Я не думаю, что это моя проблема.

КОНСУЛЬТАНТ: Позвольте мне все же просто проверить еще одну вещь. Некоторые люди мечутся между подавлением своих чувств и фрустрацией, а затем взрываются. Это как давление, растущее до тех пор, пока не произойдет взрыв. Что насчет этого?

КЛИЕНТ: Как я уже говорила вам, у меня случались взрывы в моих отношениях, но я не думаю, что это было из-за того, что я не выражала свои потребности. У меня все хорошо с выражением того, что я хочу, и иногда именно это и погружает меня в неприятности.

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо, еще одна идея. Иногда только кажется, что депрессия пришла из ниоткуда. Жизнь течет своим чередом, а человек постепенно, безо всякой на то видимой причины, начинает испытывать проблемы со сном, приступы плача, чувствует усталость, ощущает грусть и собственную ненужность. Если вы попытаетесь придумать причину, чтобы объяснить это, вы, вероятно, найдете что-нибудь, но вообще кажется, что депрессия живет своей собственной жизнью.

КЛИЕНТ: Может быть, что-то из этого происходит со мной. Это тот случай, когда люди принимают лекарства?

КОНСУЛЬТАНТ: Да, это одна из причин, но могут быть и другие причины для приема лекарств.

КЛИЕНТ: Похоже, у меня есть более, чем достаточно причин, чтобы расстраиваться и чувствовать себя плохо. Но мне очень хочется знать, помогут ли мне лекарства.

КОНСУЛЬТАНТ: Это очень полезное замечание, спасибо. Существуют различные методы лечения, которые можно попробовать, в зависимости от того, какие факторы привели к депрессии. Ваша самая важная догадка, кажется, связана с тем, как вы внутренне принижаете себя: те вещи, которые вы говорите себе, то, что заставляет вас думать о себе хуже. Лечение, которое помогает против этого, называется когнитивная терапия.

КЛИЕНТ: Я совершенно точно так делаю.

КОНСУЛЬТАНТ: И затем вы также задавались вопросом: могут ли помочь антидепрессанты. Это два способа, которые вы упоминали как наиболее многообещающие.

КЛИЕНТ: Что мне делать, как вы думаете?

КОНСУЛЬТАНТ: Нет смысла делать выбор между методами, так как можно следовать им обоим одновременно. Исследования по этому поводу показывают, что когнитивная терапия и лекарства примерно одинаково эффективны, и мы могли бы начать с любого из них.

КЛИЕНТ: Какое облегчение. Я не хочу принимать лекарства, если это не обязательно: побочные эффекты и все такое. Если я смогу решить проблему самостоятельно, я выбираю это.

КОНСУЛЬТАНТ: Один план может быть таким: начать с когнитивной терапии и посмотреть, как она будет действовать на вас. Мы всегда сможем держать другие варианты наготове, в зависимости от того, что у вас получится.

Ключевые моменты

• Разработка плана изменений, как правило, включает в себя движение от общего намерения к конкретному плану реализации.

• Существуют три сценария планирования: (1) план изменения уже ясен; (2) существуют варианты, среди которых нужно выбрать один с помощью составления маршрута; (3) дальнейший путь неясен и план изменения должен быть разработан с нуля.

• Процесс планирования несет в себе суть и навыки МК и опирается на предыдущие процессы вовлечения, фокусировании и побуждения.

Глава 21
Усиление готовности

До тех пор, пока человек не берет на себя обязательства, остаются сомнения, возможность отступить, постоянная безрезультатность. Относительно всех начинаний существует одна элементарная истина, забвение которой губит бесчисленные идеи и великолепные планы: в тот момент, когда Вы принимаете обязательства, Провидение тоже движется. Все события происходят, чтобы помочь вам, а иначе они никогда бы не произошли. Целый поток событий проистекает от принятого решения.

Иоганн Вольфганг фон Гёте

Если обязательство не выполняется, есть только обещания и надежды, но нет планов.

Питер Друкер

Большинство изменений происходит постепенно. Это процесс, который идет в течение долгого времени. Иногда есть определенный, даже драматический, момент, в котором мгновенно кристаллизуется решение о том, чтобы измениться (Baumeister, 1994), как, например, для курильщика в библиотеке, случай которого был описан в Главе 7 (Таблица 7.3) или преобразующий опыт Билла В., одного из основателей Анонимных алкоголиков, когда он увидел белый свет (Kurtz, 1991; Miller & C'de Baca, 2001). Чаще всего готовность человека к конкретному действию колеблется и растет с течением времени. МК – это способ содействия естественному росту готовности.

Мобилизующее изменяющее высказывание имеет дело с «деланьем».

Когда разработан план изменения, завершается ли процесс планирования? Не обязательно. Существует следующий шаг от плана к действию (Ajzen, 1985, 1991). Важный вопрос заключается в том, доволен ли на самом деле человек планом и намерен ли он его выполнять. Это находится в центре внимания данной главы.

Прислушиваемся к мобилизующему языку

В Главе 12 мы ввели понятие мобилизующего изменяющего высказывания, язык которого указывает на импульс по направлению к изменению. Этот язык находится на противоположной стороне холма амбивалентности, используя метафору из Главы 12. Мобилизующее изменяющее высказывание включает в себя язык активации, которого

недостаточно для актуальной готовности, но, тем не менее, свидетельствует об увеличении открытости и готовности к изменению:

«Я хочу (готов, подготовился к)…».
«Я подумаю (поразмышляю) о том, чтобы сделать это».
«Я мог бы…».
«Я, наверное, буду…».

Ни одна из этих фраз не выражает готовности, достаточной для скрепления клятвой супружеской верности или делового договора, но они уже близки к намерению. Данные виды речи отличаются от подготовительного изменяющего высказывания о желании («Я хотел бы»), возможности («Я бы смог»), причин («Я бы чувствовал себя лучше») и необходимости («Я должен»). Мобилизующее изменяющее высказывание имеет дело с «деланьем». Обычно слово «сделать» естественным образом вписывается в предложение: «Я хочу сделать»; «Я раздумываю над тем, чтобы сделать»; «Я мог бы сделать».

Другая ранее обсуждаемая форма мобилизующего изменяющего высказывания – это принятие мер. Здесь описываются отдельные действия, совершенные человеком, которые являются шагами на пути к изменению. Даже маленькие шаги по направлению к цели – это еще один показатель последующего изменения.

Речь готовности, напротив, сигнализирует о намерении осуществлять план. Язык варьируется по силе, но в сущности звучит: «Да, я сделаю это».

• Немного слабо: «Я планирую»; «Я намереваюсь».
• Убедительно: «Я хочу»; «Я собираюсь».
• Сильнее: «Я обещаю»; «Я гарантирую»; «Я клянусь».

Существуют, конечно, и другие виды высказываний с дальней стороны холма, которые представляют собой мобилизацию по направлению к изменению, но не вписываются ни в одну из этих категорий. Ключ в том, чтобы настроить ваше ухо распознавать оба: подготовительное и мобилизующее изменяющее высказывание. Таковы сигналы, которые люди обычно используют, когда ведут друг с другом разговор об изменении.

Как только возникает план изменения, внимательно прислушивайтесь к мобилизующему языку. До какой степени человек собирается его осуществлять? Что именно человек желает или готов сделать? Какие шаги человек уже предпринял в этом направлении?

Реализация намерения

Исследования в области когнитивной психологии изучили язык, который сигнализирует о повышенной вероятности того, что действие будет совершено. Одна из таких форм речи называется «реализация намерения» (implementation intention, Gollwitzer, 1999; Gollwitzer & Schaal, 1998; Rise, Thompson, & Verplanken, 2003), которая включает два компонента: (1) конкретный план действия и (2) межличностное заявление о намерении сделать это.

Оба компонента важны. Общее намерение (например, быть человеком получше) – это менее предсказуемое поведение, чем конкретное намерение (например, сегодня говорить правду, абсолютную правду, и ничего кроме правды). Это напоминает контракт, специфика которого, как правило, включает в себя описание конкретного действия, которое необходимо предпринять, и сроки его осуществления (например, купить сегодня хлеб по дороге с работы домой). Описание конкретного действия сопровождается глаголом готовности, который показывает намерение человека выполнить его, и засвидетельствовано, по крайней мере, одним человеком. («Да, дорогая, я сегодня куплю хлеб по дороге с работы домой»). Вместе эти два элемента формируют реализацию намерения.

Если план изменения очень общий или амбициозный, то может оказаться полезным разбить его на более мелкие части.

Стиль МК для разработки конкретного плана изменения был описан в Главе 20. В соответствии с принципом конкретности, для клиента может быть проще согласиться предпринять определенный шаг в направлении изменения, чем следовать конечной цели изменения.

Определенный шаг
«Я сегодня получу рецепт и начну принимать лекарства».
«Я намереваюсь похудеть на 2 килограмма в этом месяце».
«Я планирую сегодня не пить».

Конечная цель
«Я буду держать уровень HbA1c (гликогемоглобин) ниже 7,0».
«Я сброшу 20 килограммов».
«Я никогда не буду пить снова».

Примеры конечных целей, приведенные здесь, вполне конкретны. Было бы нетрудно проверить, действительно ли они достигнуты, но они представляют собой крупные изменения, а реализация намерений выглядит проще для небольших, более достижимых целей. Если план изменения очень общий или амбициозный, то может оказаться полезным разбить его на более мелкие части. Что было бы разумным следующим шагом? Когда и как этот шаг будет предпринят?

Побуждение намерения

Планирование изменения считается законченным, когда человек может сказать «да» плану, и это «да» может включать широкий спектр языка активации и готовности. Часто проще вызвать язык активации, чем прямое обязательство. «Какие шаги вы *хотите* предпринять на этой неделе?» «Как вы думаете, какую часть плана вы *готовы* сделать?». Это оттачивает большой план до размера конкретного выполнимого шага.

В укреплении готовности могут пригодиться такие же процедуры рекапитуляции и ключевого вопроса, как те, что представлены в Главе 19. Здесь рекапитуляция может включать более широкую цель, а также конкретный шаг (шаги), которые уже обсуждались, и все мобилизующие изменяющие высказывания, который человек произнес. Сюда может также входить некоторая часть подготовительных изменяющих высказываний, как напоминание о том, «почему», а также «как» происходит изменение. После такого резюме ключевой вопрос в виде исключения может быть закрытым вопросом «да/нет», который фокусируется на готовности («Это – то, что вы собираетесь сделать?») или на активации («Это – то, что вы хотите сделать?»). Вы также можете задать этот вопрос как открытый («Насколько вы готовы сделать это?») и спросить, чем вы или кто-то другой могли бы помочь.

Еще раз мы обратимся к случаю Юлии, для того, чтобы проиллюстрировать процесс укрепления готовности, поднимая вопрос о рекапитуляции плана, разработанного в Главе 20.

КОНСУЛЬТАНТ: Так, Юлия. Давайте проверим, правильно ли я понял, что вы хотите сделать. В первый раз мы говорили о том, что вы чувствуете себя немного потерявшей контроль, боитесь взрыва, как в случае с Рэем, и нанесения увечий самой себе. Как мы говорили, многое из того, что вы испытываете, связано с депрессией, и работа с этим выглядит как первоочередная задача. Я знаю, что у вас есть и другие важные цели, такие, как понимание того, что происходило с вашими отношениями. Сначала имеет смысл

сделать что-то с вашей депрессией: для того чтобы иметь больше энергии, лучше спать, лучше себя чувствовать. Это верно?

КЛИЕНТ: Да.

КОНСУЛЬТАНТ: И когда мы обсуждали различные способы снижения симптомов депрессии, вы особенно обратили внимание на ваш образ мышления, как на действующий фактор. Я упомянул когнитивную терапию в качестве одного подхода, который подтвердил свою эффективность, и сохранил открытыми другие варианты, в зависимости от вашего самочувствия. Пока все нормально?

КЛИЕНТ: Как много времени это займет?

КОНСУЛЬТАНТ: Может быть по-разному, но обычно мы встречаемся каждую неделю на протяжении двух месяцев. Возможно, сначала нам понадобится встречаться два раза в неделю, чтобы приступить к работе.

КЛИЕНТ: И сколько времени пройдет, прежде чем мне станет лучше?

КОНСУЛЬТАНТ: Опять же, это бывает по-разному, но, конечно, вы должны почувствовать себя намного лучше по прошествии месяца или двух. Если нет, то мы попробуем другие варианты.

КЛИЕНТ: Такие, как таблетки.

КОНСУЛЬТАНТ: Как лекарства, если это покажется следующим подходящим вариантом. Я буду работать с вами до тех пор, пока мы не найдем то, что работает для вас. Таков наш план, каким я его понимаю. Вы готовы это выполнять: приходить раз или два в неделю, работать вместе около двух месяцев, а потом посмотрим, как пойдут дела?

КЛИЕНТ: Да, звучит хорошо.

КОНСУЛЬТАНТ: Тогда мы так и поступим?

КЛИЕНТ: Хорошо.

КОНСУЛЬТАНТ: Тогда начнем в четверг. В 4.00 вам удобно?

КЛИЕНТ: Да, это мне подходит.

Скрытая готовность

Все это звучит заурядно и упорядоченно: разработать четкий план и спросить о готовности, словно составить и подписать контракт. То, что мы сказали о реализации намерений, в данном случае может означать, что *если вы не услышите* от человека языка готовности, изменение не произойдет. Мы, определенно не верим, что вы *должны* слышать язык готовности, чтобы МК было эффективным. Вы услышите все, что клиент готов сказать. Если вы попробуете добиться более сильной готовности, чем та, которую клиент готов выразить, вероятно, это будет контрпродуктивно. Распространенный провал новогодних обещаний отражает хрупкую природу языка готовности без проведения подготовительной мотивирующей работы.

> Нет необходимости слышать язык готовности, чтобы МК было эффективным.

Независимо от того, выражается ли это в открытой речи, внутри человека происходит обдумывание. Вы продолжаете исследовать лес изменений, двигаясь от дерева к дереву по относительно прямой линии. Семена прорастают под поверхностью земли. Подготовительное изменяющее высказывание само по себе может предсказать изменение, исходя из того, была ли озвучена готовность (например, Baer, Beadnell, et al., 2008; Gaume, Gmel, Faouzi, & Daeppen, 2009; Moyers et al., 2007, 2009). Мы научились доверять процессу МК и естественному процессу изменения. Врач на одном из наших углубленных семинаров сказал нам:

> «Когда-то я имел привычку подолгу сидеть с пациентами, которые нуждались в изменении образа жизни, и это было невыносимо для меня. Это было,

> как будто я уставился на огромную каменную плотину. Я знал, что за ней была вода, но говорил себе: «У меня нет времени, чтобы разрушать ее камень за камнем!», и я не пытался. Затем, узнав о МК, я осознал, что мне не надо беспокоиться о перетаскивании всех этих камней. Все, что мне нужно – это убрать несколько из них и не добавлять камней на вершину, затем отступить и позволить воде сделать все остальное».[20]

Изменения вызывает не просто произнесение слов. В противном случае вы могли бы дать людям прочитать вслух сценарий, и изменение произошло бы. Подготовительные и мобилизующие изменяющие высказывания скорее представляют собой основной процесс, естественный процесс изменения. Основополагающие сдвиги отражаются и в изменяющих высказываниях, и в самом изменении. Готовность возникает, когда человек чувствует себя готовым, расположенным и способным меняться. Смиритесь с тем, какой уровень активации и готовности человек готов озвучить и выразите аффирмацию по поводу каждого шага в нужном направлении. Вода сделает все остальное.

Дальнейшие пути к усилению готовности

Процессы, которые мы обсуждали вплоть до этого момента, могут играть важную роль в усилении готовности к изменению:

- Вовлечение в поддерживающие, совместные рабочие отношения.
- Фокусирование на четкой цели (целях) изменения.
- Побуждение собственной мотивации человека по отношению к изменению.
- Разработка конкретного плана изменения.
- Определение того, какой шаг (шаги) человек готов, хочет и может предпринять.

Бывают и другие способы усиления готовности к изменению. Первый ресурс, где стоит их искать, – это, конечно, ваш клиент: «Что может помочь вам укрепить вашу готовность придерживаться плана?» Побуждайте и исследуйте собственные идеи клиента.

Распространенный метод – это озвучивание готовности в разговоре со значимыми близкими людьми: «Если я скажу моим друзьям, что я бросаю, это было бы серьезным обязательством». К этому клиент мог бы добавить конкретный вопрос о том, как другие могут помочь и оказать поддержку. Социальная поддержка даже от одного значимого человека может значительно облегчить изменения (Barber & Crisp, 1995; Longabaugh, Wirtz, Zweben, & Stout, 1998).

Самонаблюдение – это еще один инструмент самоконтроля для запоминания цели и отслеживания своего прогресса по направлению к ней. Оно может принимать различные формы: дневник, карточки с напоминаниями, системы подсчета, даже шаг на весы в ванной каждое утро. Суть заключается в осознании своего собственного актуального поведения, решений и мыслей. В случае Юлии терапевт может готовиться к когнитивной терапии, попросив ее записывать определенные виды мыслей, которые приходят в голову. Ведение записей представляет собой шаг по направлению к изменению, и самонаблюдение может само по себе способствовать изменению (Kanfer, 1970a; Safren et al., 2001). Людям, которые пытаются уменьшить потребление алкоголя, можно предложить, например, вести детальные записи о каждой порции напитка, содержащего алкоголь, причем записывать *до того* , как выпить (Miller & Mucoz, 2005). Клиенты сообщали, что когда они достают карточку, чтобы записать выпивку, это напоминает им об их цели и может удержать их от питья. Было обнаружено снижение среднего количества употребляемого алкоголя примерно на одну треть за первую неделю процедуры самонаблюдения (Miller & Taylor, 1980; Miller,

[20] Спасибо Кливу Шарпу за эту метафору.

Taylor, & West, 1980).

Если самонаблюдения усиливает готовность, то что насчет поддерживающего наблюдения со стороны окружающих? В программах снижения веса простое недельное взвешивание обеспечивает некоторую публичную ответственность, которая может принести пользу. Существуют эффективные виды фармакотерапии, способные помочь в управлении своим состоянием при аффективных расстройствах, психозах и при употреблении психоактивных веществ, но недобросовестное следование программе лечения является серьезным препятствием. Процедуры доступны как для практикующих специалистов (Borrelli, Riekert, Weinstein, & Rathier, 2007; Daley, Salloum, Suckoff, Kirisci, & Thase, 1998; Gray et al., 2006; McDonald, Garg, & Haynes, 2002; Pettinati et al., 2005), так и для значимых других (Azrin, Sisson, Meyers, & Godley, 1982; Meyers & Smith, 1995), чтобы вести наблюдение, поддерживать следование программе лечения и содействовать изменению поведения в общем (Bellg, 2003; Harland et al., 1999; Knols, Aaronson, Uebelhart, Fransen, & Aufdemkampe, 2005; Mallams, Godley, Hall, & Meyers, 1982; Meyers & Wolfe, 2004).

Исследование противодействия

Дополнительным подспорьем готовности может быть исследование любого противодействия и опасений человека, касающихся изменения и плана изменения. В некотором смысле это кажется противоречивым для подхода МК, потому что это подразумевает умышленное побуждение и исследование сохраняющих высказываний, но если у нас есть твердая основа вовлеченности и мотивация, укрепленная в процессе побуждения, это поможет обнаружить некоторые потенциальные ловушки, которые могут лежать на пути изменения. Вот некоторые примеры открытых вопросов данного вида:

> «Я хочу знать, какие опасения вы, возможно, испытываете в отношении данного изменения?»
>
> «Что может стать препятствием для вашего успеха с этим планом?»
>
> «Позвольте мне спросить, какие сомнения по поводу движения вперед вы испытываете в глубине души».

Следите за рефлексией и будьте осторожны, чтобы не скатиться обратно к выпрямительному рефлексу путем незапланированных советов или решений. Правильнее будет стимулировать решения, исходящие от вашего клиента:

> «Интересно, как вы могли бы удержать ваш план от срыва».
>
> «Надо быть творческим человеком, чтобы найти способ пройти через это. Какие у вас есть идеи?»
>
> «Зная себя так хорошо, как вы знаете, как вы смогли бы справиться с этим?»

Таким образом, вы и ваш клиент можете совместно решать проблемы, касающиеся возможных препятствий изменению. Вы также можете обсудить конкретные преграды или проблемы, которые приходят вам на ум:

> «Теперь предположим, что вы не курите уже четвертый день. Вы прошли через худший период воздержания, и сидите в кафе на открытом воздухе с другом, который достает пачку, вытаскает одну сигарету и предлагает ее вам. Неожиданно вы чувствуете колоссальную тягу к курению. Как бы вы могли пройти через это, не закурив?»
>
> «Иногда пациенты говорили мне, что они просто забыли принять свои лекарства, или не имели их при себе, когда ели вне дома. Что поможет вам быть уверенным, что вы примете лекарства за завтраком и ужином каждый день?»

Ответом клиента, вероятно, будет следующее изменяющее высказывание, и еще вы заранее готовите стратегии по борьбе со сложными аспектами изменения. Разгадка в том, что вы не предоставляете идеи самостоятельно (хотя вы могли бы, если бы вас попросили – см. Главу 11), но они исходят от человека, который знает клиента лучше всех и кому в конечном итоге придется их использовать.

Ключевые моменты

- Разработка плана – это не конечный, а начальный шаг.
- Реализация намерения содержит как конкретный план, так и намерения или готовность выполнить его.
- Клинический стиль МК может помочь в укреплении готовности следовать плану изменения.
- Публичное обязательство, социальная поддержка и самонаблюдение могут также укрепить лучшие намерения.

Глава 22
Поддержание изменения

Если вы не меняете направление, вы можете закончить там, где начали.

Лао Цзы

Изменение не произойдет, если мы будем ждать другого человека или другое время.

Мы те, кого мы ждали. Мы сами изменение, которое мы ищем.

Барак Обама

С одной точки зрения, МК завершено, когда есть план изменения, которому клиент готов следовать. С данной позиции МК – это нечто такое, что может быть сделано в начале процесса лечения для стимуляции изменения. Временами мы сами озвучиваем эту точку зрения: что МК закончено, когда пришло время для перехода к реализации изменения (например, Miller & Moyers, 2006).

Тем не менее клиницисты, которые изучали МК, часто не воспринимают свою работу так, как будто МК изолировано от остальной практики. Для этого может быть по крайней мере две причины. Первая: суть и методы, которые характеризуют МК, могут быть применены и в клинической практике в целом. И на самом деле, Карл Роджерс (Rogers, 1959, 1980) учил, что клиентоцентрированный способ бытия с людьми является не только необходимым, но и достаточным для содействия изменению. Таким образом, по крайней мере, отдельные аспекты МК могут проникать в чью-либо клиническую работу. Вторая причина: изменение – это часто нелинейный процесс. Мотивация начать и придерживаться изменения колеблется с течением времени, независимо от стадии готовности человека. С точки зрения клиента, решение – это только начало перемен.

Первая: суть и методы, которые характеризуют МК, могут быть применены и в клинической практике в целом.

Эта глава фокусируется на том, как четыре процесса МК, обсуждаемые в предыдущих частях этой книги, могут быть полезными после того, как был создан начальный план изменения, и после того, как человек решил действовать. Мы рассматривали возможность добавить пятый процесс: реализацию, но так как в конечном счете клиент является тем, кто

выполняет какие-либо изменения, нам показалось достаточным отнести межличностную роль клинициста к четвертому процессу МК (то есть к планированию).

Прежде чем продолжить, мы подчеркиваем, что некоторые люди не нуждаются или почти не нуждаются в дополнительной помощи, когда они решили произвести изменение. Это было одним из неожиданных результатов нашего раннего исследования (см. Главу 27): МК само по себе часто инициировало изменение без какого-либо дальнейшего лечения. В ретроспективе это не должно быть удивительным; неожиданность возникла из нашего завышения потребности и желания человека получить помощь в изменении, когда они решили его совершить. Тем не менее некоторые клиенты хотят иметь постоянную поддержку и помощь в рамках процесса изменения. Стиль и суть МК могут оставаться полезными, в то время как многие другие клинические навыки и инструменты используются для содействия прогрессу человека в процессе осуществления изменений.

Поддержание настойчивости

Некоторые изменения происходят быстро, но многие требуют постоянного внимания и усилий в течение долгого времени. Люди с избыточным весом стремятся к быстрой потере веса, но стабильное изменение может состоять из 400–1000 граммов в неделю на протяжении многих месяцев, с последующим перманентным изменением образа жизни для закрепления результата. Преодоление депрессии или проблем в отношениях может занять время. Эффективное лечение некоторых состояний может потребовать стойкости перед лицом трудностей, неудобств или болезненных процедур (Slagle & Gray, 2007). Прием лекарств может потребовать вытерпеть некоторые неприятные побочные эффекты в течение определенного периода времени. То, что клиент должен делать, может показаться очевидным. Менее ясным представляется то, как лучше всего поддержать требующееся постоянство (Arkowitz et al., 2008; Westra, 2012).

Затем существует проблема неудачи; у клиента хороший прогресс, но вдруг неожиданно что-то случается. Это может быть семейный кризис, неожиданный посетитель, несчастный случай или потеря. Иногда это просто повторение старых моделей поведения: проблема новогодних обещаний. Когда люди устанавливают себе черно-белые перфекционистские цели (например, «Я не буду есть сладости»), первое нарушение правила может вызвать расстройство самоконтроля (Baumeister et al., 1994; Cummings, Gordon, & Marlatt, 1980). После того как правило было нарушено, кажется, что уже нечего терять. Здесь очень подходит термин «рецидив», этот уничижительный ярлык подразумевает, что есть только два возможных состояния: совершенство или рецидив (Miller, 1996). Бывает полезным выявить данные проблемы на ранней стадии, нормализовать их и помешать им сорвать весь план человека. Такой вид поддержки может помочь в поддержании изменения (Marlatt & Donovan, 2005).

Некоторые изменения также влекут за собой и большие сдвиги в образе жизни или самоощущении. Быть некурящим отличается от восприятия себя как курильщика, который на какое-то время перестал курить. Для поддержки изменения в своих детях родителям, возможно, потребуется не только делать некоторые вещи по-другому, но и пересмотреть, что они думают о своих детях и свои ожидания. Существенное изменение образа жизни может иметь непредвиденные последствия и создать новые проблемы. Также возникают точки принятия решения о том, лучше ли продолжать реализацию изменения или принять то, что есть. Члены общества Анонимных алкоголиков ищут «спокойствие, чтобы принять то, что я не могу изменить, мужество изменить то, что я могу, и мудрость отличить одно от другого». Постоянная поддержка может быть полезной, когда вы сталкиваетесь с такими часто неожиданными аспектами реализации изменения.

Суть и стиль мотивационного консультирования

На самом общем уровне, тот же самый дух сотрудничества, который лежит в основе

МК, может поддерживать постоянство в сложном процессе изменения. Клиентоцентрированные навыки истинной эмпатии, безусловной теплоты и искренности имеют положительную, хотя и не очень значительную, связь с изменением клиента, и обладают существенной вариативностью в различных исследованиях (Bohart et al., 2002; Norcross, 2002). Вместо того чтобы впадать в директивный стиль, когда возникают трудности, консультант может продолжить побуждать мудрость и решения клиента. Аффирмация и самоутверждение могут укрепить доверие и постоянство клиентов. Несовершенство может быть переосмыслено как частичный прогресс, подтверждая движение вперед, которое было совершено.

Способ бытия вместе с людьми, описанный Роджерсом (Rogers, 1980) может поддерживать клиентов на протяжении процесса осуществления изменения.

Суть МК также поддерживает право собственности клиента на процесс изменения. Чей план будет осуществляться? Сколько времени потребуется на то, чтобы его осуществить? Учитывая опыт клиентов относительно самих себя, что они видят в качестве разумного следующего шага? В некотором смысле, все изменения – это самоизменения, для которых клиницисты иногда выступают в роли привилегированных свидетелей и посредников.

Таблица 22.1.
Личностная рефлексия: Чувство собственного «Я»

Я делал это довольно много раз. Определенное поведение кажется здесь менее важным, чем то, что представляет собой изменение. Я заметил, что у меня были спокойные времена, когда я подумывал об изменении, одно из них прошло со специалистом. Что мне помогло, так это осознание того, что я «заполняю дыру в моей душе» с помощью определенного поведения. После того как я принял, что я таков, какой я есть, мне стало легче свести это на нет. Я начал в большей степени принимать себя; это ощущалось, словно внутри меня стало меньше борьбы. Возможно, это был естественный процесс созревания? Было невероятно полезно провести немного времени с профессионалом, который дал мне возможность поразмышлять о том, какими могут быть изменения, и который наслаждался вместе со мной простым приятным чувством, когда я добивался небольшого прогресса. Это не было и не является лишь вопросом поведения, это вопрос моего самоощущения: кто я такой!

CP

Гибкий пересмотр

В Главе 3 мы подчеркивали, что четыре процесса МК – это не односторонняя линейная последовательность. В ходе осуществления изменения часто приходится вновь обращаться к ним. Здесь мы рассмотрим, как можно вернуться к каждому из четырех процессов, чтобы поддержать стабильность изменения.

Изменение плана

Пожалуй, самым распространенным обращением к прошлому во время изменения является обращение к процессу планирования. Иногда кажется, что с планом что-то не то, или, по крайней мере, он нуждается в некоторой модификации.

Хорошим вопросом часто оказывается вопрос «Что дальше?». Обычно изменения состоят из последовательных приближений, серий небольших шагов в правильном направлении. Человек часто чувствует себя сбитым с толку, когда он думает о большой цели, но он может охотно совершить один маленький шаг. Поиск правильного следующего шага – это совместный процесс, сочетающий ваш опыт и опыт клиента. Естественно, в конечном счете, все зависит от человека: стоит ли делать шаг. Это исключительное право человека и его автономия. Даже если клиент столкнется с масштабными негативными последствиями и могут произойти, клиент *не обязан* принимать меры. Это всегда выбор. Какой следующий

шаг?

Таблица 22.2
Личностная рефлексия: Изучение бихевиоральной терапии

Клиническая программа обучения в Орегонском университете придает особую важность когнитивно-бихевиоральному подходу в психологической практике, хотя мы также руководствовались клиентоцентрированным подходом Карла Роджерса. У каждого преподавателя клинического факультета была активная лабораторная группа для проведения поведенческой терапии и исследования в конкретной проблемной области. Это дало нам намного больше, чем лекции и чтение книг о методах лечения. У нас была возможность опробовать наши новые навыки в курируемых больницах общего профиля, наблюдать работу друг друга, и каждую неделю обсуждать с коллегами и наставниками наш практический опыт и проблемы.

Одно из практических занятий, в котором я участвовал, было посвящено бихевиоральной семейной терапии. Я понял основы того, как родители должны следить за поведением своих детей и подкреплять правильные действия (Miller & Danaher, 1976). Тем не менее, когда я пытался помочь семьям сделать это, я натолкнулся на множество препятствий. Домашнее задание было проблемой не только для детей, но и для родителей. Они приходили с неполными записями или вообще без них. Задания по чтению не выполнялись. И даже когда поведение ребенка улучшалось, родители все еще могли смотреть на них с пессимизмом. Хотя я делал то, что говорилось в учебниках, это для меня просто не работало.

Затем нам посчастливилось перейти в Орегонский исследовательский институт, чтобы понаблюдать за Джеральдом Паттерсоном, родоначальником бихевиоральной семейной терапии, в действии. Он использовал процедуры, которые он описал (Patterson, 1974, 1975), но он делал и многое другое, кроме этого. Он был теплым, располагающим к себе, сострадательным человеком, который неравнодушно выслушивал опасения и проблемы своих клиентов. Он говорил простым языком, который люди могли понять, и семьи его любили. Они делали то, что он предлагал, отчасти из-за того, каким человеком он был. Очень часто эти важные аспекты отношений в терапевтической практике не рассматриваются в пособиях. «Ах, так вот как вы это делаете!», – подумал я. Он дал нам возможность услышать музыку за гранью слов. Я вернулся в клинику и попробовал работать таким образом. Это получалось намного лучше.

BPM

Другой распространенный вопрос: «И что теперь?» Этот вопрос обычно сопровождается спадом, неожиданным перерывом или препятствием на пути к изменению. Необходима ли некая корректировка для предотвращения подобных неудач в будущем? Как человеку вернуться на правильный путь? Такие задачи вызывают необходимость некой коррекции плана.

Затем возникает вопрос «Что еще?». Если один подход не работает, что можно попробовать вместо него? Что еще может сработать? В данном случае старый план может быть отменен, а не подогнан под обстоятельства, а для преследования той же цели (целей) разрабатывается новый план.

Те же самые методы, которые были описаны для планирования в предыдущих главах, применяются и к изменению плана. Не поддавайтесь выпрямительному рефлексу и не надейтесь на директивный стиль. Выявление плана изменения является совместным процессом, собственные ресурсы и идеи клиента являются ключевыми факторами (Глава 20). Когда новый план создан, предложите его рефлексивное резюме и спросите клиента, одобряет ли он его (Глава 21). Исследуйте любое противодействие, которое клиент выражает в словах или невербально, и спросите о том, как клиент может отреагировать на прогнозируемые препятствия.

Напоминание

Иногда препятствие к изменению – это колебание готовности к достижению цели. Чья это цель? Даже имея разумный план, люди иногда выглядят неуверенными в отношении того, стоит ли им добиваться цели, для достижения которой этот план был разработан. Мы могли бы назвать это «перевовлечением», так как это обращение назад к процессу побуждения, или «переподготовкой», как возобновление прежней готовности. И то и другое может присутствовать как вместе, так и по отдельности, но нам вместо этого понравился повседневной термин «напоминание». Это воскрешение в памяти, в осознанном представлении, силы выбора и причин, стоящих за ним. Простой процесс проверки: «Это все еще то, что вы хотите (вам нужно, вы выбрали) делать?» может показать: следует ли вам повторно обращаться к побуждению. Человеку может потребоваться снова услышать его или ее собственные аргументы в пользу изменения (ЖСПН). Это может быть краткое рекапитуляционное резюме (повторение выводов) изменяющих высказываний, которые ранее предложил клиент. Избегайте тона: «Позвольте мне напомнить вам…», который бесцеремонно столкнет клиента с несоответствием. Такой вид напоминания, скорее всего, спровоцирует разногласие. Вы могли бы начать: «Давайте посмотрим, смогу ли я вспомнить, какие причины для осуществления этого изменения вы мне называли, и скажите мне, какие из них все еще кажутся вам важными?» Вы могли бы снова обратиться к шкале значимости, чтобы оценить, произошел ли сдвиг в самооценке и снова поднять вопрос, почему человек находится на определенном уровне, а не на нуле.

Иногда важность подрывает снижение уверенности. Несколько неудачных попыток могут подорвать веру в самоэффективность для осуществления изменения. Просто-напросто человеку неприятно обращать внимание на несоответствие, когда он не уверен, что сможет что-то с ним сделать. Сомнения по поводу самоэффективности могут привести к рационализации, что цель в действительности не являлась такой уж важной или реалистичной. Шкала уверенности может пролить свет в этом вопросе, а также здесь могут пригодиться инструменты для разрешения кризиса доверия (Глава 16).

Цель напоминания заключается в рассмотрении и обновлении намерений человека преследовать определенную цель (цели). Это все еще остается направлением, в котором человек хочет двигаться? Если это так, то надо снова двигаться к процессу планирования для обдумывания, как лучше поступить, и в случае необходимости вызвать реализацию намерения. Если нет, то, возможно, необходимо перефокусирование.

Перефокусирование

В продолжительном консультировании смещение фокуса является обычным делом. При достижении одной цели может открываться другая. Усилия, направленные на изменение, могут выявить более неотложную или фундаментальную задачу, которая требует внимания. Люди могут решить не преследовать цели, которые раньше казались важными. Измененные обстоятельства могут изменить приоритеты. Когда сама цель требует корректировки (не только укрепления готовности следовать), то задачей становится перефокусировние.

Если клиент не представляет значимый альтернативный фокус, может возникнуть необходимость прояснить приоритеты. В этом отношении могут помочь подходы к исследованию ценностей, которые обсуждались в Главе 7. Фокус представляет собой процесс выбора, и, как описано в Главе 9, вероятные цели могут происходить от самого клиента, контекста или клинициста. Что будет являться фокусом консультации? Возможно ли вместе двигаться в направлении конкретных целей? Когда фокус ясен, переходите к побуждению и планированию.

Избегает ли клиент изменения путем поиска чего-то, на чем можно сфокусироваться в качестве альтернативы? Это, несомненно, право человека – выбрать не стремиться к конкретным изменениям в настоящий момент. В данном случае наше единственное

стремление – обсудить это открыто и прямо. На самом ли деле человек решил, что этот другой фокус имеет более высокий приоритет, чем ранее обсуждаемое изменение? Это должно быть сделано, избегая обвинительной манеры («Вы просто избегаете того, что вам действительно нужно сделать, потому что это трудно»), что возвращает нас к экспертной модели: вы знаете больше, чем клиент. Решать, какие изменения (если таковые имеются) стоит преследовать, является безоговорочной прерогативой клиента. Если вы обеспокоены тем, что клиент может не отдавать себе отчет в желании избежать изменения, озвучьте ваше беспокойство (с разрешения). Задача заключается в том, чтобы сделать самостоятельный выбор человека сознательным и продуманным, не в обвиняющей или стыдящей манере, а признавая и уважая силу человеческого выбора.

Возьмите на себя инициативу, когда появляются признаки потери интереса.

Также возможно, что клиент рассматривает, продолжать ли данные терапевтические отношения. В этом случае, соответствующим процессом может быть повторное вовлечение. Также сюда относятся случаи, когда по крайней мере один фокус консультации не подлежит обсуждению, как в службе пробации или в органах опеки и попечительства.

Повторное вовлечение

Когда клиент кажется отключенным или теряющим интерес, наступает время пересмотреть методы, описанные в Части II. Регулярная обратная связь от клиентов после каждого визита может обеспечить раннее обнаружение признаков потери интереса (Lambert, Whipple, Smart, Vermeersch, Nielsen, & Hawkins, 2001; S. D. Miller, Duncan, Brown, Sorrell, & Chalk, 2006; S. D. Miller, Duncan, Sorrell, & Brown, 2005). Без вовлечения трудно добиться большого прогресса в других процессах МК.

Возьмите на себя инициативу, когда появляются признаки отключения. Здесь важны навыки ОПРР (открытый вопрос, подтверждение, рефлексия, резюме, Главы 5 и 6). Если клиент пропускает встречу, свяжитесь с ним для возобновления контакта. Простой телефонный звонок, записка от руки или другое сообщение выражают вашу неизменную готовность к помогающим отношениям. Попросите совета у вашего клиента о том, как вы могли бы быть более полезным или поддерживающим в процессе изменения. Если разумный уровень вовлеченности восстановлен, вернитесь назад к перефокусированию.

Другая процедура – это осуществление последующего наблюдения за клиентами после того, как период консультации закончился. Многие виды изменений требуют настойчивости в течение долгого времени, и часто клиенты медленно повторно вовлекаются, когда возникают проблемы. При лечении зависимости, например, срывы довольно предсказуемо возникают в промежутке от 3 до 6 месяцев после первичной консультации, и установленная практика повторного контакта в этот период может предотвратить потерю достижения (Miller et al., 2011). Аналогично продолжать поддерживающий контакт может быть жизненно важным при изменении образа жизни в связи с диабетом, снижением веса, болезнями сердца и другими долгосрочными испытаниями самоконтроля.

Интегрирование мотивационного консультирования с другими подходами

Поскольку МК – это клинический вид беседы об изменении, оно может быть интегрировано с широким спектром конкретных методов лечения. Оно было объединено, например, с когнитивно-бихевиоральной терапией (Buckner & Schmidt, 2009; Marijuana Treatment Project Research Group, 2004; Westra, 2012), трансteоретической (Erol & Erdogan, 2008; Moe et al., 2002; Velasquez, von Sternberg, Dodrill, Kan, & Parsons, 2005), и с подходами гештальт-терапии (Engle & Arkowitz, 2005). МК использовалось в целях повышения лояльности и готовности следовать схеме лечения в медицине и в психотерапии (Baker & Hambridge, 2002; Heffner et al., 2010; Hettema et al., 2005; Olsen, Smith, Oei,

& Douglas, 2012). В этом смысле МК может являться чем-то большим, нежели прелюдией к другому лечению. Как уже обсуждалось в этой главе, МК применимо на всех этапах изменения для усиления вовлеченности, сосредоточения и мотивации, и для того, чтобы корректировать планирование в ответ на возникающие вызовы. Пути интегрирования МК с другими подходами находятся еще на относительно ранней стадии развития, но представляются нам более осмысленными, чем рассмотрение МК в качестве альтернативного обособленного метода лечения, конкурирующего с другими подходами.

Случай Юлии: результат

Мы придерживались когнитивной терапии в качестве средства от депрессии для Юлии. Она очень хорошо справилась с процессом, выполняла домашние задания, вела дневники своих мыслей и чувств, разработала внутренний диалог-антидот для тех ситуаций, когда она огорчала сама себя («Подождите минутку…»), подчеркивая свои сильные стороны и самоценность, и начала чувствовать себя значительно лучше. Снижение мотивации в процессе лечения не было серьезной проблемой, но она до сих пор жаждала получить объяснение своих переживаний. Даже если она признавала, что изменение своего внутреннего разговора помогло ей поддерживать более позитивное настроение, она хотела понять почему у нее так много трудностей в отношениях, и она боялась, что тот же самый патерн повторится вновь. Тогда, во время нашей восьмой сессии, я (В.Р.М.) интуитивно спросил ее:

КОНСУЛЬТАНТ: Юлия, каким был твой отец?

ЮЛИЯ: Он часто пропадал. Он много путешествовал, но когда он бывал в родном городе, вечера он часто проводил дома. Мои сестры и я всегда были рады видеть его, и он любил иногда рассказывать нам истории. Он не был особо ласковым – физически, я имею в виду. Он почти никогда не обнимал и не целовал нас. Мы всегда знали, что в глубине души он любил нас. Он просто был не таким человеком, который это показывает.

КОНСУЛЬТАНТ: В душе он любил вас, но внешне он был довольно замкнутый.

ЮЛИЯ: Верно. Это выглядело так, будто он немного нас побаивался, боялся быть слишком близким.

КОНСУЛЬТАНТ: Таким образом, иногда вам, вероятно, было интересно, действительно ли он любил вас.

ЮЛИЯ: Нет, не совсем, но было бы лучше для него, если бы он более выраженно это демонстрировал. Он был не очень ласков даже с нашей мамой, по крайней мере насколько мы могли наблюдать.

КОНСУЛЬТАНТ: Это было как бы неудобно для него. Он соблюдал дистанцию.

Она замолчала, и я увидел, что это ее ранило. Она начала плакать, а я ждал. Спустя какое-то время она нарушила тишину: «О, боже! Я пытаюсь заставить отца любить меня и демонстрировать это». Это был классический инсайт, и он удовлетворил ее стремление понять.

Юлия напомнила мне еще раз, что у людей есть мудрость по отношению к самим себе. Я был настроен скептически в отношении того, что инсайт излечит ее, но я оставался открытым для ее собственной интуиции, и, в конце концов, это обеспечило ее чувство завершенности. Ее инсайт также помог мне с несколькими последующими клиентами, у которых была похожая картина с повторением трудностей в отношениях. В силу своей истории ее привлекал неподходящий тип мужчин. Ее романтические страсти были вызваны мужчинами, которые были неуклюжи в выражении чувств, фантазией, что она сможет каким-то образом добраться до настоящего, теплого человека – плюшевого медведя, который, как она предполагала, находился внутри них. Но потом отношения развивались, и когда она не получала той горячей привязанности, к которой она стремилась, она начинала

настоятельно этого требовать. Естественная реакция ее партнера на этот патерн «требование – избегание»: он еще больше избегает и замыкается в себе, что в дальнейшем порождает фрустрацию ее желания, пока, наконец, все не заканчивается катаклизмом ярости. Мы продолжали встречаться в течение нескольких недель, и она начала экспериментировать, встречаясь с мужчинами, к которым она не чувствовала «химического» притяжения, но которые были теплыми и любящими внешне. Она нашла эти отношения менее интенсивными, но значительно более удовлетворительными.

Ключевые моменты

- Базовый стиль МК может быть полезным в ходе осуществления изменения, например для поддержания настойчивости.
- Интегрированное МК включает гибкий пересмотр процессов планирования, побуждения, фокусирования, и вовлечения в случае необходимости.
- МК хорошо сочетается с множеством других подходов и может способствовать повышению лояльности и готовности следовать схеме лечения.

Часть VI
Мотивационное консультирование в повседневной практике

Мотивационное консультирование – это просто, но не легко. Процессы изменения, которые в него входят, естественны, и в интуитивном смысле мы все знаем об их существовании и можем распознать их. Возможно, в этом причина широкой популярности МК. Тем не менее практика МК включает в себя интеграцию некоторых достаточно сложных навыков. Одно лишь рефлексивное слушание является сложным для освоения. Если наблюдать за тем, кто хорошо это делает, все выглядит легко, так же естественно, как дыхание, но лишь до той поры, пока вы не попытаетесь сделать это сами. Эти навыки могут оттачиваться на протяжении всей карьеры.

МК также является лишь одним навыком из широкого спектра умений, используемых любым клиницистом в повседневной практике. Еще одной проблемой является интеграция МК с другими методами так, чтобы можно было гибко использовать и комбинировать их в ответ на потребности клиентов. Далее существует проблема реализации МК в рамках программ или систем: эффективные методы лечения нуждаются в эффективных стратегиях реализации для того, чтобы их можно было использовать и поддерживать в существующих системах.

Таковы некоторые из вопросов, рассматриваемых в Части VI, которые мы раскрываем, как чешуйки лука. Мы начинаем в Главе 23 с внутреннего опыта клинициста, практикующего МК. Затем мы решаем задачи развития профессиональных навыков относительно данного клинического метода (Глава 24) и применения его на практике (Глава 25). Далее мы переходим к тому, как МК может быть реализовано в системах, и как организационные структуры, в свою очередь, могут способствовать или препятствовать последовательной практике МК (Глава 26).

Глава 23
Мотивационное консультирование в повседневной практике

В теории нет никакой разницы между теорией и практикой. А на практике есть.

Дин Фиксен

Картина стоит тысячи слов.
Наполеон Бонапарт

Обсудив каждый из четырех процессов, составляющих МК, мы обратимся теперь к некоторым моментам, которые возникают у клиницистов, когда они используют МК. Мы представим это в виде четырех вопросов, которые могут вас озадачить по мере того, как вы приобретете практический опыт работы с этим стилем:

1. «Как я узнаю, когда я использую МК?»
2. «Как четыре процесса сочетаются друг с другом на практике?»
3. «Насколько кратким может быть МК?»
4. «Что происходит с моим внутренним опытом?»

Осознание: «Как я узнаю, когда я использую МК?»

МК может быть определено, описано и даже измерено количественно (см. Главу 28), но как это выглядит и ощущается на практике? Если определить МК как стиль, его параллели с танцами поражают воображение. Как вы узнаете, например, когда кто-то танцует танго? Если танцуют хорошо, стиль определяется практически безошибочно. Прямые спины, совместное движение лиц, движение двух пар ног так, как будто они принадлежат единому телу. Если танцуют другой танец, например фламенко, то легко увидеть, что это не танго. Конечно же, можно смешивать разные стили, но очень немногие учители танцев посоветуют так делать прежде, чем вы достигнете мастерства в обоих случаях.

Найдите отличия

Какие отличия вы можете увидеть между двумя интервью, приведенными ниже? Обе беседы начинаются в одной точке, но в технике и стиле есть много различий. Вот ситуация: врача беспокоит, что пациент, которому слегка за 80, чувствует себя подавленным после перенесенного две недели назад инсульта легкой степени тяжести, локализованного в правом полушарии. В больнице старшая медсестра предлагает пациенту поговорить о будущем, прежде, чем его выпишут, держа в уме возможность о направлении его в отделение психиатрии (psychiatric liaison service). Спросите себя: является ли МК то, что делает медсестра? Почему вы так решили?

Медсестра А

КЛИЕНТ: Я волнуюсь о том, как я сейчас вернусь домой. Я не знаю, с чего начать.

КОНСУЛЬТАНТ: О, это понятно для человека в вашем состоянии. Я уверена, что вам скоро станет лучше, вот увидите. Прошло всего две недели, а за будущий год у вас восстановятся еще многие функции. Вы здесь занимались с физиотерапевтом?

КЛИЕНТ: Да, но понимаете, я живу один, а сейчас я даже ходить нормально не могу. Я не знаю, как я справлюсь со всем этим.

КОНСУЛЬТАНТ: Ну, у вас запланировано несколько визитов физиотерапевта на дом, и еще мы назначили вам встречу с социальным работником, с которым вы можете обсудить, как организовать вашу жизнь дома. Здесь, в больнице, нам кажется, что ваше восстановление идет очень хорошо, и что за следующие несколько месяцев к вам вернутся многие функции. Это весьма вероятно, так что постепенно все будет даваться вам проще, не так, как вы сейчас представляете.

КЛИЕНТ: Я скучаю по своим друзьям.

КОНСУЛЬТАНТ: У нас есть группы встреч для амбулаторных пациентов, где можно встретить новых друзей и обсудить, как вы справляетесь с последствиями инсульта. Я знаю пациентов, перенесших инсульт, которые ходили на эти встречи, и нашли их очень полезными для себя. Это будет для вас интересно?

КЛИЕНТ: Не знаю. Я привык играть в гольф несколько раз в неделю, а после игры пропускать стаканчик в клубе, но теперь-то я даже ходить нормально не могу.

КОНСУЛЬТАНТ: Не беспокойтесь, постепенно вы будете чувствовать себя лучше. Выпивка, вероятно, вам вредила в любом случае. Социальный работник будет вам помогать, и если нужно, мы также направим специалиста по трудотерапии, чтобы он приходил в ваш дом и помогал вам справляться со всеми изменениями. Важно, чтобы вы сами старались каждый день сделать чуть больше, чем в предыдущий, передвигаться и делать обычные дела: мыться, гулять, и все в этом же духе. Это тоже поможет вам чувствовать себя лучше.

КЛИЕНТ: Спасибо, но проблема как раз в этом, потому что я не могу представить себя делающим все это. Это чересчур для меня.

КОНСУЛЬТАНТ: Не надо думать обо всем сразу, постепенно, шаг за шагом, все уладится. Если хотите, мы можем попросить больничного психолога зайти поговорить к вам, так как я вижу, что вы впали в уныние из-за всего этого.

КЛИЕНТ: Думаете? Как может психолог помочь в моей ситуации? Я не понимаю.

КОНСУЛЬТАНТ: Психолог может помочь вам лучше адаптироваться к изменениям и справиться с ситуацией наилучшим образом. У них много опыта в помощи таким людям, как вы. Я уверена, с вами все будет хорошо.

КЛИЕНТ: Я не знаю.

КОНСУЛЬТАНТ: Подождите, пока пройдет некоторое время в работе с физиотерапевтом, социальным работником, и психологом. Вы только начали, а для того, чтобы оправиться от инсульта, такого как у вас, потребуется время. Вам просто нужно быть терпеливым.

КЛИЕНТ: Я просто не понимаю, как мне вернуть себе свою жизнь.

Медсестра В

КЛИЕНТ: Я волнуюсь о том, как я сейчас вернусь домой. Я не знаю, с чего начать.

КОНСУЛЬТАНТ: Это кажется вам просто ошеломляющим.

КЛИЕНТ: Именно. Как вы знаете, я живу один.

КОНСУЛЬТАНТ: И вы задаетесь вопросом, какой будет жизнь сейчас, когда вы перенесли инсульт.

КЛИЕНТ: Да, я люблю играть в гольф и выпивать с друзьями, а сейчас я не представляю, как мне вернуть эту жизнь, когда я не могу даже ходить нормально.

КОНСУЛЬТАНТ: Как будто вы идете в гору.

КЛИЕНТ: Да, точно! Больше похоже на гору! Доктор сказал мне, что мне может стать лучше, но нам придется подождать и понаблюдать.

КОНСУЛЬТАНТ: Еще есть много времени и возможностей для улучшения.

КЛИЕНТ: Это то, что говорит доктор. Прошло только две недели.

КОНСУЛЬТАНТ: И вы уже добились хорошего прогресса. Как вы думаете, что могло бы сейчас вам помочь лучше всего?

КЛИЕНТ: Я не знаю, но спасибо. Мне нужно выяснить, как получить обратно свою жизнь и продолжать жить, пусть даже и для моих внуков. Они были здесь утром и это было здорово.

КОНСУЛЬТАНТ: Вам очень нравится проводить с ними время.

КЛИЕНТ: Я был в слезах после того, как они ушли, и я решил, что я должен поправиться, но затем реальность оглушила меня: я не могу даже дойти до туалета самостоятельно!

КОНСУЛЬТАНТ: Ваша независимость – это очень ценная вещь.

КЛИЕНТ: Ну, я хочу проводить время с моими партнерами по гольфу. Я собрал эту четверку 40 лет назад.

КОНСУЛЬТАНТ: Вот это да! С этими друзьями вы были вместе в течение долгого времени.

КЛИЕНТ: Да, и они приходили проведать меня вчера. Вы знаете, было так приятно увидеть их.

КОНСУЛЬТАНТ: Готова поспорить, они хотят, чтобы вы вернулись к ним, так или иначе.

КЛИЕНТ: Я не представляю как это возможно, и именно это так сильно огорчает меня.

КОНСУЛЬТАНТ: Интересно, как вы могли бы держать с ними связь, пока вы восстанавливаетесь.

КЛИЕНТ: Они могли бы приходить меня проведать, я знаю, и может быть, мы сможем делать вместе что-нибудь еще.

КОНСУЛЬТАНТ: Например, что?

КЛИЕНТ: Возможно, я буду в состоянии немного выпить и поиграть в карты с ними, даже если я не смогу играть в гольф.

КОНСУЛЬТАНТ: Такое ощущение, что перед вами находится горный подъем. Он выглядит таким трудным, что вы не можете полностью себе его представить, и это все весьма ново. Еще у вас есть хорошие друзья, которые пойдут по этому пути вместе с вами. Верно?

КЛИЕНТ: Да, это то, что я чувствую.

КОНСУЛЬТАНТ: Я вам скажу вот что. Как насчет того, чтобы я снова зашла завтра утром? Я буду на дежурстве, принесу нам чай, и мы сможем снова поговорить, понаблюдать, что вы чувствуете, вместе немного поразмышляем о подъеме на эту гору. Это вам подойдет?

КЛИЕНТ: Да, спасибо, это было бы здорово. Мне помогает говорить об этом.

Было ли это мотивационным консультированием?

Очевидно, что и Медсестра А, и Медсестра В были обеспокоены и пытались быть полезными, и обе беседы продолжались примерно одинаковое количество времени. Вполне возможно, что обе медсестры думали, что то, что они делали, является МК. Но так ли это было? Как вы различаете? Вот некоторые вопросы для рассмотрения, связанные с четырьмя процессами МК.

1. Как выглядело вовлечение? В какой мере медсестры кажутся заинтересованными в понимании точки зрения пациента? Каким было качество рефлексивного слушания? Насколько вовлеченным, как вы думаете, пациент чувствовал себя в ходе беседы? Был ли заложен фундамент для дальнейшей беседы? С точки зрения техники, Медсестра А задала два закрытых вопроса и не предоставляла рефлексии. Медсестра В предоставила девять рефлексий и задала три открытых вопроса до закрытия: соотношение рефлексии к вопросам составило 3 к 1. Качественное слушание заняло не больше времени, и можно утверждать, что это сэкономило время, позволяя Медсестре В подобраться ближе к сути проблемы. Иногда *не-слушание* может продлить процесс.

2. Был ли четкий фокус? Обе беседы были сосредоточены на вопросах, связанных с восстановлением после инсульта. Медсестра В фокусирует внимание на отношениях пациента с его друзьями по гольфу: несколько более конкретная тема, которая представляет очевидную важность для него.

3. Извлекал ли консультант изменяющие высказывания? С медсестрой А пациент вел только лишь сохраняющий разговор. Через рефлексивное слушание и открытые вопросы Медсестра В уже извлекла изменяющие высказывания (вы это заметили?), и при этом пациент кажется более активным и вовлеченным в беседу. В частности, Медсестра В задала три открытых вопроса, ожидаемым ответом на которые будут изменяющие высказывания:

«Как вы думаете, что могло бы сейчас вам помочь лучше всего?»

«Интересно, как вы могли бы держать с ними связь, пока вы восстанавливаетесь».

«Например что?» (Просьба о проработке или о примере.)

4. Имело ли место совместное планирование? Возможно, самой большой разницей между этими двумя беседами были степень и стиль планирования. Медсестра А влезает в разговор с советами и решениями (никогда не спрашивая разрешения, кстати). Выпрямительный рефлекс – очевидный, и пациент кажется не впечатленным предложенными идеями. Ни о каких советах не просили, и ни один не дала Медсестра В. Вместо этого все три открытых вопроса, перечисленных выше, были такими, что позволили выявить собственные идеи пациента о том, что нужно делать.

Имея в виду эти четыре аспекта, последняя беседа, очевидно, попадает в категорию МК, в то время как первая сюда не относится. Очевидное беспокойство Медсестры А выражается в директивном стиле и в одностороннем решении проблемы. Благонамеренные увещевания усеивающие беседу Медсестры А, четко подпадают под описание Томаса Гордона о барьерах в слушании, в понимании затруднительного положения клиента (Глава 5). Беседа Медсестры В гораздо ближе к ориентирующему стилю. Как и в танце, тут присутствовало непоколебимое умение ориентироваться вместе с ненавязчивым и гибким подходом к движению. Даже в этом коротком обмене репликами очевидны элементы, лежащие в основе сути МК (Глава 2).

> Беседа об изменении является МК, когда вы слушаете с целью понять точку зрения человека, имеете четкий фокус в виде одной или более целей изменения, и активно побуждаете личные мотивы человека к изменению.

Как два участника в каждой из этих бесед скорее всего будут себя чувствовать? Можно чувствовать себя комфортно, если брать на себя инициативу, как делает Медсестра А, уверенная в своей компетенции, но тогда можно достаточно скоро почувствовать разочарование: будто тянешь кого-то через танцпол, в поездку и тому подобное. Можно представить, что Медсестра В чувствует себя довольно спокойно, заинтересованно, счастлива давать советы, когда это нужно, при этом она верит в здравый смысл клиента. А что насчет пациента? Защитная реакция проявляется в большом количестве «но» в первой беседе. Разногласие также скрыто под поверхностью: «Разве вы не чувствовали бы себя подавленной? Вы не понимаете». Медсестра В дает ему возможность сказать, как он себя чувствует, и он, вероятно, с нетерпением ждет продолжения разговора. Вместо того чтобы предлагать ему неясные увещевания и непрошеные решения, Медсестра В находит конкретные точки соприкосновения.

От кого исходит разговор об изменении? В первой беседе об изменении говорит медсестра, в то время как клиент излагает мнение против него (сохраняющее высказывание). Во второй беседе клиент высказывает желания, причины, нужды и в какой-то степени способность к изменениям. В сущности, эти две беседы иллюстрируют два очень разных стиля работы с амбивалентностью.

Таким образом, МК – это беседа об изменении в которой вы (1) используете активное слушание для того, чтобы понять личную точку зрения человека и вовлечь его в отношения сотрудничества; (2) имеете четкий фокус в виде одной или более целей изменения и (3) активно побуждаете личные мотивы человека к изменению. За этим может последовать планирование, а может, и нет, но оно имеет тенденцию естественно проистекать от побуждения.

Навигация: «Как четыре процесса сочетаются друг с другом?»

«Где я и куда мы идем в этой беседе?» Для МК типично испытывать временную потерю ясности о том, что происходит и куда идти дальше. Рефлексивное слушание – это превосходная поддерживающая стратегия в те моменты, когда вы пытаетесь добиться ясности, а четыре процесса могут быть картой, помогающей найти ваш путь. Какого

прогресса вы вместе достигли в вовлечении, фокусировании, побуждении и планировании? Какой процесс кажется актуальной задачей?

Четыре процесса последовательны и наслаиваются друг на друга, что делает возможным плавно курсировать между ними в зависимости от ситуациии. Они переплетены таким образом, что то, что происходит в одном процессе, может влиять на другие. Разногласие в процессе планирования может способствовать потере вовлеченности. Возрастающая уверенность в собственных силах может стимулировать изменяющие высказывания и готовность к рассмотрению вопроса о планировании. Высокое качество слушания в процессе побуждения может углубить вовлечение.

Несмотря на эти перекрытия и взаимодействия между процессами, может оказаться полезным сделать шаг назад и спросить самого себя, какой процесс нуждается во внимании на данном этапе. Одно из самых прозрачных окон внутрь МК – это рассмотрение таких моментов, когда у вас есть выбор направить разговор так или иначе. Клиент что-то сказал, и то, что вы говорите в ответ, может и вероятно будет влиять на ход интервью. Здесь представлен пример случая, для иллюстрации того, как консультант может по-разному использовать навыки OAPP (открытый вопрос, аффирмация, рефлексия, резюме), в зависимости от того, какой процесс находится в центре внимания.

Таблица 23.1.
МК ли то, что я делаю?

Здесь представлены некоторые вопросы, которые можно задать самому себе, размышляя о своем внутреннем опыте, а также о своем стиле ведения беседы.

1. Вовлечение. Насколько хорошо я понимаю, как этот человек воспринимает ситуацию или дилемму? Могу ли я озвучить, то что этот человек испытывает? Какое количество моих реакций является высказываниями рефлексивного слушания? Насколько вовлеченным в нашу беседу кажется человек?

2. Фокусирование. Есть ли у меня четкое ощущение фокуса? Знаю ли я направление, в котором, как я надеюсь, происходит изменение? Какая цель (цели) у нас имеются для изменения, и в какой степени мы согласны друг с другом по их поводу?

3. Побуждение. Что я знаю о личных мотивах изменения у этого человека? Слышу ли я изменяющее высказывание? Какие заботы, цели или ценности человека будут стимулировать это изменение?

4. Планирование. Слышу ли я мобилизующее изменяющее высказывание, которое может сигнализировать о готовности обсуждать, когда и как изменение сможет произойти, возможно, первый шаг? Будет ли преждевременным на данном этапе обсуждать план? В какой степени я побуждаю мобилизующие изменяющие высказывания, исходящие от самого человека, а не предоставляю решения самостоятельно? Если я даю информацию и совет, это происходит с разрешения?

Молодой человек с тихими, пассивными манерами до такой степени несчастен на своей работе, что хочет позвонить и сказаться больным, чтобы избежать переживаний. Над ним не издеваются и не притесняют, но ему кажется, что его используют и всегда дают худшую работу. Он попал на консультацию по направлению своего врача, который был обеспокоен очевидной депрессией, проявляющейся в низком уровне энергии, проблемах со сном и самоуничижении.

Если вы уделяли особое внимание вовлечению, вы могли бы исследовать опыт человека и продемонстрировать способность понять его дилемму.

• Открытый вопрос: «Как вы себя чувствуете, когда находитесь на работе?».

• Аффирмация: «Вы по-настоящему стараетесь работать хорошо, и даже пришли сюда, чтобы поговорить об этом».

• Рефлексия: «Вам кажется, что вас используют или даже хотят уволить с работы, и это очень неприятно».

• Резюме: «Вы несчастны из-за того, что происходит на работе, и это влияет на другие сферы вашей жизни. Вы плохо спите эти дни, и вы были у врача по поводу ваших нервов. В данный момент вы даже боитесь идти на работу, потому что вам кажется, что вас там не уважают».

Если вы уделяли особое внимание фокусированию, вы стали бы совместно добиваться ясности в выборе направления вашей беседы.

• Открытый вопрос: «Как вы думаете, какие изменения могут сыграть для вас наибольшую роль?»

• Аффирмация: «Вы очень стараетесь хорошо выполнять свои обязанности на работе и хотите разобраться, как вам этого добиться».

• Рефлексия: «Вы хотели бы поговорить о том, как вам стать более уверенным в себе на работе».

• Резюме: «Вы решили обратиться за помощью, потому что вы посмотрели в будущее и поняли, что вы не сможете продолжать в таком духе. Мы говорили о том, что происходит на работе, что вы чувствуете в связи с этим, и как это влияет на вашу жизнь дома. Мне интересно, стоит ли нам поговорить о том, как вы могли бы стать более уверенным в себе на работе и какой эффект это могло бы возыметь».

Если вы достигли четкого фокуса (как в этом примере: стать более уверенным в себе на работе), ваш акцент мог бы сместиться на побуждение, построение мотивации и готовность к этому изменению.

• Открытый вопрос: «Как вы считаете, какие есть преимущества в том, чтобы более уверенно вести себя на работе?»

• Аффирмация: «Вы знаете, что вы можете постоять за себя, потому что вы уже делали это ранее».

• Рефлексия: «Вы уже думали о поиске новой работы, но вы полагаете, что там могут возникнуть те же самые проблемы. Поэтому лучше сфокусироваться на решении проблемы там, где вы сейчас находитесь».

• Резюме: «Вам было так плохо на работе, что вы задумывались над тем, чтобы просто бросить ее, что могло бы принести немедленное облегчение. Вы также знаете, что найти другую работу было бы сложно и там у вас могли бы появиться те же самые проблемы. Где бы вы ни работали, вы хотите быть более уверенным в себе и вы готовы попробовать это на нынешней работе».

Когда готовность для продвижения вперед кажется достаточной, ваш акцент может сместиться на планирование, разработку конкретных идей о том, как двигаться вперед.

• Открытый вопрос: «Как вы могли бы подойти к встрече с начальником?»

• Аффирмация: «Вы собираетесь использовать свою настойчивость для того, чтобы найти некоторые новые способы общения на работе».

• Рефлексия: «Таким образом, одна вещь, которую вы могли бы сделать, – это попросить более ответственные задания, и вы готовы попробовать это».

• Резюме: «Вы хотите попросить о встрече с вашим начальником, где вы не будете только жаловаться, а поговорите о том, что вы могли бы изменить в своей работе, чтобы

чувствовать себя лучше. Вы планируете начать с того, чтобы написать ему письмо с просьбой о встрече, и на следующей неделе мы вместе посмотрим на него, до того как вы его отправите. Это то, что вы собираетесь делать?

Решение, какой процесс нуждается в акцентировании на настоящий момент, может помочь вам узнать, как действовать дальше.

Естественно, четыре процесса МК – это не только вещи, происходящие при клинических консультациях. Практикующие специалисты привносят богатство клинического опыта и знаний, а также в ходе консультаций они регулярно сталкиваются с точкой выбора, например, выбирая между рефлексированием или предложением совета и ободрением. Один вариант не обязательно лучше другого, они просто двигаются в разных направлениях. Будучи в курсе этих точек выбора и испытывая действие результатов выбора одного пути, по сравнению с другим, консультант может постепенно оттачивать практические навыки.

> Директивный стиль может усугубляться требованием работать быстро и результативно.

Дефицит времени: «Насколько кратким может быть МК?»

Распространенным внутренним опытом является чувство нехватки времени, необходимости «быстрее покончить с этим». Это особенно распространено в таком контексте, как система здравоохранения, где, как правило, посещения короткие и нужно многое сделать, но даже при длительной консультации можно почувствовать срочную необходимость сдвинуться с мертвой точки. Когда у вас не хватает времени, или кажется, что все продвигается слишком медленно, существует определенный соблазн прибегнуть к директивному стилю в попытке «взять дело под свой контроль». Это может быть усугублено давлением системы: работать быстро и результативно.

Как возможно практиковать МК в относительно короткие промежутки времени? Беседа об изменении может и часто происходит в виде очень коротких эпизодов. Один из самых коротких эпизодов, с которым мы когда-либо сталкивались, произошел в стоматологической клинике, где дантист спросил пациента, рот которого был широко открыт инструментами, курил ли он. «Эээргх» – последовал ответ, на который дантист ответил: «Знаете, вам действительно надо бросить». Пациент сказал: «Ургллл», и сверление продолжилось. То еще МК!

Наш интерес использованию МК в краткие промежутки времени начался с эксперимента в условиях стационара (Heather, Rollnick, Bell, & Richmond, 1996), и с тех пор этот вопрос краткости многократно возникает при овладении МК клиницистами. Можно ли провести МК в течение нескольких минут? Если «проведено» означает «предоставлено», ответ, конечно, «Да». Беседа Медсестры В, продемонстрированная выше, является хорошим тому примером. Если «проведено» означает «доведено до конца, привело к изменению», тогда ответ будет «часто». Клинические эксперименты ясно показывают, что относительно краткие вмешательства в стиле МК могут вызвать значительное изменение (например, Bernstein et al., 2005; Nock & Kazdin, 2005; Rubak et al., 2005; Senft, Polen, Freeborn, & Hollis, 1997; Soria, Legido, Escolano, Lopez Yeste, & Montoya, 2006). Существуют также опубликованные исследования, в которых краткие вмешательства, основанные на МК, не дали никакого эффекта (например, Juarez et al., 2006; Marsden et al., 2006), и что более длительное воздействие МК может быть более эффективным (Longabaugh et al., 2001; Polcin, Galloway, Palmer, & Mains, 2004; Rubak et al., 2005). Однако у нас нет доказательств тому, что вмешательства директивного характера более эффективны, чем МК, когда времени мало. Если изменение поведения пациента является необходимым, а времени не хватает, МК, вероятно, будет более эффективным, чем указывать людям, что делать и почему (Rubak et al.,

2005).

Понимание ключевых компонентов МК, которые облегчают изменение, может быть особенно важно при краткосрочных вмешательствах (Heather, 2005). Когда мало времени, что наиболее важно делать (и не делать), чтобы стимулировать изменение? Мы рассматриваем этот вопрос в Главе 28.

Слушание при дефиците времени

Стиль МК построен вокруг умелого использования активного слушания. То, что может показаться кратким психотерапевту (скажем, примерно четыре сеанса по пятьдесят минут), может быть невероятно долгим для практикующего врача, у которого обычно имеется меньше чем пятнадцать минут. Мы знаем, что вполне возможно практиковать МК в рамках пятнадцатиминутных или еще более коротких бесед. Проблема, естественно, заключается в том, что МК, как правило, не единственное, что должно быть сделано в течение короткого визита. Тем не менее, если у вас есть несколько минут для беседы о позитивном изменении, это можно сделать в стиле МК и без спешки. Умелое рефлексивное слушание может дать обеим сторонам чувство с пользой проведенного времени вместе.

МК – это не только лечебный протокол, который требует определенного количества времени. Это определенная манера разговаривать с людьми, задавать вопросы и отвечать на то, что они говорят. Даже для единичного высказывания возможно быть более или менее в манере МК. Естественно, более длинная беседа обычно предоставляет больше возможностей для того, чтобы добиться прогресса, но когда клиницисты располагают лишь относительно коротким промежутком времени, МК все равно может сделать свой вклад в беседу об изменении. Такое простое переключение, как замена с «Почему бы вам не попробовать…?» на «Что, как вы думаете, будет для вас работать?», могло бы изменить исход взаимодействия. Хотя мы предостерегаем от чрезмерного упрощения и тем самым от искажения МК с целью уместить его в небольшое пространство. Это может принять форму избавления от сути, которая находится в сердце стиля, и редукции метода до шаблонов, в результате использования которых создается чувство, что что-то используется применительно к людям или на людях. «Просто задайте им все эти вопросы». «Пусть они составят список своих плюсов и минусов», «Просто используйте шкалу». Одно дело найти способ заставить человека задуматься об изменении в течение нескольких минут, проявление значительного мастерства, и совершенно другое – подразумевать, что решение – это технологический вопрос, который решается проведением той или иной процедуры или приема: это напоминает танцевальные шаги без всякой музыки. Когда методы становятся инструментами для использования их на людях, вы теряете суть МК.

> Когда методы становятся инструментами для использования их на людях, вы теряете суть МК.

Найдите отличия

Эта консультация происходит в оживленной женской консультации. Беременная женщина с ВИЧ-СПИДом сталкивается с необходимостью поддерживать здоровую диету, придерживаться графика приема антиретровирусных препаратов, и заниматься только защищенным сексом. Ее родной язык не английский[21]. В данном примере мы используем очень короткий отрывок, чтобы проиллюстрировать директивный стиль, а затем приводим пример ориентирующего стиля.

Консультант А

КОНСУЛЬТАНТ: Доброе утро. Мы сегодня беседуем, так как мы не хотим, чтобы у

[21] Спасибо Бобу Машу и коллегам за данный пример.

вас родился ВИЧ-положительный ребенок.

КЛИЕНТ: Ох. Это сложно, ведь что я могу, если мой муж хочет заниматься со мной сексом?

КОНСУЛЬТАНТ: Вам следует пользоваться презервативом.

КЛИЕНТ: Но он не хочет использовать презерватив.

КОНСУЛЬТАНТ: Проблема в том, что вы можете повторно заразиться. Ради вашего ребенка вы должны обсудить это с вашим мужем, если вы хотите этого ребенка.

КЛИЕНТ: Да, я хочу ребенка.

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо, если вы хотите здорового ребенка, вам нужно это обсудить и решить вопрос с мужем по поводу использования презервативов, чтобы быть ответственными родителями.

КЛИЕНТ: Но он злится и иногда бьет меня.

КОНСУЛЬТАНТ: Вы должны защитить вашего ребенка. Вы принимаете свои лекарства?

КЛИЕНТ: Да, когда могу. Временами я пропускаю прием.

КОНСУЛЬТАНТ: Вам действительно необходимо принимать все ваши лекарства вовремя. Это очень важно. Если вы пропускаете прием, медикаменты не работают как следует.

КЛИЕНТ: Большую часть времени я их принимаю.

КОНСУЛЬТАНТ: Я боюсь, «большая часть времени» – это недостаточно. Вам нужно принимать их, как мы обсуждали.

КЛИЕНТ: Я попробую.

КОНСУЛЬТАНТ: А что насчет вашей диеты? Вы хорошо питаетесь для себя и вашего ребенка?

КЛИЕНТ: Да.

КОНСУЛЬТАНТ: Так как вы сейчас едите за двоих, также следите за питьем пива. Это вредно для ребенка. У вас есть какие-нибудь вопросы?

КЛИЕНТ: Нет.

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо, мы снова увидимся через 3 недели.

КЛИЕНТ: ОК.

Консультант В

КОНСУЛЬТАНТ: Доброе утро. Я рад, что вы снова пришли ко мне сегодня.

КЛИЕНТ: Я должна это делать ради моего ребенка.

КОНСУЛЬТАНТ: Ребенок очень важен для вас, и вы хотите, чтобы он был здоров.

КЛИЕНТ: Да, я сказала мужу, и он поддерживает меня, но есть некоторые проблемы: он не помогает мне. Он не хочет пользоваться презервативами.

КОНСУЛЬТАНТ: Презервативы – это проблема. Мы можем поговорить об этом, о ваших лекарствах, вашей диете или о чем угодно, что для вас важно.

КЛИЕНТ: Я хочу поговорить о лекарствах.

КОНСУЛЬТАНТ: Да хорошо, мы сможем вернуться к другим вещам позже. Лекарства важны для вас.

КЛИЕНТ: Я знаю, что они очень важны. Если я пропускаю прием, это плохо?

КОНСУЛЬТАНТ: Расскажите мне, в чем здесь проблема.

КЛИЕНТ: Я не хочу, чтобы моя мать знала об этом. Я прячу от нее лекарства, но она все время может видеть, что я делаю.

КОНСУЛЬТАНТ: Таким образом, для вас является проблемой принимать лекарства вовремя.

КЛИЕНТ: Да, я хочу делать это для себя и ребенка, и временами она странно на меня смотрит.

КОНСУЛЬТАНТ: Как бы вы могли принять их без ее надзора?

КЛИЕНТ: Когда я иду в туалет.

КОНСУЛЬТАНТ: Это хорошо. Когда еще вы смогли бы их принять?

КЛИЕНТ: После того как она идет спать.

КОНСУЛЬТАНТ: Звучит как то, что смогло бы подействовать. С помощью этих двух вариантов, я думаю, вы могли бы принимать их, когда нужно, и, может быть, есть еще больше возможностей сделать это. Что вы думаете?

КЛИЕНТ: Я не хочу пропускать прием. Я посмотрю, как это получится.

КОНСУЛЬТАНТ: Хорошо! Вы правы в том, что важно принимать их регулярно, и это звучит как хороший план. Теперь можем мы немного поговорить о том, как обстоят дела с вашим мужем и использованием презервативов?

КЛИЕНТ: Хорошо.

МК в своем идеальном воплощении выглядит одновременно просто и мастерски, хотя и необязательно легко. Эти две короткие беседы одинаковы по длине: 10 обменов репликами в каждой.

Рассмотрим следующие вопросы:

• Насколько вовлечена была пациентка в каждой беседе? Насколько хорошо консультант выслушал личную точку зрения женщины? Как она будет чувствовать себя в конце каждого обмена репликами?

• Как и кем был создан фокус в каждой беседе об изменении?

• Было ли изменяющее высказывание? Если да, то что сделал консультант для его извлечения и как он отреагировал, когда оно появилось?

• Насколько сильно женщина захотела бы продолжать беседу, если бы у клинициста было на это время?

Ясный ум: внутреннее состояние клинициста

Практические вопросы, обсуждавшиеся в этой главе до сих пор, были посвящены вопросам толкования, границ в процессах и краткости. Это может оставить у вас впечатление, что практика МК – это сложный и заумный вопрос понимания и применения конкретных клинических стратегий. Наш опыт показывает, что чем сильнее вы пытаетесь это сделать, тем труднее это может быть. Если вы сфокусировались на своем внутреннем диалоге о том, как использовать методы, то вы, вероятно, недостаточно вовлечены и недостаточно уделяете внимание клиенту. Вместо умения, требующего усилий, здесь нужна эмоционально чуткая, вдумчивая и отзывчивая манера. Термин, который мы используем для этого, – «ясный ум».

Многое из этого мастерства опирается на сдержанность перед лицом отвлекающих моментов или даже провокаций, с осознанием того, что внутри клиента существует сила, которая откликается на спокойное и целенаправленное ориентирование. Отвлекающие раздражители всегда находятся в изобилии, и могут влиять на ваше эмоциональное состояние. То, как вы обращаетесь с ними, может определять ваш прогресс.

Также не противьтесь, когда клиент, кажется, сам ставит препятствия одно за другим. Просто продолжайте двигаться со спокойным и ясным умом. Такой ключевой момент наступил, когда коллега проводил консультацию о похудении. Беседа могла бы легко пойти в совершенно другом направлении, но не пошла. Это происходило таким образом[22]:

КОНСУЛЬТАНТ: Мысль о потере веса для вас очень важна.

КЛИЕНТ: Я знаю, что я должен что-то с этим делать. Я имею в виду, я по-настоящему хочу сбросить вес.

---

[22] Спасибо Нине Гобат за данный пример.

КОНСУЛЬТАНТ: Насколько вы уверены в том, что вы можете добиться успеха?

КЛИЕНТ: Нет, забудьте об этом, абсолютно нет. (Ключевой момент, когда консультант мог бы отступить.)

КОНСУЛЬТАНТ: Как для вас выглядел бы успех?

КЛИЕНТ: Я хотел бы сделать здоровое питание своего рода привычкой, как повседневное дело, а не как особое событие.

КОНСУЛЬТАНТ: Повседневное дело, которое для вас имеет смысл.

КЛИЕНТ: Это не может быть слишком радикально, это должно быть плавно и приятно…

Беседа продолжала рассматривать конструктивные пути для того, чтобы измениться, даже если клиент, очевидно, закрыл дверь к разговору об уверенности в себе («Забудьте про это, абсолютно нет»). Это очень хорошо демонстрирует, как МК последовательно переключает входящие в него установки и техники. Первым элементом, в нашем случае, была весьма любопытная, сострадательная и понимающая установка; вторым – целенаправленное вмешательство, выраженное вопросом: «Как бы для вас выглядел успех?», основанным на убеждении, что у клиента есть сила, знания и компетентность.

Отвлекающие моменты вне консультации

Некоторые отвлекающие моменты возникают за пределами консультации и независимо от конкретного человека, с которым вы ведете беседу. Зловещие новости, конфликты на работе или дома или нехватка времени могут означать, что вы начинаете консультацию на некотором расстоянии от идеального эмоционального состояния. Мы находим полезным до начала консультации найти момент, чтобы сосредоточиться на человеке или поставленной задаче. Это может быть тихой медитацией (см. Таблицу 2.3 в Главе 2) или простым просмотром заметок о предыдущих контактах. Некоторые специалисты составляют краткий список стимулирующих напоминаний «Помните о том, чтобы…», удобный для рассмотрения перед интервью. Содержание списка зависит от того, что в первую очередь необходимо вспомнить в данный момент изучения и практики МК. Вот некоторые примеры:

• Слушать и рефлексировать.
• Непременно отметить то, что человек делает хорошо.
• Прислушиваться к изменяющим высказываниям.
• Обратиться с призывом к личной мотивации человека, его мудрости и сильным сторонам.
• Не поддаваться выпрямительному рефлексу.

Таблица 23.2.
Личностная рефлексия: внутренний опыт МК

В течение 30 лет у меня была масса возможностей поразмышлять о внутреннем мире: феноменологии практики МК. Этот рефлексивный процесс начался для меня, когда мои норвежские коллеги попросили меня выразить словами то, что происходит в моем сознании, когда я консультирую, и рассказать, что я пытался делать и не делать в каждый момент времени (см. Главу 27).

Прежде всего я отмечу, что когда я практикую МК, я испытываю радость. Я очень радуюсь, зная, что в человеке, находящемся напротив меня, есть потенциал для изменения и не зная точно, куда заведет нас процесс. Это сложно, но на самом деле это больше не ощущается для меня как работа, и мне никогда не скучно. Практикуя МК я ощущаю себя таким бодрым и живым, каким я только могу быть. Отчасти это происходит потому, что так много всего происходит под поверхностью МК. Наблюдая за моим интервью, Стив однажды сказал мне: «Миллер, ты утка!» Я знал, что он не имеет в виду мои корни в Орегонском университете (Орегонская

Утка, The Oregon Duck – маскот спортивной команды Орегонского университета. – Прим. ред.).
«Утка?»
«Да, – ответил он, – утка. На поверхности это выглядит, словно ты движешься медленно, плавно, без усилий, в то время как под водой ты гребешь как сумасшедший».
В некотором смысле, так это и ощущается. Это не тревога, не изнурительный процесс; обычно я чувствую себя вполне расслабленно, даже на видеозаписи, но я в полной мере осознаю, что происходит и (как только мы нашли фокус) куда я направляюсь, и где горизонт, на котором восходит солнце. Есть несколько вещей, постоянно присутствующих в моем сознании. Главная директива: я остаюсь с человеком в настоящем, уделяю ему внимание и не даю моему сознанию погружаться в планы или отвлекаться на что-либо еще. В то же время я помню то, что уже было сказано, и регистрирую то, что человек говорит. Я также упорядочиваю то, что я услышал, сохраняя это в виде отдельных фраз самого человека (как изменяющее высказывание), которые показались особенно важными. Я могу какое-то время не отвечать на эти фразы, я думаю, что есть мудрость в том, чтобы не набрасываться на то, что кажется важным. Позвольте им немного подождать и позвольте процессу развиться. Я смогу вернуться к этому позже. Таким образом, это может выглядеть так, словно я что-то пропустил (естественно, иногда бывает и такое). «Почему вы не стали работать с этим прямо сейчас?» Обычно я не чувствую, что нужно спешить с этим. Я вернусь к этому, когда наступит подходящее время, и, скорее всего, раньше, чем позже.
Мне кажется, что в самом своем лучшем виде, внутренний опыт МК – это охват прошлого, настоящего и будущего одновременно. Я внимательно слушаю и слежу за всем, что человек говорит в данный момент, и в соответствии с этим корректирую свой собственный курс. Я слышу рассказ в контексте того, что произошло раньше, собирая вместе отрывки, как цветы в букет. И я также осознаю направление, движение стрелки компаса, которое показывает мне, куда я двигаюсь и как туда попасть. И неудивительно, что это такой богатый опыт!

B.P.M.

Отвлекающие моменты в ходе консультации

Другие угрозы ясному уму возникают в процессе консультации из-за того, что клиент говорит вам. Эмоциональная реакция внутри вас не является проблемой сама по себе; проблема в том, как вы распознаете и реагируете на нее. Посмотрите на вопросы ниже, останавливаясь, чтобы задуматься и ответить на каждый из них[23]. Что такого может сказать клиент во время сессии, чтобы вы почувствовали себя:

- Разгневанным?
- Озабоченным?
- Скучающим?
- Полным энтузиазма?
- Встревоженным?
- Озадаченным?

Что мог бы сказать клиент, чтобы могло:

- Растопить ваше сердце?
- Вызвать желание спасти?
- Напомнить вам, почему вы любите свою работу?

---

[23] Спасибо Джефу Аллисону за это практическое занятие.

Если бы вы записали реакции клиентов, которые могут вызвать такие реакции с вашей стороны, то вы увидели бы определенные патерны.

Теперь рассмотрим, как вы могли бы ответить в каждой из этих ситуаций, если вы просто позволили бы вашим эмоциям выплеснуться наружу. Может быть, вы ответите защитной реакцией или выпрямительным рефлексом? Обратится ли ваш ум к другим ситуациям или проблемам, которые напоминают вам эту? Есть ли у вас какие-либо «сообщения, заранее записанные на кассету», которые здесь запускаются? Какой частью ваших непосредственных реакций стоит делиться с клиентами, является вопросом профессионального суждения, обсуждаемого в Главе 11.

Однако в целом мы рекомендуем сдержанность, когда негативные эмоции спровоцированы клиентом. Реакция на сохраняющее высказывание и на разногласия, которую мы обсуждали в Главе 15, в идеале зарождается из спокойной, заинтересованной и продуманной позиции, которая ставит благополучие клиента на первое место. Высказывание рефлексивного слушания является по умолчанию хорошим вариантом и, как правило, успокаивает вас и вашего клиента. Когда вы сосредоточены на понимании системы взглядов клиента, вы можете испытать сдвиг в вашем собственном эмоциональном состоянии и ощутить себя более заинтересованным и восприимчивым. Это позволяет МК пройти через последовательность мгновенных ответных реакций, которые происходят как с клиентом, так и с вами лично.

Ключевые моменты

• МК представляет собой: сочетание (1) вовлеченного понимания системы взглядов клиента, (2) четкий фокус изменения, и (3) побуждение собственной мотивации клиента к изменению. При необходимости, оно может также включать в себя совместный процесс планирования.

• Даже относительно короткие консультации МК могут осуществляться целостно и содействовать изменению клиента.

• Четыре процесса МК наслаиваются друг на друга, что делает возможным плавно переключаться между ними, в соответствии с актуальной ситуацией.

• Умелая практика МК обеспечивается ясным умом.

Глава 24
Обучение мотивационному консультированию

Вам нужны знания и вам нужны умения. Знания вы можете получить, даже просто читая книгу. Умения вы не можете получить из книги, вам нужно практиковаться снова и снова.
Пол Экман

Нет такого понятия как преподавание, есть только изучение.
Монти Робертс

Нас иногда спрашивают, сколько часов обучения достаточно для того, чтобы изучить МК. Это все равно что спросить, какой длины нужна веревка или сколько часов занятий требуется, чтобы научиться играть на музыкальном инструменте. Достаточно для чего? Какой уровень мастерства требуется в конкретном контексте или для конкретного применения? Сколько требуется учиться, прежде чем добиться положительных результатов для ваших клиентов? Это не вопрос прохождения определенного количества часов обучения, после которых вы его выучите. Изучение МК представляет собой непрерывный процесс, и он требует гораздо большего, чем просто знаний. Когда учатся летать на самолете, часто

начинают с нескольких часов аудиторных занятий, но в конечном счете это вопрос практики с инструктором в небе. Вы сможете обрести мастерство с помощью практики и обратной связи.

Ценность обратной связи

Обратная связь очень важна. Одним из наиболее воспроизводимых результатов в исследовании психотерапии является тот факт, что терапевты с многолетней практикой в среднем не достигают лучших результатов у клиентов, чем те, которые были обучены недавно. В противоположность этому один из самых воспроизводимых результатов в медицине – это влияние опыта. Хирург, который провел конкретную процедуру 2000 раз, делает ее лучше, чем тот, который сделал ее всего дважды: лучший исход, меньше осложнений и негативных последствий. В чем разница между психотерапевтами и хирургами? Хирурги получают постоянную обратную связь. Они редко практикуют в одиночку за закрытыми дверями, и когда возникают осложнения или негативные результаты, они узнают об этом очень быстро[24].

> Обратная связь является основой для любого вида обучения; трудно обучаться стрельбе из лука в темноте.

Как и в освоении спорта или игры на музыкальном инструменте существуют также большие различия в том, как быстро люди учатся МК. Мы работали с людьми, которые освоили МК очень быстро; это было так же просто, как положить рыбу в воду. Они, казалось, обладали интуитивным пониманием метода. Однажды познакомившись с идеями и примерами, они быстро развивали профессиональные навыки. Мы также встречались с людьми, у которых были большие трудности при изучении МК. Возможно, они думали, что они освоили его, но после многих часов обучения и тренировок, их навыки были все еще недостаточными. Обе эти крайности являются исключениями. Большинство людей развивают навыки, занимаясь практикой под руководством специалиста, и мы не нашли никакой связи между длительностью послевузовского образования и способностью к овладению МК (Miller et al., 2004; cf. Hartzler & Espinosa, 2011; Naar-King, Outlaw, Green-Jones, & Wright, 2009). Даже люди с учеными степенями способны освоить МК!

Обратная связь является основой для любого вида обучения, а немедленная обратная связь является еще более полезной. Трудно обучаться стрельбе из лука в темноте. Трудно учиться, если вы не получаете точную информацию относительно того, попадают ли ваши догадки в цель. При отсутствии надежной обратной связи можно практиковать в течение десятилетий без особого улучшения навыков.

Преимуществом в изучении МК является то, что как только вы поймете, что надо стараться расслышать, ваши клиенты дадут вам немедленную обратную связь. Как хирург во время сессии вы сможете сказать, как идет процесс, и каким, вероятнее всего, будет результат. Когда изучают активное слушание (Глава 5) каждая рефлексия порождает немедленную обратную связь от клиента касательно ее успешности. Когда вы слышите изменяющее высказывание, вы на правильном пути в МК, и клиенты так же быстро сообщат вам, когда вы сбиваетесь с пути. Ключевым является знание, что из всего того, что говорят клиенты, изменяющее и сохраняющее высказывание являются наиболее важными сигналами для того, что делать дальше. Точно так же, когда вы нажимаете клавишу на пианино, вы получаете немедленную обратную связь относительно того, была ли эта нота верной.

Так же как существуют самоучки-музыканты, есть люди, для которых эта немедленная обратная связь от клиентов является достаточной для того, чтобы помочь им освоить МК.

---

[24] Спасибо Терезе Мойерс за эту идею.

Для большинства людей, тем не менее, просто читать об МК или принять участие в двухдневном семинаре недостаточно для улучшения их профессиональных навыков (Madson et al., 2009; Miller & Mount, 2001; Miller et al., 2004). Это характерно не только для МК, но кажется справедливым для изучения практически любых новых терапевтических навыков (Fixsen, Naoom, Blase, Friedman, & Wallace, 2005; Miller, Sorensen, Selzer, & Brigham, 2006). Для совершенствования профессиональных навыков в спорте или в игре на музыкальном инструменте, люди часто нанимают преподавателя с более высоким уровнем мастерства, чем их собственный, чтобы обеспечить обратную связь и получить конкретные рекомендации для дальнейшего развития. Нельзя сказать тренеру по теннису: «Не смотрите на меня» или учителю игры на фортепиано: «Не слушайте мою игру».

Точно так же преподаватель МК должен опираться на непосредственное наблюдение, которое, как правило, осуществляется при помощи записи сессий. Не зря большинство лиц называют свои консультации «практика», и, как при стрельбе из лука в темноте, практика без надежной обратной связи (в буквальном смысле «частная практика») вряд ли улучшит мастерство. Мы давно поняли, что в обучении терапевтов те моменты, где мы могли бы принести больше всего пользы, связаны с тем, какие вещи они *не услышали* во время сессии. Таким образом, для стажера недостаточно было провести сессию и описать, что произошло. Проблема «частной практики» заключается в том, что она частная! Как преподавателям нам нужно присутствовать в комнате, хотя бы косвенно, через аудио– или видеозаписи. Даже скромное количество экспертной подготовки (супервизии) может значительно улучшить профессиональные навыки в МК (Miller et al., 2004).

Меню для изучения

МК – это не единичная техника, а интегрированный набор навыков консультирования. Можно задуматься о конкретных учебных задачах, которые представляют собой компоненты основных навыков МК (Miller & Moyers, 2006). Мы считаем, что существует по крайней мере 12 таких задач:

• Понимание лежащей в основе сути МК, с которой оно используется: партнерство, принятие, сопереживание и побуждение (Глава 2).

• Развитие мастерства и свободного владения рефлексивным слушанием (Глава 5) и клиентоцентрированных навыков OAPP (открытый вопрос, аффирмация, рефлексия, резюме) (Глава 6).

• Определение целей изменения, по направлению к которым предстоит двигаться (Глава 9).

• Обмен информацией и предоставление советов в стиле МК (Глава 11).

• Быть в состоянии распознать изменяющее и сохраняющее высказывание (Глава 12).

• Извлечение изменяющих высказываний (Глава 13).

• Реагирование на изменяющее высказывание таким образом, чтобы усилить его (Глава 14).

• Реагирование на сохраняющее высказывание и на разногласие таким образом, чтобы не развивать их (Глава 15).

• Развитие надежды и уверенности (Глава 16).

• Определение сроков (Глава 19) и согласование плана изменения (Глава 20).

• Усиление готовности (Глава 21).

• Гибкая интеграция МК с другими клиническими навыками и практиками (Глава 25).

Мы не пронумеровали данные задачи, так как не обязательно осваивать их по порядку. Клиницисты могут прийти к МК с уже хорошо развитыми навыками в некоторых из этих областей. Некоторые сложные задачи могут быть изучены отдельно от других. Например, можно научиться идентифицировать изменяющее высказывание в учебной аудитории или

посредством чтения. Это в большинстве своем задача на эрудицию, хотя гораздо легче распознать изменяющее высказывание на стенограмме, чем при быстроразвивающемся течении клинической консультации.

Коучинг в МК должен быть основан на непосредственном наблюдении.

Некоторые из этих задач являются фундаментальными, и сложно развивать дополнительные навыки, пока они остаются неясны. Рефлексивное слушание – это хороший тому пример. На начальном этапе ученики пытаются изо всех сил не забывать реагировать и придумать хорошее изречение рефлексивного слушания, а не, скажем, задать вопрос. Кажется, что это требует огромных усилий. С практикой и немедленной обратной связью, обеспеченной людьми, с которыми вы общаетесь, формирование рефлексий становится проще. Затем с большим количеством практики и хорошими результатами с клиентами, активное слушание начинает быть естественным. Оно становится стандартной реакцией, а не задавание вопросов или раздача советов. Вы всегда можете вернуться к рефлексивному слушанию: в худшем случае, вы вряд ли нанесете вред. Затем для некоторых это становится не только легким, но и приносящим удовольствие, радость, свободу. Несмотря на это, к счастью, не нужно обладать таким уровнем мастерства в слушании, чтобы начать работать с МК, важно лишь достичь определенного уровня комфорта и естественности в рефлексии. До тех пор пока вы не научитесь с легкостью продолжать беседу рефлексивным слушанием, сложно сделать следующий шаг к побуждению, где стратегически используются навыки ОАРР (открытый вопрос, аффирмация, рефлексия, резюме), чтобы извлечь и усилить изменяющие высказывания. Аналогично вы должны иметь цель изменения и быть в состоянии распознать изменяющее высказывание, чтобы узнать его, когда вы его услышите, до того, как вы сможете извлечь его и избирательно на него ответить. Разумный вопрос, когда вы учитесь, это: «Что будет хорошим следующим шагом, чтобы я развил свои навыки и почувствовал себя комфортно с клиническим стилем МК?»

Кодирование

Обратная субъективная связь преподавателя может быть ценной, и существуют также системы кодирования для того, чтобы обеспечить более надежную и объективную обратную связь на практике (Madson & Campbell, 2006; Moyers, Martin, Catley, Harris, & Ahluwalia, 2003; Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson, & Miller, 2005).

У данных систем есть преимущество выявлении конкретных областей, в которых практика может быть улучшена. Разнообразие инструментов кодирования МК можно найти на сайте www.motivationalinterviewing.org/library.

Некоторые системы кодирования, такие как «Следование методу мотивационного консультирования» (Motivational Interviewing Treatment Integrity, MITI), фокусируются только на ответах консультанта, включая как общие оценки, так и подсчет конкретных реакций с целью документирования верности следования методу в терапевтической интервенции (Hendrickson et al., 2004; Moyers, Martin, et al., 2005). Другие кодируют только то, что говорит пациент, уделяя особое внимание сохраняющим и изменяющим высказываниям (Glynn & Moyers, 2010). Более сложные системы, такие как «Кодирование навыков мотивационного консультирования» (Motivational Interviewing Skills Code, MISC) выражают количественно реакции и консультанта, и клиента, таким образом, позволяя исследовать терапевтический процесс (Baer et al., 2004; Daeppen, Bertholet, Gmel, & Gaume, 2007; Moyers et al., 2003; Welch et al., 2003). Системы кодирования, такие как эти, требуют значительного обучения и контроля качества в целях установления и поддержания надежности кодировщиков. Опытные преподаватели МК часто используют подобные системы кодирования и обеспечивают обратную связь с их помощью (например, www.mi-campus.com).

Вы всегда можете вернуться к рефлексивному слушанию: в худшем случае вы вряд ли нанесете вред.

Возможно, однако, использовать и более простые стратегии в слушании ваших собственных сессий МК, что мы настоятельно рекомендуем вам делать. В разгар клинической консультации ум может быть занят решением сразу нескольких задач. Прослушивание консультации заново может выявить инсайты и паттерны, которые остались незамеченными в ходе реальной сессии. Кроме простого прослушивания своих собственных сессий, существуют более структурированные задачи, которые могут помочь вам сфокусироваться на процессе, а не только на содержании истории клиента.

• Подсчитайте свои рефлексии. Где они простые (в основном только повторение того, что сказал человек) или сложные (делание предположений)? Подсчитайте каждую категорию. Когда вы не можете решить, была ли рефлексия сложной или простой, считайте ее как простую. Цель обучения здесь заключается в получении большего количества сложных, чем простых рефлексий.

• Подсчитайте свои вопросы. Когда они представляют собой открытые вопросы (обеспечивают достаточное пространство для ответа), а когда – закрытые вопросы (короткий ответ, да/нет, риторический, и т. д.)? Подсчитайте каждую категорию. Цель обучения – задать больше открытых, чем закрытых вопросов.

• Подсчитайте рефлексии (R) и вопросы (Q). Какое у вас соотношение R к Q? Большинство консультантов при изучении МК задают очень много вопросов. Цель обучения, чтобы соотношение R: Q было по крайней мере 2:1: две рефлексии на каждый вопрос.

• Прислушивайтесь к сохраняющим и изменяющим высказываниям. Подсчитайте и другие и рассмотрите соотношение между ними. Одинаковая частота отражает амбивалентность и не предусматривает никаких изменений, но в течение сеанса МК баланс обычно смещается в сторону изменяющих высказываний. Когда появляется изменяющее высказывание, вспомните: что вы делали прямо перед этим? Что в Ваших действиях извлекает изменяющее высказывание? Помните, что изменяющее высказывание часто переплетается с сохраняющим, и вам, возможно, придется прислушаться, чтобы найти его.

• Когда прозвучало изменяющее высказывание, что стало следующим, что вы сказали? Подсчитайте свои OAPP-реакции: открытые вопросы, аффирмации, рефлексии, резюме (Глава 14).

• Прислушивайтесь к любой из ваших реакций, которые несовместимы со стилем МК, например, к таким, как давать советы без разрешения, противостоять или спорить с клиентом и другие реакции выпрямительного рефлекса. Как клиент реагирует на это?

Не пытайтесь уделить внимание всем задачам одновременно. Выберите одну или две, которые кажутся наиболее важными, и отслеживайте их во время прослушивания сессии. Попробуйте установить для себя конкретную цель изменения, такую, как увеличить ваше отношение рефлексий к вопросам, и используйте эти подсчеты с целью отслеживания своего прогресса.

Обучающиеся сообщества

Учиться вместе чаще всего веселее, чем учиться в одиночку. Не у всех есть доступ к компетентному преподавателю МК, но может быть проще найти коллег, которые тоже заинтересованы в развитии своего мастерства в области МК. Мы уже экспериментировали с такими обучающимися сообществами в качестве ресурса для поддержки дальнейшего развития. Здесь не требуется установленного эксперта в группе, хотя некоторые приглашают опытного преподавателя для того, чтобы он время от времени посещал их. Идея обучения

при взаимной поддержке заключается в том, чтобы вместе поломать голову над такими вопросами, как:

«Как я мог бы применить МК в данной конкретной ситуации?»
«Что станет хорошим следующим шагом в практике МК?»
«Как еще я бы мог отреагировать на том этапе сессии?»
«Должен ли я был попробовать МК в данной ситуации?»
«Какие реакции консультанта наиболее вероятно извлекают изменяющее высказывание?»

Мы считаем, что, как и занятия с преподавателем, практика слушания работы друг друга является важнейшим ресурсом для обучения. Таким образом, это совместная тренировка навыков. Разговор о МК, скорее всего, не способствует обучению так, как этому способствует реальная практика навыков в поддерживающем обучающемся сообществе. Мы рекомендуем, чтобы каждая встреча включала некоторое количество слушания записей сессий и некоторую отработку навыков. Некоторые клиницисты, которые уже создали обучающееся сообщество данного типа, говорили нам, что они с нетерпением ждут встреч, как одного из самых полезных событий за неделю или за месяц. Вот некоторые практические предложения для практики навыков в обучающихся сообществах.

1. Сосредоточьтесь на конкретном навыке консультирования или на задаче. Если вы пытаетесь увеличить ваше использование сложных рефлексий, сосредоточьте внимание на этом. Одна из глав этой или другой книги (например, Rosengren, 2009) может предоставить большое количество материала для обсуждения и практики.
2. Пытайтесь использовать «реальную игру» вместо ролевой игры. То есть коллега, который выступает в роли клиента, говорит о чем-то реальном, о таком изменении, которое он или она на самом деле рассматривает или хочет осуществить. Мы находим, что это, как правило, лучше способствует обучению, чем поставленные ролевые игры. Одной из причин является то, что даже опытные актеры не реагируют так, как реальные люди; они принимают на себя роль и следуют ей. Мы использовали актеров в нашем исследовании, и хотя позволяло обучаемым опробовать свои навыки, актеры редко отвечали так, как это сделал бы реальный клиент. Аналогичным образом, когда клиницисты ставят ролевую игру, они часто пытаются изобразить «клиента из преисподней»: самого сложного, трудноизлечимого, нереагирующего. Существуют крайне мало реальных клиентов, настолько сложных, как те, которых изображают клиницисты во время игры! Легче учиться, когда кто-то отвечает in vivo (в естественных условиях), а не в роли.
3. Не позволяйте практике длиться слишком долго до того, как вы остановитесь для дискуссии. Обычно хватает 10 минут для того, чтобы получить хороший опыт без скучающих слушателей.
4. Дайте наблюдателям что-то сделать во время просмотра. Если наблюдателей больше, чем один, они могут взять на себя различные задачи по кодированию из списка, представленного выше. Таким образом, они могут обеспечить обратную связь с разных точек зрения.
5. Когда практика МК выполнена, первым, кто комментирует ее, должен быть тот, кто ее вел. Что он испытывал во время консультации? Затем опыт беседы должен прокомментировать «клиент». Если это была реальная игра, это не вызовет затруднений. Какой опыт был получен консультантом во время беседы? Что показалось наиболее полезным? После этого наблюдатели могут сказать, что они видели. Если они использовали структурированное задание по кодированию, обсудите их объективные наблюдения. Комментируя практическую работу, которую вы наблюдали, сосредоточьтесь на положительных моментах. Вообще говоря, попробуйте свести свою речь к положительным сторонам того, что вы увидели. Что из увиденного вам понравилось? Что показалось особенно эффективным? Какие конкретные навыки МК вы увидели? Наблюдателям очень

легко много критиковать и вносить предложения: «Так, я бы сказал вот так…», что здорово деморализует участников. Избегайте и здесь выпрямительного рефлекса. В основном эти стилистические предпочтения бесполезны. Существует множество правильных путей выполнения МК. У нас обоих очень разные стили практики МК, но, по большому счету, мы делаем те же самые вещи. Так что же было *хорошего* в том, что вы наблюдали?

6. Если кто-то дает рекомендацию что-либо попробовать, пусть это будет лишь одна рекомендация. Изменение чего-то одного уже является богатым материалом, чтобы попробовать это в последующей практике. Хороший тренер по теннису, вероятно, не сделает пять предложений для реализации при следующей подаче мяча.

Другие элементы, которые люди добавили к обучающемуся сообществу МК – это смотреть и обсуждать демонстрационные видео и организация регулярного журнального клуба, где участники поочередно представляют недавно опубликованные исследования, которые имеют отношение к практике.

Здесь следует остерегаться того, что обучающаяся группа без лидера может сбиться с пути, даже не осознав этого, и когда отдельные лица или группы пытаются научить себя МК, могут развиваться всякие странные варианты. Рекомендуется по крайней мере периодическая проверка группы хорошо обученным наблюдателем/преподавателем. Преподавателей – членов «Сети преподавателей мотивационного консультирования» (Motivational Interviewing Network of Trainers, MINT) можно найти с помощью www.motivationalinterviewing.org.

Некоторые принципы обучения

Данный раздел относится, прежде всего, к руководителям и организаторам, которые хотят провести обучение МК. Как и в практике МК, в обучении МК существует много различных стилей и предпочтений. Каков уровень знаний, необходимый для освоения МК? Какие руководящие принципы вытекают из быстро развивающихся исследований освоения и практики МК, о которых стоит узнать тем, кто хотел бы ввести МК в работу определенного сотрудника или системы?

Вводный тренинг

Одна вещь, которая относительно ясна на данный момент, это факт, что самообучение или посещение одного семинара вряд ли улучшит компетенцию. Вы хотите, чтобы ваши сотрудники знали «о» МК или вы хотите, чтобы они на самом деле были в состоянии эффективно осуществлять МК? Чтение или один семинар могут увеличить знания о МК, но существует мало оснований полагать, что это привьет навыки. Хуже того, мы знаем из собственного опыта, что если мы дадим понять, что участники семинара овладеют навыками МК, посредством участия в этом семинаре, они, скорее всего, ошибочно поверят, что уже изучили его. При первичной оценке нашего двухдневного обучающего семинара участники продемонстрировали очень незначительное улучшение навыков, определенно недостаточное для того, чтобы произвести какие-либо изменения в реакциях своих клиентов, но нам удалось значительно снизить их желание больше узнать об МК (Miller & Mount, 2001). Почему? Это произошло не потому, что им не нравится МК, или они думали, что МК неэффективно. Это произошло из-за того, что они верили, что уже изучили его.

Остановимся здесь, чтобы еще раз сказать, что есть те редкие индивидуумы, которые приходят на семинар и у них сразу все получается. Эти одаренные люди как-то умудряются интегрировать то, что они узнают, и демонстрировать достаточно хорошую, а и иногда и блестящую практику МК. Мы не знаем, почему это происходит, но это приводит в восхищение. Кажется, что люди быстрее осваивают МК, если они уже достаточно умелы в рефлексивном слушании (Miller, Moyers, Arciniega, Ernst, & Forcehimes, 2005; compare Miller et al., 2004, with Moyers et al., 2008). Таким образом, это не тот случай, когда никто

ничего не извлекает из семинаров; просто в среднем вы не должны ожидать, что практические навыки появятся из-за сидения в аудитории на семинаре, пусть даже на очень хорошем. Вероятность этого примерно такая же, как у того, что из человека получится профессиональный пианист после двухдневного класса фортепиано. Вводный семинар – это только начало в изучении нового клинического навыка.

Дальнейший тренинг

Когда-то вредные зависимости в основном лечили стационарными программами, которые по исторической случайности длились 28 дней. Что стало очевидным, так это важность последующего наблюдения: продолжение амбулаторного сопровождения по возвращении домой, в общество, где в конечном счете человек должен выработать свою собственную трезвость. Без последующего наблюдения, лечение в больнице было немного похоже на ремонт автомобиля: пригнать их, починить, чтобы ездили, а затем вернуть их обратно на улицу. Это достаточно хорошо работает для автомобилей и для сращивания сломанных костей, но не подходит, когда требуется изменение поведения. Точно так же краткосрочное «стационарное обучение» в одиночку, скорее всего, не изменит в достаточной степени стиль ведения практики.

Что необходимо, так это продолжать обучение в течение долгого времени, и, как уже говорилось ранее, обучение требует индивидуальной обратной связи. Таким образом, наша рекомендация: не увеличивать количество семинаров, а продолжать коучинг (супервизию) с обратной связью, основанной на наблюдаемой практике. Это не обязательно что-то широкомасштабное. В одном исследовании мы обнаружили, что шесть отдельных экспертных тренировочных сессий по полчаса каждая, проведенных по телефону, было достаточно для того, чтобы в среднем привести обучающихся к уровню мастерства, достаточному для предоставления МК в клиническом исследовании, в то время как один наш семинар не был достаточным (Miller et al., 2004). Вводный обучающий семинар в одиночку вряд ли даст большую окупаемость вложенных средств. По правде говоря, никто не может сказать, сколько учебных занятий нужно, чтобы вывести определенного клинициста на профессиональный уровень. Это вопрос обучения до состояния, соответствующего критерию: здесь нет фиксированной нормы необходимых учебных часов (Martino, Canning-Ball, Carroll, & Rounsaville, 2011).

Другое разумное средство: развитие профессионального опыта МК на месте: например, если есть кто-то, кто может поддерживать дальнейшее развитие навыков и обучать новых сотрудников по мере их появления. Это позволяет осуществлять постоянную супервизию (коучинг) с целью постоянного улучшения качества клинических навыков. Кроме этого, необходимо выделить время и административную поддержку для действующего обучающегося сообщества, как описано выше.

Поддержание навыков

Многие высококвалифицированные профессии требуют периодической повторной сертификации практикующих специалистов, чтобы показать, что их навыки соответствуют существующим в настоящее время стандартам. Медицинские специалисты, летчики, пожарные и спасатели не могут продолжать практику без периодического обновления и проверки их квалификации. Летчики-инспекторы проводят проверки на рейсах. Работники службы «Скорой помощи» и спасатели должны продемонстрировать свои навыки сердечно-легочной реанимации.

Для этого есть веские причины. Как правило, навыки угасают с течением времени. Люди развивают свои собственные вариации или просто забывают ключевые элементы. Вдобавок важно идти в ногу с новыми разработками. Новые исследования на тему МК возникают в быстром темпе, и на данный момент мы знаем гораздо больше, чем было известно, когда мы писали наше второе издание всего лишь десять лет назад. Демонстрация способности оказывать услугу не гарантирует, что она реально предоставляется на практике,

или что те же самые навыки сохранятся в будущем. Самовосприятие и самоотчет о профессиональных навыках ненадежны, поэтому программы повторной сертификации, как правило, требуют проверки практики путем наблюдения.

Именно поэтому мы поддерживаем постоянное непосредственное наблюдение практики как норму. Это более распространено в некоторых профессиональных кругах, чем в других. Медицинские работники и летчики привыкли быть под наблюдением на работе, они воспринимают это как часть своих обязанностей. В других кругах частная практика за закрытыми дверями была нормой, а проверка того, что происходит, была представлена преимущественно журнальными записями. Такая ситуация тормозит освоение нового знания практикующими специалистами и непрерывное улучшение качества в организации.

Конфиденциальность личной информации клиента иногда предполагает запрещение прямого наблюдения или записи сессий. Вопрос заключается в получении надлежащего согласия. Сессии не должны наблюдаться или записываться без ведома клиента и его согласия. Мы обнаружили, что большинство клиентов легко соглашаются на аудио– или видеозаписи сессий при условии надежной защиты их конфиденциальности. Письменное согласие должно быть отзывным, включать в себя объяснение цели (целей), для которой будет использоваться запись, предоставлять конкретную информацию о том, как обеспечивается конфиденциальность, когда и как записи будут уничтожены. Клиенты также могут потребовать, чтобы запись была отключена на конкретном сегменте сессии, хотя мы видим, что на практике это случается редко.

Развитие клинического навыка – это не однократное, неограниченное по времени событие, а бессрочный процесс. Помощь сотрудникам в продолжении совершенствования своих клинические навыков пойдет на пользу всем заинтересованным лицам. Как уже говорилось ранее, системы кодирования могут предоставить более стандартизированную оценку, чем субъективные впечатления в отдельности. Несомненно, гораздо больше можно обнаружить умелой практикой, чем такими структурированными системами кодирования, но они дают, по крайней мере, основу для развития навыков.

Содержание обучения

Что должно быть включено в обучение МК? Здесь мы снова хотим быть консервативными и придерживаться того, что, как показали исследования, является важным. Мы предлагаем четыре основных компонента, которые, как мы считаем, должны быть представлены в любом комплексном тренинге независимо от формата (см. Таблицу 24.1).

Таблица 24.1.
Четыре основных компонента навыка в мотивационном консультировании

Знания и суть мотивационного консультирования

Основой должны являться это новейшие знания о МК. Предполагается, что основные принципы являются главной целью этой книги. Вводный семинар может также это обеспечить, при условии, что преподаватель идет в ногу с развитием в данной области. С точки зрения обучаемого, некоторые из центральных вопросов для рассмотрения включают в себя:

«Что такое МК?»
«Как это поможет мне в моей повседневной работе?»
«Что является доказательством его эффективности?»
«Как это работает?»
«Как это отличается от того, что я уже делаю?»
«Хочу ли я узнать больше о том, как это делать?»

Введение в МК должно включать не только знания о нем, но также и демонстрацию метода. Это может быть сделано с помощью демонстраций любого из ряда доступных видео, но преподаватели должны быть также в состоянии продемонстрировать навыки МК на месте, если они имеют отношение к вопросам или группам клиентов, представляющих профессиональный интерес для участников. Вот почему мы подчеркивали, что, прежде чем люди становятся преподавателями, они должны стать компетентными в практике МК. Обучение должно фокусироваться не только на технике, но также и на лежащей в основе сути использования МК.

Вовлечение

Вторым непременным компонентом при обучении МК является достижение профессионального уровня клиентоцентрированных навыков консультирования, что иллюстрируется в предыдущих главах с помощью ОАРР (открытый вопрос, аффирмация, рефлексия, резюме). Эти клинические навыки полезны сами по себе и являются фундаментальными в практике МК. Мы особенно уверены в важности точной эмпатии, как в ключевом навыке для способствования изменению клиента. Мастерство здесь заключается в том, чтобы быть в состоянии практиковать ОАРР уверенно и хорошо, необязательно используя их в целенаправленной манере.

Фокусирование и побуждение

Метод однозначно определяется как МК при добавлении четкого фокуса и компонента

целенаправленного побуждения. Важность этих двух процессов иногда теряется при обучении МК. Навыки здесь включают в себя нахождение четкого фокуса, распознавание, побуждение и ответ на изменяющее высказывание такими способами, чтобы его усилить. При обучении группы клиницистов, сильная однородность контекстов практики обучаемых или их клинического профиля может быть особенна полезна в изучении данных навыков.

Планирование и интеграция

Еще один компонент, которому не придается достаточного значения, – это процесс планирования с обсуждением плана изменения. Необходимые навыки здесь включают расчет времени, разработку плана изменения, побуждение готовности к изменению и интеграцию МК с другими клиническими навыками, необходимыми для осуществления изменений. Цель здесь заключается в гибком применении МК совместно с другими клиническими навыками с целью способствовать изменению.

Не каждому требуются все четыре компонента обучения. Поэтому, если обучение предполагает индивидуальный подход, имеет смысл оценить текущий профессиональный уровень каждого человека в отношении каждого из этих навыков. Это обязательно предполагает наблюдение образцов практики. Если клиентоцентрированные вовлекающие навыки уже достаточно закреплены, то имеет смысл акцентировать внимание на фокусировании и побуждении. Понимание знаний МК необходимо для того, чтобы увидеть смысл побуждения. Планирование можно выучить как отдельный набор навыков, но гибкая интеграция МК с профессиональными клиническими навыками придет, скорее всего, после развития достаточного уровня мастерства и легкости в побуждении.

Как минимум содержание тренинга МК должно охватывать данные четыре компонента. В МК существует гораздо больше знаний, чем эти четыре элемента, но именно их важность доказана лучше всего. Важным является понимание общего стиля и сути МК (не только техник). Эмпатический клиентоцентрированный стиль имеет значение. Изменяющие и сохраняющие высказывания могут находиться под влиянием практики МК, и их баланс прогнозирует результат клиента. Если человек говорит «да» конкретному плану действий, это значительно увеличивает вероятность того, что так и произойдет.

Ключевые моменты

- МК – это не техника, а интегрированный набор навыков консультирования.
- Обратная связь и супервизия (коучинг) важны при обучении МК и должны основываться на наблюдении практики.
- Развитие навыков в МК – это не однократное событие, а бесконечный процесс.

Глава 25
Применение мотивационного консультирования

Самая лучшая вещь на свете – это не то, где мы находимся, а то, в каком направлении мы движемся.

Оливер Уэнделл Холмс

Действуйте, если то, что вы делаете, изменит ситуацию к лучшему. Оно изменит.

Уильям Джеймс

Нас часто спрашивают: «Могу ли я применять МК в моей ситуации?» Диапазон контекстов, в которых МК применялось, очень широк, и наш ответ будет примерно таким: «Попробуйте и посмотрите (и дайте нам знать)». Если мы знаем о соответствующих

исследованиях по использованию МК в данном конкретном контексте или для группы пациентов, то мы также готовы поделиться этим. Полную библиографию по областям применения МК можно найти на сайте www.motivationalinterviewing.org.

Но чаще всего это не просто закрытый вопрос, требующий ответа «да» или «нет». Лежащий в основе вопрос – это: «Как я могу адаптировать МК?» для этой проблемы, группы людей или контекста. Имеет ли это смысл в данной ситуации? Какие изменения могут понадобиться? Что важно сохранить – и что может быть модифицировано без потери сути или эффекта МК?

Предметом данной главы является применение и адаптация МК. Мы начнем с набора вопросов самому себе, когда вы задаетесь проблемой применимости МК для работы с клиентами, пациентами, студентами, стажерами, супервизорами или семьями.

1. Происходят ли (или должны происходить) разговоры о совершении изменения?
2. Зависят ли результаты тех, с кем вы работаете, от того, насколько им удастся совершить изменения в своих жизнях или поведении?
3. Являются ли (или должны являться) помощь и воодушевление людей для совершения изменений частью вашей работы?
4. Часто ли люди, которым вы оказываете профессиональные услуги, амбивалентны или избегают осуществления изменений?
5. Являются ли привлечение и лояльность клиентов или пациентов, а также соблюдение лечебной или другой программы значительными факторами в вашей работе?
6. Бывает ли так, что сотрудники жалуются или пытаются бороться с людьми, которых характеризуют как «немотивированные», «сопротивляющиеся» или «трудные»?

Ответы «да» на данные вопросы определяют потенциальную роль для МК в вашем контексте. Само по себе это не гарантирует, что МК будет полезным или эффективным в вашей ситуации; это просто повод рассмотреть возможность, что МК подходит для нужд или задач вашей службы.

Существует также вопрос качества совместимости. Возможен ответ «Да» на все вышеуказанные вопросы, но при этом в сложившейся рабочей обстановке МК будет не так-то просто пустить корни. Представьте себе организацию, в которой доминирующая точка зрения включает в себя подобные предположения:

> «Мы являемся экспертами в данной области, и принятие решений находится в нашей компетенции».
>
> «У нас нет времени слушать людей. У нас и без этого достаточно того, что нужно делать».
>
> «Мы не собираемся тратить наше время на людей, у которых низкая мотивация».
>
> «Наши клиенты все отвергают, лгут, находятся в отрыве от реальности, и не в состоянии самостоятельно измениться. Нет смысла их выслушивать».
>
> «Единственный язык, который понимают эти люди – это высказать им все в лицо, напугать их и сказать им, что нужно делать».
>
> «Они в любом случае не собираются меняться, даже если мы делаем все возможное».

Такая философия обслуживания настолько противоположна основополагающим принципам, описанным в Главе 1, что можно ожидать незначительный интерес и низкую восприимчивость к МК в рамках данной организации. Конечно, может произойти изменение культуры оказания услуг. Лицо (лица), ответственное за набор новых сотрудников, может оказать существенное влияние на будущую ситуацию путем проведения реорганизации штата. Тем не менее, в нынешних условиях МК, вероятно, не будет приветствоваться. Спешим добавить, что это не исключает какую бы то ни было роль или выгоду от МК. Даже

один человек, который умеет работать с клиентами в клиентоцентрированном ключе, можно изменить ситуацию к лучшему, особенно если это происходит на ранней стадии оказания услуг. Таков был наш опыт довольно агрессивной 21–дневной программы стационарного лечения алкогольной зависимости, где при добавлении одного сеанса МК вскоре после госпитализации (исследование методом случайной выборки) показатели воздержания после выписки возросли вдвое, по сравнению с обычным лечением (Brown & Miller, 1993). Сотрудники данной программы (которые не знали о распределении по группам) оценили клиентов, с которыми провели МК как более мотивированных, последовательных и имеющих лучшие прогнозы (которые оказались верными). Даже один человек может изменить ситуацию к лучшему.

Способы доставки

В большинстве исследований результатов МК предоставлялось в форме индивидуальной консультации лицом к лицу. Может ли МК быть эффективно донесено другими путями?

Телефон и видео

МК – это беседа об изменении, а беседу возможно вести удаленно. Некоторые технологии обеспечивают только звуковую часть, в то время как другие делают возможным также и видеть друг друга. Множество исследований успешно передали МК с помощью телефона или другого звукового канала, например, для того, чтобы способствовать физическим упражнениям (Ang, Kesavalu, Lydon, Lane, & Bigatti, 2007; Bennett, Lyons, Winters-Stone, Nail, & Scherer, 2007; van Keulen et al., 2011), скринингу колоректального рака (Wahab et al., 2008), постоянству приема лекарственных препаратов (Berger, Liang, & Hudmon, 2005; Cook, Emiliozzi, Waters, & El Hajj, 2008), изменению рациона питания (Campbell et al., 2009; Resnicow et al., 2001; van Keulen et al., 2011), прекращению употребления табака (Persson & Hjalmarson, 2006; Severson et al., 2009), и донорству крови (Sinclair et al., 2010). Визуальный контакт добавляет некоторые невербальные сигналы и может увеличить удовлетворение клиента (Baca & Manuel, 2007), хотя неясно, увеличивает ли это воздействие МК.

Групповое консультирование

В интересах эффективности консультирование может проводиться в группе, а не в формате индивидуальных сессий. Может ли МК быть эффективно предоставлено группам? Если групповые вмешательства в сравнении с индивидуальными дают сходные результаты, то экономическая целесообразность может быть преимуществом для группового формата (Sobell, Sobell, & Agrawal, 2009).

Переход от индивидуального к групповому формату МК непрост. Мы настоятельно рекомендуем, что сначала исполнители должны отточить свои навыки в индивидуальном МК, прежде чем пытаться проводить МК для групп, так как управление групповыми процессами добавляет уровень сложности.

Если извлечение и озвучивание изменяющих высказываний является важным компонентом для эффективности МК, тогда актуальная задача для групп – это индивидуальное эфирное время. Каждый член группы всегда имеет меньше времени для того, чтобы говорить и получать персональное внимание консультанта, чем это возможно при индивидуальном МК. Таким образом, у людей меньше возможностей, чтобы озвучить свои собственные изменяющие высказывания. Кроме того, групповая динамика может изменить вероятность появления изменяющих высказываний.

Имея даже одного человека, который умеет работать с клиентами в клиенто-центрированном ключе, можно изменить ситуацию к лучшему.

Клиенты могут усиливать сохраняющий разговор друг друга, и такой сговор, направленный на сохранение статус-кво, может привести группу к неприятным последствиям с менее благоприятными результатами, чем бы они вообще не получали лечения или лечились стандартными методами (Brown et al., 2007; Walters, Ogle, & Martin, 2002). Смысл заключается в том, чтобы организовать группу таким образом, чтобы увеличить возможность каждого члена генерировать и исследовать изменяющие высказывания.

Существуют обоснованные доказательства, что МК может быть эффективно доставлено в групповом формате (Bailey, Baker, Webster, & Lewin, 2004; LaBrie et al., 2008; Santa Ana, Wulfert, & Nietert, 2007; Schmiege, Broaddus, Levin, & Bryan, 2009), хотя исследования находятся еще на относительно ранней стадии. Чтение современной литературы показывает нам, что, как правило, МК в групповом формате имеет менее предсказуемый исход по сравнению с индивидуальным форматом МК, хотя, конечно, вариативность существует в обоих. Относительно мало известно об «активных ингредиентах», медиаторах и модераторах эффективности в групповом МК (LaChance, Feldstein Ewing, Bryan, & Hutchison, 2009; Webber, Tate, & Quintiliani, 2008). Краткое описание состояния вопроса о знаниях и опыте наряду с практическим руководством для группового МК представлено Вагнером и Ингерсоллом (Wagner & Ingersoll, в печати).

Текстовые форматы

Возможно ли проводить МК в текстовых форматах: посредством печатного материала или интерактивного компьютерного обеспечения? Здесь исследования также находятся на достаточно ранней стадии, но существуют некоторые обнадеживающие данные.

Самым широко апробированным случаем в этой связи была компьютерная форма «Проверки пьющих», прототип мотивационно-стимулирующей терапии (Squires & Hester, 2004; Walker, Roffman, Picciano, & Stephens, 2007; Walters, Hester, Chiauzzi, & Miller, 2005). После проверки, организованной с помощью компьютера, за 12 месяцев последующего наблюдения было зарегистрировано устойчивое сокращение употребления алкоголя и связанных с ним проблем (Hester, Squires, & Delaney, 2005). Положительный результат программ, использующих компьютер и включающих компонент МК, были отмечен для отказа от курения (Hollis et al., 2005), снижения риска последствий незащищенного секса (Kiene & Barta, 2006), депрессии и употребления марихуаны (Kay-Lambkin, Baker, Lewin, & Carr, 2009). Исследована форма вмешательства, связанная с применением компьютера, для профилактики употребления наркотиков во время беременности (Ondersma, Chase, Svikis, & Schuster, 2005; Ondersma, Svikis, & Schuster, 2007). Рандомизированное исследование обратной связи при общении лицом к лицу и компьютерном проведении обратной связи показало, что вмешательство в формате личной встречи дало значительное изменение поведения у контрольных групп, тогда как компьютеризированные версии такого эффекта не дали (Wagener et al., в печати).

Маловероятно, что процедуры с использованием компьютера оказали свое воздействие путем выражения сочувствия или извлечения изменяющего высказывания. В формате проверки, активным ингредиентом, вероятно, будет обеспечение индивидуальной обратной связи, которая сама по себе может спровоцировать изменение (Agostinelli et al., 1995; Juarez et al., 2006). Применение МК, основанное на использовании компьютера, может дать результаты, промежуточные между результатами МК при личной встрече и при отсутствии лечения (Barnet et al., 2009).

Мотивирующая обратная связь может также быть обеспечена посредством писем составленных индивидуально для каждого конкретного клиента (Agostinelli et al., 1995; Miller et al., 2004; van Keulen et al., 2011).

Также возможно разработать печатные материалы для конкретных терапевтических целей (Christensen, Miller, & Muñoz, 1978). Широко известны потенциальные

терапевтические преимущества дневника воспоминаний (Pennebaker, 1997; Progoff, 1975), с эффектами, похожими на эффекты от наговорения (рассказа о своем опыте) в психотерапии (Donnelly & Murray, 1991; Murray & Segal, 1994). Интерактивный дневник – это специфический метод, который вызывает реакции клиентов в письменном виде, при чтении соответствующей информации (Parr, Haberstroh, & Kottler, 2000; Proctor, Cowin, Hoffmann, & Allison, 2009). Контролируемые клинические исследования правонарушителей выявили снижение рецидивной преступности при помощи интерактивного дневника (Loudenburg, 2008; Proctor, Hoffman, & Allison, 2012). Подобные интерактивные материалы могут создаваться специально для извлечения изменяющих высказываний клиента и для усиления мотивации к изменению (например, Miller & Mee-Lee, 2010; Parks & Woodford, 2005). Такие материалы для ведения дневника могут быть представлены в формате онлайн (Childress, 1999).

Семейные консультации

Как насчет включения одного или нескольких членов семьи в мотивационное консультирование? Вмешательство с использованием МК позволяет привлечение значимого другого (SO) для поддержки мотивации к изменению (Longabaugh et al., 2005; Miller, Zweben, et al., 1992; Tevyaw, Borsari, Colby, & Monti, 2007; UKATT Research Team, 2001; Zweben, 1991). Это может увеличить социальную поддержку клиента в достижении изменений, а также может предоставить важную информацию, в этом случае исходящую не только от клиента (Burke, Vassilev, Kantchelov, & Zweben, 2002). Задача во время привлечения значимого другого заключается в том, чтобы управлять взаимодействием в рамках сессии, так, чтобы значимый другой не спровоцировал сохраняющее высказывание и защитную реакцию клиента. Часто имеет место история, когда значимый другой выступает за изменение, а клиент выступает против него. Историю легко рассказать по-новому на совместной сессии МК, если предпринять конкретные шаги по предотвращению данной ситуации. Практика МК с обоими партнерами может выявить положительные стороны изменения. Вы можете установить определенные основные правила, чтобы уже на начальной стадии определить, каким образом значимый другой и клиент могут участвовать в беседе (например: не обвинять, сфокусироваться на положительных изменениях).

Также возможно использовать МК, приняв в качестве цели улучшение отношений, что отличается от работы с одним партнером в качестве идентифицированного клиента (Burke et al., 2002). Здесь вы предоставляете МК для обоих партнеров. Подход МСТ (мотивационно-стимулирующей терапии), связанной с предоставлением индивидуализированной обратной связи в сочетании с МК был адаптирован к различным вмешательствам для проверки семьи (Connell & Dishion, 2008; Cordova, Warren, & Gee, 2001; O'Leary, 2001; Rao, 1999; Roffman et al., 2008; Slavet et al., 2005; Uebelacker et al., 2006; Van Ryzin, Stormshak, & Dishion, 2012).

Сочетание мотивационного консультирования с другими методами лечения

Как МК вписывается в то, что вы делаете помимо этого? Было бы бессмысленно для кого-то ограничивать практику только МК, так как оно является лишь одним клиническим инструментом для конкретной проблемы, помогая людям перейти от амбивалентности к стабильному изменению. Другие важные клинические задачи и навыки включены в большинство любых других практик, некоторые из которых скорее сосредоточены на управлении или следовании, чем на ориентировании.

> Стили МК, по-видимому, совместимы с широким спектром других клинических практик.

Одним из способов чтобы подумать об интеграции МК с большим арсеналом практики является модель чередования. Используйте МК, когда мотивация к изменению является

проблемой, и отложите его в сторону, когда пришло время для других задач (Miller & Moyers, 2006). В одном исследовании, где мы заранее отбирали терапевтов с отличным навыком активного слушания, мы обнаружили, что они вполне естественно приспособились к компонентам МК в рамках комбинированного лечения, но, казалось, имели больше трудностей со сдвигом в более директивный стиль для поведенческих компонентов (Miller, Moyers, et al., 2005). В модели чередования возможно гибко переходить между МК и другими стилями в зависимости от клинической задачи. С такой точки зрения консультант может прекращать и начинать практиковать МК. Консультация может начаться с МК, а затем перейти к другим стратегиям, если клиенты готовы к действию (Longabaugh et al., 2005; Miller, 2004). Если мотивационные препятствия возникают позже, МК можно снова «достать обратно с полки».

Тем не менее опытные клиницисты, владеющие МК, иногда находят это неудовлетворительной моделью. «Я в действительности никогда не откладывал МК в сторону», – говорят они. Это значит, что они не просто держат МК в резерве на случай его необходимости. Их опыт показывает, что МК каким-то образом интегрируется и переплетается со всеми их клиническими практиками. Это стало клиническим стилем, с помощью которого отрабатывается широкий спектр лечебных задач. Будучи больше, чем какое-то конкретное действие, МК стало для них способом делать, способом практиковать.

В нашем нынешнем понимании МК как консультирования, включающего четыре клинических процесса, последняя интеграционная модель несет больше смысла. Вовлечение, фокусирование и планирование (понимается шире как включающее реализацию) являются процессами, встречающимися во многих различных формах практики. Процесс побуждения, который более специфичен для МК, уместен для усиления мотивации к изменению, и, как и для каждого процесса, есть времена, когда он необходим, и когда в нем нужды. Практика МК, как мы уже описали здесь, включает в себя плавное перемещение между этими четырьмя процессами. Это не чередование входа и выхода из МК, а искусное переплетение процессов, которое откликается на непосредственное состояние клиента.

Другой аспект данной интеграционной модели практики – это лежащая в основе суть МК (Глава 1), которая может поддерживать широкий диапазон конкретных практик. Это *Menschenbild* (представление о человеке) и понимание своей собственной роли в содействии динамике изменения нельзя просто включить и выключить. Стремление ума и сердца к партнерству, принятию, сопереживанию и побуждению может быть прочной основой для хорошей практики. Это, как нам кажется, является еще одной причиной, почему клиницисты не испытывают себя на предмет «выхождения» или «выключения» из МК, при движении с клиентами через процесс изменения.

Стиль МК, по-видимому, совместим с широким спектром других клинических практик. Когда МК сочетается с другим активным лечением, эффективность обоих может повышаться (Hettema et al., 2005; Westra, 2012). До сих пор наиболее распространенной «примесью» к МК были когнитивно-бихевиоральные процедуры (например, Ali, Hagshenas, Reza, Ira, & Maryam, 2011; Arkowitz & Westra, 2004; DiLillo, Siegfried, & West, 2003; Kertes, Westra, Angus, & Marcus, 2011; Longabaugh et al., 2005; Merlo et al., 2010; Parsons, Golub, Rosof, & Holder, 2007; Runyon, Deblinger, & Schroeder, 2009; Smith, Heckemeyer, Kratt, & Mason, 1997). Гибридные комбинации такого рода создают определенные проблемы в обеспечении следования процедуре лечения (Haddock et al., 2012). МК можно в равной степени объединить с разными видами вмешательств: образовательными (Gance-Cleveland, 2007; Leak, Davis, Houchin, & Mabrey, 2009; Sherman et al., 2009), фармакологическими (Anton et al., 2005; Heffner et al., 2010), в области здравоохранения (Thevos, Kaona, Siajunza, & Quick, 2000), в области социального сопровождения (Robles et al., 2004) и другими. Клинически данная интеграция может иметь больше смысла, чем подобное лошадиным скачкам сравнение МК с другими подходами, хотя МК в качестве минимального активного лечения является оправданным контрольным условием в клинических исследованиях, чтобы определить, могут ли другие методы лечения обеспечить

значимую разницу (например, Davidson, Gulliver, Longabaugh, Wirtz, & Swift, 2007).

Различающиеся роли и контексты

МК наиболее часто используется в контексте лечения, где специалист сферы здравоохранения и социальной помощи (например, социальный работник, психолог, фармацевт, физиотерапевт) разговаривает с людьми об изменении. В последнее время применение МК было расширено за счет включения других контекстов услуг. Мы кратко рассмотрим несколько из этих новейших адаптаций.

Коучинг

Коучинг – это процесс помощи кому-либо в приобретении навыка, и он является общим компонентом различных профессий. «Лайф-коучи» предлагают консультации по широкому кругу вопросов.

Процесс коучинга решает вопросы: конкретных личных проектов, успеха в бизнесе, общих условий и переходных стадий в личной жизни клиента, отношений или профессиональной сферы, путем исследования того, что происходит прямо сейчас, путем выяснения, какие у вас могут быть препятствия и проблемы, а также выбирая курс действий, чтобы сделать вашу жизнь такой, какой вы хотите ее видеть (Получено 12 августа 2011 г. с сайта www.lifecoaching.com).

В связи с этим коучинг может иметь много общего с МК. Процессы вовлечения, фокусировки и планирования в таких описаниях очевидны, и процесс МК по побуждению кажется естественным. «Лайф-коуч» может быть сертифицирован одной или несколькими организациями, и может иметь или не иметь какую-либо подготовку в МК. Коучинг изменения поведения также иногда проводится лицензированными специалистами в области здравоохранения, такими как медсестры (Bennett et al., 2005; Borrelli et al., 2005; Butterworth, Linden, McClay, & Leo, 2006) и психологи (Passmore, 2007; Passmore & Whybrow, 2008).

Вместе с тем методы, используемые для коучинга, столь разнообразны и часто непонятно куда их отнести: к консультированию или к психотерапии. Конечно, с точки зрения главного намерения: помочь людям в совершении позитивных жизненных изменений, деятельность коуча имеет параллели с коммуникационным стилем МК (Antiss & Passmore, 2012; Lawson, Wolever, Donovan, & Greene, 2009; Mantler, Irwin, & Morrow, 2010; N. H. Miller, 2010; Newnham-Kanas, Morrow, & Irwin, 2010). Баттерворт (Butterworth, 2007) отмечает: «На сегодняшний день, лечебный коучинг на основе мотивационного консультирования является единственной техникой, которая была полностью описана и последовательно продемонстрирована, как казуально и независимо связанная с положительными поведенческими результатами».

В целом тренеры (в том числе спортивные тренеры и инструкторы) различаются своими стилями, лежащими в диапазоне между директивным и ориентирующим. (Мало спортивных тренеров применяют сопровождающий стиль!) Когда коучинг больше сосредоточен на ориентировании, в результате выявляются лучшие стороны человека или команды. В отличие от в высшей степени директивного авторитарного стиля здесь может быть место для МК. Хорошая практика преподавания, коучинга и лечения включает пробуждения в людях опыта изменений способом, часто сильно напоминающим МК.

Образование

Образование является самой новой областью применения МК, хотя существует долгая история человекоцентрированного и сократического стиля образования (Rogers, 1980b). Адаптации МК были описаны с целью предотвращения ухода учащихся из средней школы (Atkinson & Woods, 2003) и депрессии (Connell & Dishion, 2008); сокращения прогулов (Enea & Dafinoiu, 2009); улучшения навыков обучения и оценок (Daugherty,

2009); для урегулирования проблемы курения (Bolger et al., 2010; Harris et al., 2010), употребления алкоголя (Baer, Kivlahan, Blume, McKnight, & Marlatt, 2001; Burke, Da Silva, Vaughan, & Knight, 2005; Scholl & Schmitt, 2009; Tevyaw et al., 2007) и употребления марихуаны среди учащихся (Swan et al., 2008; Walker et al., 2006); предотвращения ожирения (Flattum, Friend, Neumark-Sztainer, & Story, 2009); в вопросах организации учебного процесса (Reinke, Herman, & Sprick, 2001); и в работе с учениками, которым был вынесен дисциплинарный выговор (Kelly & Lapworth, 2006; LaBrie, Lamb, Pedersen, & Quinlan, 2006).

Из приведенного выше списка можно заметить, что эти ранние попытки применения МК в образовании были направлены в сторону решения разнообразных проблем. Еще не полностью изучена экстраординарная совместимость между МК и успешной деятельностью в вопросах воспитания и эмоционального здоровья, в более широком смысле. Потенциалом для МК является оказать влияние на повседневную педагогическую практику, показывая, что это перспективное направление для работы.

Дополнительное вмешательство

Практикующие специалисты спрашивают нас: «Можно ли провести МК за несколько минут?» Это в известном смысле похоже на вопрос: «Можете ли вы играть на фортепиано 5 минут?» Недостаточно времени для того, чтобы исполнить большой концерт, но, конечно же, можно поиграть на инструменте или попрактиковать стиль МК в любое время. Вероятно, настоящим вопросом является: возможно ли добиться положительных сдвигов за несколько минут МК. Это не только возможно, но даже если у вас есть лишь несколько минут для обсуждения изменения поведения, МК, скорее всего, будет более эффективным, чем предупреждение с грозящим пальцем (Soria et al., 2006). Примеры относительно коротких консультаций МК, влияющих на изменение поведения, были описаны для различных контекстов, включая: первичное медицинское обслуживание (Aharonovich et al., 2006; Barkin, 2008; Bernstein et al., 2005; Butler et al., 1999; D'Amico, Miles, Stern, & Meredith, 2008; Hollis et al., 2005), психиатрию (Brown et al., 2009; Graeber, Moyers, Griffith, Guajardo, & Tonigan, 2003; Hulse & Tait, 2002), стоматологию (Koerber, Crawford, & O'Connell, 2003; Weinstein, Harrison, & Benton, 2004), ведение беременности (Handmaker & Wilbourne, 2001; Valanis et al., 2001), детоксикацию (Stotts et al., 2001), обмен игл (needle exchange, имеется в виду практика бесплатного обмена средств для введения наркотика на использованные. – *Прим. ред* .) (Stein, Charuvastra, Maksad, & Anderson, 2002), донорство крови (Sinclair et al., 2010), отделения неотложной помощи (Bernstein & Bernstein, 2008; Bernstein, Bernstein, & Levenson, 1997; Longabaugh et al., 2001; Monti et al., 1999; Neighbors, Barnett, Rohsenow, Colby, & Monti, 2010; Spirito et al., 2004), травматологические центры (Monti et al., 2007; Schermer et al., 2006), и консультацию по телефону (Bell et al., 2005; Valanis et al., 2003). Хотя это менее изучено, но МК может также предлагаться в качестве дополнительного вмешательства в контекстах других услуг, таких как социальное обеспечение, программы поддержки занятости, аптека и юридическая помощь.

Исправительные меры

Исправительные меры – это еще одна область, в которой использование МК набирает обороты (McMurran, 2009; McMurran & Ward, 2004; Walters, Clark, Gingerich, & Meltzer, 2007). Примеры применения были описаны для условного осуждения и условно-досрочного освобождения (Clark, 2005; Clark, Walters, Gingerich, & Meltzer, 2006; Harper & Hardy, 2000; Walters, Vader, Nguyen, Harris, & Eells, 2010), лишения свободы (Farbring & Johnson, 2008; Rosen, Hiller, Webster, Staton, & Leukefeld, 2004; Slavet et al., 2005; Stein et al., 2006), исправительных мер для несовершеннолетних и в вопросах опеки и попечительства (Feldstein & Ginsburg, 2006; Hohman, 1998; Hohman & Matulich, 2010; Patel, Lambie, & Glover, 2008), реабилитации правонарушителей

(Birgden, 2004; Dia, Simmons, Oliver, & Cooper, 2009; Easton, Swan, & Sinha, 2000; Kistenmacher & Weiss, 2008; LaChance et al., 2009; Mann & Rollnick, 1996), а также в области программ укрепления здоровья населения для полицейских и пожарных (Anshel & Kang, 2008; Elliot et al., 2007).

Очевидно, что изменение поведения является одной из важных задач в исправительных системах. Таким образом, вмешательства, которые являются эффективными в обеспечении изменения, имеют основополагающее значение. Есть ли основания полагать, что правонарушители как группа будут реагировать иначе, чем другие люди, на вмешательства с целью проведения изменения? Одним из фактов является то, что в силу ограничения свобод, у них может наблюдаться повышенный по сравнению с нормой уровень реактивности и оппозиционная реакция с целью противостояния подходам, которые еще больше наносят урон их автономии. Исследования подтверждают лучшую реакцию на МК, чем на более директивный стиль, среди людей с высоким уровнем реактивности (Grodin, 2006; Karno & Longabaugh, 2005a, 2005b; Karno, Longabaugh, & Herbeck, 2009). С этой точки зрения, МК может быть особенно хорошо подходящим стилем для работы с правонарушителями.

Противоположное предположение заключается в том, что антисоциальные индивидуумы могут не реагировать на МК, из-за их предполагаемой неспособности сформировать терапевтические отношения. Одно исследование, проведенное на небольшой группе людей с антисоциальным расстройством личности (Rosenblum et al., 2005), подтвердило, что когнитивно-бихевиоральная терапия более эффективна, чем групповое мотивационное лечение, основанное на теории самоопределения. Другие исследования не подтвердили данное предположение (Project MATCH Research Group, 1998b) и высказывали мнение, что антисоциальные индивидуумы могут лучше реагировать на МК, чем на более конфронтационные подходы (Grantet al., 2009; Woodall, Delaney, Kunitz, Westerberg, & Zhao, 2007).

Специалисты, которые работают в исправительных системах, часто играют двойные и потенциально конфликтные роли по отношению к правонарушителям (см. Главу 10). Одна из них содействует изменению поведения, эта роль лучше выражена в совместной работе с правонарушителями. В то же время специалисты, работающие с правонарушителями, часто имеют дело с требованиями принудительного исполнения или отчетности, которые могут поставить их в отношения противоборства. Мы считаем, что эти роли совместимы, когда ограничения и обязанности специалиста четко понятны обеим сторонам, и специалисты, работающие в исправительной системе, могут и приобретают навыки в МК (Hartzler & Espinosa, 2011). Непредвиденные обстоятельства «если… то» роли принудительного исполнения не совместимы с сообщением такого рода: «Я хочу сделать все, что я могу, чтобы помочь вам добиться успеха и быть свободным». Как и в работе с другими категориями людей, практикующий МК предполагает, что у правонарушителей есть внутренняя мотивация для позитивного изменения. Отстаивание необходимости этих изменений может предсказуемо побудить сопротивление или пассивное молчание, в то время как подход МК стремится найти и укрепить собственную мотивацию правонарушителя к переменам. Начальные результаты снижения рецидива среди правонарушителей, с которыми велась работа с применением МК, обнадеживают (Antiss, Polaschek, & Wilson, 2011).

Организации

Как и в исправительных учреждениях, в организациях имеет значение, какое *Menschenbild* (представление о человеке) имеют менеджеры о тех, кто находится под их управлением. В своем классическом издании «Человеческой стороны предприятия» 1960 года Макгрегор (McGregor, 2006) противопоставил то, что он назвал Теорией X и Теорией Y о том, как мотивировать людей на рабочем месте. Первая из них, Теория X, заключается в том, что работники по определению ленивы и немотивированны, не любят работать, и будут

стараться делать как можно меньше. По этой причине исходящие из Теории X менеджеры, как правило, бдительны, скептичны, с недоверием относятся к сотрудникам и в значительной степени опираются на угрозы, принуждение, ограничивающий надзор, поощрения и наказание, чтобы заставить работников делать то, что они должны, иначе наказание неизбежно. В отличие от этого, Теория Y представляет собой видение, что у работников есть нераскрытые таланты и творческие способности, что они часто наслаждаются своей работой и способны к самоконтролю и саморегуляции. По теории Y, работа менеджеров заключается в обеспечении для таких работников правильной атмосферы, чтобы выявить их ответственность, мотивацию и творческое участие на рабочем месте.

Обе теории, как правило, оказываются самосбывающимися пророчествами, и успешные предприятия давно признали преимущества организации по Теории Y, вселяющей производительность, креативность и готовность к действию. Хотя эти идеи были уже описаны ранее Макгрегором и Эдвардсом Демингом (Walton, 1986), наиболее быстро они были приняты и осуществлены в Японии для преобразования экономики этой страны.

Менеджеры, инспекторы, наблюдающие за условно осужденными, или консультанты, которые рассматривают свою работу сообразно Теории X, вовлекаются в борьбу за власть, в своего рода бойцовский поединок, или в игру в кошки-мышки. Вы *обязаны заставить* человека увидеть, подчиниться и измениться. Так как люди по своей природе не любят, чтобы их контролировали, они естественным образом реагируют, подчиняясь как можно меньше, избегая, уклоняясь и демонстрируя свою независимость. Это, в свою очередь, просто подтверждает, что Теория X – это правильное мнение о человеческой природе. По правде говоря, быть приверженцем Теории X – не лучшая забава, эмоциональное выгорание может оказаться сильным. Если вы консультируете людей, держа в уме Теорию X, они, как правило, будут занимать оборонительную позицию, сопротивляться, злиться, противоречить и будут неохотно соглашаться на то, чтобы прийти снова или измениться. Если вы консультируете людей, держа в уме Теорию Y, они, как правило, более открыты, заинтересованы, мотивированны, удобны, вовлечены и склонны к изменению.

МК имеет много общего с теорией Y и с методом позитивной оценки ситуации: подходом к совместному изменению в организации, предназначенному для того, чтобы побудить силы и возможности (Cooperrider & Whitney, 2005; Madsen, 2009). Вместо решений, исходящих от стороннего эксперта, они выводятся из самой системы, и хорошее слушание является здесь ключевым моментом. МК также отражает обычно используемые методы в посредничестве (медиации) и урегулировании споров, где вовлечение, фокусирование, побуждение и планирование являются знакомыми процессами.

Тот же самый потенциальный конфликт ролей, упомянутый ранее в отношении исправительной системы, также рассматривается, когда МК используется в организациях. Чьим интересам и благополучию мы служим? Попытка использовать МК в образовании, бизнесе или исправительной системе, чтобы сделать людей более «управляемыми», не согласуется с духом сопереживания МК, описанным в Главе 2.

Религиозные организации

МК может быть полезным и для религиозных организаций. Большинство мировых религий предлагают модель того, что значит жить праведной жизнью и поддерживают людей в развитии соответственно определенным принципам и ценностям (Kass & Lennox, 2005). Тем не менее, научно обоснованными методами помощи людям в изменении в данном контексте нередко пренебрегают, отчасти из-за взаимного недоверия между психологией и религией (Delaney, Miller, & Bisono, 2007; Miller & Martin, 1988). В культурах, где религия занимает центральное место в личностной и общественной идентичности, религиозные организации могут быть благодатной почвой для способствования изменению поведения в отношении здоровья (например, Resnicow et al., 2002, 2004). Человекоцентрированный стиль общения определенно может быть осуществлен в рамках религиозного контекста (Buber, 1971; Buber, Rogers, Anderson, & Cissna, 1997; Merton,

1960; Miller & Jackson, 1995), и МК часто совместимо с религиозным пониманием человеческой натуры (например, Martin & Sihn, 2009; Miller, 2000).

Адаптация мотивационного консультирования для конкретных групп населения

Возникают вопросы относительно того, как МК может быть использовано для конкретных групп населения. Для данных целей мы рассмотрим два больших наглядных примера: практика МК для людей с когнитивными нарушениями и кросс-культурная адаптация МК.

Когнитивные нарушения

Может ли МК принести пользу людям с повреждением головного мозга или пациентам, перенесшим инсульт, больным шизофренией, страдающим нарушением обучаемости или пожилым людям с когнитивными нарушениями? Испытывают ли они трудности с мотивацией к изменению? С какими изменениями они сталкиваются и как эти изменения обычно рассматриваются в рамках практики?

Существует тенденция полагаться на в высшей степени директивный стиль при работе с людьми, которые определены как люди с когнитивными нарушениями: чем больше нарушение, тем больше склонность к решению проблем за них. Любое путешествие по дому престарелых свидетельствует об узаконенном использовании выпрямительного рефлекса, удачно дополненным героическими усилиями людей по сохранению любых крупиц достоинства и автономии, которые у них еще остались. Люди с когнитивными нарушениями имеют потребности и чаяния, не очень сильно отличающиеся от потребностей других людей. Здесь нет недостатка в хорошо обоснованных призывах оказать таким людям, по крайней мере, такое же уважение и сопереживание, которое оказывается людям с меньшим количествам нарушений. У человекоцентрированного подхода, который уделяет внимание потребностям людей в достоинстве и автономии, достаточно защитников. Человекоцентрированный подход не тождественен МК, но является отличным фундаментом для него.

Какую роль может играть МК в помощи людям приспособиться к изменившимся обстоятельствам, неприятным симптомам и к когнитивным нарушениям? Развиваются печатные материалы, посвященные использованию МК в работе с различными группами людей с разными видами когнитивных нарушений. Эти исследования, вплоть до настоящего времени, имели тенденцию фокусироваться на людях, находящихся на трудном конце спектра, в то время как намного большее количество людей страдают от нарушений в менее серьезной степени. Тем не менее показательно, что МК оказывается полезным даже при серьезных нарушениях.

Вполне вероятно, что люди с различными видами когнитивных нарушений не могут реагировать на МК так, как на более конкретные подходы. Здесь актуальны два основных вида доказательств. Первый тип исследований рассматривает когнитивное нарушение в качестве замедлителя реакции на различные методы лечения. До сих пор не были найдены меры когнитивных функций, способные предсказать дифференцированную реакцию на МК. В масштабном многоцентровом исследовании проверялась гипотеза, что клиенты покажут худший результат при использовании МСТ (мотивационно-стимулирующей терапии), чем в двух более интенсивных и структурированных контрольных группах лечения, если они (1) имеют больше когнитивных нарушений, или (2) обладают более низким (более конкретным) концептуальным уровнем когнитивного функционирования (Project MATCH Research Group, 1997a). Ни одна из гипотез не была подтверждена (Allen, 2001; Donovan, Kivlahan, Kadden, & Hill, 2001). Другие исследователи не зафиксировали никакой связи между когнитивным функционированием и результатами МК (Aharonovich, Brooks, Nunes, & Hasin, 2008), хотя данные исследования изучали основные эффекты когнитивных

нарушений, а не дифференцированное взаимодействие с МК. Во-вторых, за пределами исследований дифференцированной реакции, основанной на когнитивном функционировании, МК было специально протестировано для групп с различными когнитивными нарушениями; мы ниже кратко обсудим данное исследование.

Существует также основание предполагать, что МК может быть особенно полезным для лиц с когнитивными нарушениями, которые обычно испытывают трудности в одной или нескольких из этих областей: внимание, скорость обработки информации, память и исполнительные функции (включая инициирование или мотивацию, торможение, гибкость мышления, метакогнитивные процессы и самосознание). Техники МК могут естественным образом помочь в нескольких из этих общих проблем. Рефлексии и резюме обеспечивают повторение ключевой информации и должны стимулировать внимание и память. Извлечение изменяющих высказываний (в противоположность психопедагогическим подходам) может также способствовать запоминанию, так как материал поступает от пациента и обрабатывается более глубоко. Рефлексии могут укрепить метакогнитивные функции и самосознание, и сделать это таким образом, чтобы свести к минимуму сопротивление, которое является распространенным явлением после травмы головного мозга. В целом МК направлено на улучшение мотивации и планирования действий, что должно помогать при проблемах с инициированием. Для людей, которые лучше всего реагируют на конкретные стимулы и у которых есть проблемы с планированием, более тщательное планирование действий (например, посредством использования конкретных целей и реализации намерений в письменной форме) может способствовать воспоминанию и доведению дела до конца. И, наконец, МК имеет тенденцию быть кратким и направленным. Люди с черепно-мозговой травмой часто борются с усталостью, особенно с когнитивной усталостью и со сверхстимуляцией. МК может преодолеть проблемы и в этих областях[25].

> МК приспосабливается к существующим различиям, а не предполагает их существование.

Опубликованные до сих пор источники определенно оптимистичны в этом вопросе (Suarez, 2011). В рандомизированном исследовании с участием 411 пациентов обнаружилось, что те, с кем было проведено четыре сессии МК, вскоре после острого инсульта, спустя один год были в значительно меньшей степени подвержены депрессии и реже умирали в течение года (Watkins et al., 2007, 2011). И точно так же пациенты, которым рандомизированно назначили серию коротких МК по телефону после неотложного лечения черепно-мозговой травмы, показали более значительное улучшение когнитивного функционирования, настроения и хорошего самочувствия через год наблюдения (Bell et al., 2005; Bombardier et al., 2009). Злоупотребление алкоголем также является распространенной проблемой до и после черепно-мозговой травмы, и в когортном исследовании метод МК значительно увеличил срок воздержания от питья в первый год после выписки (Bombardier & Rimmele, 1999). Наконец, в небольшом, неконтролируемом пилотном исследовании, проведенном на материале группы труднообучаемых правонарушителей, было зафиксировано значительное улучшение в мотивации и самоэффективности в отношении изменения после трех сессий, проведенных в мотивационной группе (Mendel & Hipkins, 2002).

Применение в разных культурах

Насколько успешно мотивационное консультирование путешествует из культуры в культуру? Мы иногда сталкиваемся с комментариями, что «люди в нашей (или в этой) культуре предпочитают разговор начистоту, и им просто нужно сказать, что делать».

---

[25] Спасибо Шарлю Бомбардье за это видение.

Обратите внимание на разницу между «нашей» и «этой» группой. Одна перспектива берет начало изнутри культуры, другая – от усилий общения сквозь культурные различия. Что их объединяет, так это часто встречающийся оттенок разочарования или скептицизма, что МК может не сработать с конкретной подгруппой. Иногда беспокоит то, что слушание и побуждение кажутся слишком медленными или мало ощутимыми для конкретной группы. Это, конечно, вопрос, поддающийся проверке, и также существует точка зрения, которая предполагает сомнительные дихотомии: что люди внутри групп однородны, и что единственной альтернативой является говорить людям, что следует делать (директивный стиль) или оставить их, чтобы они сами сделали умозаключение (сопровождающий стиль). МК в отличие от них основывается на ориентирующем стиле, который включает в себя предоставление информации и выбора и помогает людям выяснить, что может подойти им наилучшим образом. Здесь, конечно, не идет речь о том, чтобы оставаться безучастным и позволить беседе перейти в свободное падение.

Мы находим, что воспринимаемая потребность определенной группы, в том, чтобы им говорили, что нужно делать, чаще проистекает от специалистов, нежели от самих клиентов. Безусловно, клиенты различаются по своим предпочтениям директивного, ориентирующего и сопровождающего стилей, и МК вмещает в себя эти предпочтения. Идея, что все члены определенной группы требуют или предпочитают один стиль общения, недооценивает внутригрупповую неоднородность, и сама похожа на стереотип. МК приспосабливается к существующим различиям, а не предполагает их существование.

Существует очень простое решение вопроса о том, что люди предпочитают, – это спросить их об этом. Вы, вероятно, обнаружите, что это в меньшей степени личностная или культурная черта, скорее всего, это будет зависеть от контекста, в том числе и от серьезности решаемой проблемы и от их веры в вас как в специалиста.

Опубликованные на сегодняшний день исследования обеспечивают серьезную поддержку и содержат мало поводов для беспокойства при кросс-культурном переносе МК. Клинический метод МК был применен к таким разноплановым проблемам, как: содействие безопасному употреблению воды в сельских общинах Замбии (Thevos et al., 2002; Thevos, Quick, & Yanduli, 2000), сокращение незащищенного секса (Golin et al., 2012), увеличение употребления фруктов и овощей с помощью афроамериканских церквей (Resnicow et al., 2001, 2005), поддержка тестирования на ВИЧ среди коренных американцев (Foley et al., 2005), соблюдение режима лечения СПИДа (Hill & Kavookjian, 2012) и побуждение отказа от курения у родителей больных детей в Гонконге (Chan et al., 2005). Такие применения находятся на некотором расстоянии от кабинета консультанта, и они вдохновлены усилиями избежать наиболее широко используемой иерархически организованной практики, которую олицетворяет благонамеренная и распространенная по всему земному шару воспитательная работа: говорить людям, что им следует делать и почему, в надежде что они будут меняться.

В дополнение к этому доказательства кросс-культурной применимости МК исходят из диапазона культур и языков, на которых оно практикуется. Книги о МК были переведены по меньшей мере на 22 языка, и существуют преподаватели МК, говорящие по меньшей мере на 45 различных языках на шести континентах.

Таблица 25.1.
Мотивационное консультирование через переводчика

Мы имели опыт практики и преподавания МК через переводчика, который выполнял двусторонний перевод между английским и еще одним языком. Ряд ограничений налагается просто из-за перерывов на перевод. Обычно эмпатическая рефлексия возникает сразу после высказывания клиента. При работе через переводчика клиент делает высказывание, оно переводится, затем вы даете ответ, который переводится обратно. Даже если перевод полностью точен, эта задержка может добавить неловкость в беседу. Существуют и дальнейшие сложности, если

переводчик не понимает, что вы делаете. Например, слыша идеальную реакцию (ответ), переводчик однажды «отчитал» консультанта: «Она уже говорила это!» Если переводчик не понимает намерения практикующего специалиста при формулировании вопроса или в отражении конкретного аспекта речи клиента, МК может быстро пойти наперекосяк. По этой причине, если вам представился случай проводить МК через переводчика, было бы хорошо иметь такого переводчика, который знаком или даже является специалистом в работе с МК.

Процессы вовлечения действительно отличаются в разных культурах, но слушание лежит в основе почти всех из них. Хорошее слушание хорошо функционирует в рамках различных культур. Надо очень сильно напрячь воображение, чтобы представить себе таких людей, которые не хотят быть желанными, услышанными, понятыми, принятыми и признанными в качестве автономной человеческой сущности. Исходя из нашего опыта, это ценится повсеместно. В рамках МК люди расцениваются в качестве знатоков самих себя, что является лучшей тактикой поведения с учетом культурных различий, чем полагать, что вы знаете личность другого человека. Один метаанализ клинических исследований показал, что величина эффекта от МК была в два раза больше, когда те, кого лечили, преимущественно происходили из национальных меньшинств США (прежде всего из афроамериканского и латиноамериканского меньшинств) по сравнению с теми, где большинство составляло белое население (Hettema et al., 2005; см. также Lasser et al., 2011). Коренные американцы, участвующие в одном исследовании, продемонстрировали значительно больше изменений при лечении, основанном на МК, чем при двух психотерапевтических методах, с которыми оно сравнивалось (Villanueva, Tonigan, & Miller, 2007).

Культурные нюансы будут встречаться во многих аспектах МК, и консультанты, происходящие из этой же культуры, могут быть лучше подготовлены к ним. Культурные нормы вежливости могут влиять на то, как и когда кто-либо переходит от вовлечения к фокусированию или от побуждения к планированию. Процесс побуждения опирается на язык и нормы поведения, которые люди обычно используют по отношению друг к другу, когда спрашивают о чем-либо и ведут переговоры об изменении. Совместный творческий процесс планирования будет зависеть от представления о времени, причинности и личной свободы выбора. По этой причине, может быть преимуществом, когда человек, проводящий МК, имеет то же этническое происхождение (Field & Caetano, 2010). Тем не менее базовые процессы сами по себе хорошо переносятся из культуры в культуру и основываются в значительной степени на семантических универсалиях.

Будет ли работать мотивационное консультирование

Даже несмотря на то, что МК было использовано в довольно обширной массе тем и контекстов, по-прежнему часто случается, что хорошее исследование является довольно редким явлением при использовании МК в отношении конкретной проблемы или группы людей. С научной точки зрения, есть все основания для скромности в том случае, когда делается претензия на эффективность при отсутствии твердой исследовательской базы. Тем не менее, объем положительных отчетов предполагает потенциальную плодотворность МК в еще неисследованных областях. Для практикующих специалистов наш совет заключается в том, чтобы попробовать, а не предполагать априори, что МК не может принести пользу из-за какого-то клиента или культурного атрибута. Мы изначально скептически относились к влиянию МК на подростков, больных шизофренией, людей с травмами головного мозга или на матерей в отдаленных африканских деревнях. Попробуйте. С состраданием и заботой, находящимися в центре ваших усилий, вы вряд ли причините какой-либо вред, изучая потенциал МК помогать людям меняться.

И к этому совету попробовать мы добавим напоминание, что развитие навыков МК требует времени. Скоропалительные усилия вместе с минимальной подготовкой часто не дают хороших результатов. Низкое качество практики МК можно уподобить половине дозы

вакцины или антибиотика: правильная идея, но концентрации недостаточно.

Ключевые моменты

• Кроме индивидуальной консультации лицом к лицу, МК, как представляется, может быть адаптировано для проведения по телефону, видеотелефону, с группами людей или семьями, с помощью компьютера или печатных материалов.
• МК может быть объединено или интегрировано с другими активными видами лечения, потенциально повышая эффективность обеих процедур.
• МК также может быть адаптировано к различным контекстам отношений, в том числе к коучингу, образованию, дополнительному медицинскому вмешательству, работе в исправительных учреждениях и различных организациях.
• МК продолжает расширяться путем использования в работе с определенными группами людей и в различных культурах.

Глава 26
Интеграция мотивационного консультирования

Если хочешь идти быстро – иди один. Если хочешь идти далеко – идите вместе.
изречение на языке Сото-Тсвана, Южная Африка

Изменения, которые мы хотим видеть в мире, сначала должны произойти в нас самих.
Махатма Ганди

Как МК может быть интегрировано в существующие услуги? Возможности здесь разнообразны во всем спектре: от его использования несколькими практикующими специалистами, через помощь всем сотрудникам, желающим изучить МК, до его более широкого применения в клиентоцентрированной службе. Мы не имеем в виду, что это последовательность или идеал, это просто континуум возможностей для использования МК в системе обслуживания. Умеренное использование МК несколькими практикующими специалистами может вполне удовлетворить притязаний вашей организации. Можно помогать сотрудникам изучать МК, но это требует гораздо больше усилий, чем провести несколько обучающих семинаров, полагая, что работа сделана. Более широкая интеграция МК будет фокусироваться на вовлечении клиентов и их перемещениях в рамках оказываемых услуг, а также на том, как сотрудники обмениваются информацией и говорят друг с другом об изменении. МК может занять место в составе оказываемых услуг любым из этих способов.

Ограниченная реализация с небольшим числом сотрудников

Иногда первое применение МК в системе направлено на решение определенной проблемы или на конкретный этап в потоке предоставления услуг. Например, если процент потери клиентов при первичном приеме и процедуре оценки недопустимо высок, может иметь смысл интегрировать МК в начальное звено оказания услуг. Можно повысить вовлечение и лояльность клиентов, если они встретятся с высокопрофессиональным МК на начальном этапе контакта с программой. Чтобы внедрить МК в определенный этап оказания услуг, потребуется подготовка тех сотрудников, которые проводят первичный прием и начальную оценку, в вопросах использования МК в ходе выполнения их обязанностей. Как уже говорилось в Главе 24 и как будет обсуждаться далее в этой главе, начальной

подготовки будет, скорее всего, недостаточно без постоянного мониторинга и поддержания качества.

Другим умеренным вариантом было бы обучение МК отдельных сотрудников. Мы считаем, что лучшим для программы является обучать нескольких сотрудников одновременно, таким образом, чтобы они смогли вместе работать над продолжением совершенствования своих навыков. Пробный подход заключался бы в обучении МК определенной команды практикующих специалистов для определения того, улучшает ли это услуги и результаты клиентов, которым они оказываются. Хорошими кандидатами для такого обучения будут клиницисты, которые особенно заинтересованы в изучении этого подхода, возможно, после участия во вводном семинаре. Помните, что эффективность МК зависит от безукоризненной точности практики. Так, пользы для клиента не будет до тех пор, пока персонал не выработает и не сможет поддерживать достаточный уровень мастерства в предоставлении МК. Преждевременная оценка до того, как сотрудники выработают достаточное мастерство, вряд ли покажет положительный результат.

То, что мы, как правило, не рекомендуем, так это отправка одного или более сотрудников только на обучающий семинар, это вряд ли окупит затраченное время и ресурсы. Небольшой тренинг может убедить сотрудников, что они способны предоставлять МК (или уже это делают), но это вряд ли улучшит практические навыки и вряд ли принесет пользу клиентам. Мы также не рекомендуем посылать одного сотрудника для первоначального обучения с ожиданием того, что он или она вернется, и будут учить других сотрудников, так как (1) обучающий семинар сам по себе крайне редко бывает достаточным для развития собственной компетенции и понимания МК, не говоря уже о способности преподавать его другим; и (2) он или она будут лишены общества коллег с одинаковым уровнем подготовки, с которыми могла бы вестись работа по развитию профессиональных навыков.

Обучение всех сотрудников

Некоторые программы и менеджеры решили, что было бы желательно для всех своих практикующих специалистов (а в некоторых случаях, – и для всех сотрудников) развивать профессиональные навыки МК. Хотя люди будут отличаться своим потенциалом к овладению МК, обычной целью для персонала здесь является включение этого метода в свой клинический набор навыков.

Пока мы писали эту книгу, с нами связалось правительственное агентство, которое планировало обучать МК всех тех, кто предоставляет определенную психиатрическую помощь. Целью было, конечно, не просто посещение тренингов МК практикующими специалистами, а то, что они смогли бы развивать мастерство в практике данного похода, которое позволит улучшить результаты их клиентов. Первоначальный план заключался в том, что все работники будут обязаны пройти два семинара: введение в МК, а затем семинар продвинутого уровня. Потратив определенное время, усилия и деньги, все работники смогут посетить такие семинары и пометить галочкой, что они сделали это, но будет ли это достижением поставленной цели?

Роль семинаров

Как и большинство людей, которые преподают МК, мы оба начинали с предложения клинических семинаров продолжительностью один или два дня. Предполагалось, что после участия в таком семинаре люди будут готовы практиковать МК. В оценочных анкетах после обучения наши участники в целом оценили семинары достаточно хорошо и выразили уверенность в своих способностях использовать МК. Как говорилось в Главе 24: более тщательная оценка нашего собственного тренинга, основанная на образцах практики до семинара и после него, показала, что изменения в навыках, как правило, довольно незначительны, и вряд ли сильно повлияют на результаты клиента.

Обучающий семинар является хорошим началом, но это только начало. В среднем то, что можно ожидать от хорошего семинара по МК, – это ознакомление с целью, сутью и основными понятиями (узнать что-то *про* МК), некоторого ощущения того, как МК звучит и ощущается в действии, и небольшого улучшения в способности распознавать и практиковать соответствующие навыки. Улучшение навыков посредством обучающего семинара существеннее, чем от самообразования: чтения книг или просмотра записей МК, но все равно это улучшение невелико (Miller et al., 2004). Возможно, хорошей аналогией было бы аудиторное вводное занятие о том, как летать на самолете. Некоторые полезные знания могут быть получены и отражены в тесте на теорию вождения, но никто бы не хотел быть пассажиром в самолете, пилотируемом кем-то, кто освоил лишь одно аудиторное занятие или обучался самостоятельно. Этого просто не достаточно для того, чтобы приобрести или поддержать профессиональные навыки.

В Главе 24 мы описали содержание, которое, как мы считаем, должно быть включено в начальную подготовку по МК. Для этой цели мы добавляем несколько рекомендаций о выборе преподавателей. Во-первых, мы считаем, что любой, кто стремится помочь другим в изучении МК, сам должен для начала быть достаточно опытным в этом. Учитель, преподающий что-то «про» МК в рамках курса колледжа может иметь лишь базовые знания о нем, но тот, кто претендует на то, чтобы помогать людям изучать практику МК, должен быть в состоянии продемонстрировать это грамотно и на месте. Существует мало учителей скрипичной игры, которые не могут хорошо играть на скрипке. Во-вторых, для способствования обучению других требуется больше, нежели профессиональные навыки в определенной практике. Блестящий гитарист не обязательно обладает навыками или терпением, необходимым для того, чтобы учить других. Сеть преподавателей мотивационного консультирования (Motivational Interviewing Network of Trainers, MINT) была создана, чтобы помочь преподавателям развивать и продолжать совершенствовать навыки для того, чтобы облегчить процесс обучения МК (www.motivationalinterviewing.org). Опытный преподаватель делает гораздо больше, нежели просто говорит и демонстрирует МК. Мы, краснея, вспоминаем наш первый тренинг для преподавателей МК в 1993 году, в котором мы прописали фиксированный набор и последовательность упражнений без особого учета различий обучающихся, контекстов практики и проблемных областей. Это было начало, но искусное обучение МК требует гибкого использования различных стратегий обучения, которые сочетают «скажите, покажите и попытайтесь» (опишите, продемонстрируйте и обеспечьте возможность для практики с обратной связью). В-третьих, исследования МК и практика развиваются довольно быстро, и для компетентного преподавателя важно идти в ногу с текущими событиями. Основная мотивация для нас при написании данной книги была именно такой: существенные новые знания и развитие МК, которые возникли с момента нашего второго издания.

Обучающий семинар является хорошим началом, но это только начало.

Разумеется, учащиеся отличаются тем, как легко они развивают компетентность в практике МК. Как мы уже отмечали в Главе 24, меньшинство становятся профессионалами только лишь с помощью вводного семинара. Суть заключается в том, чтобы обеспечить достаточно возможностей для учащихся в том, чтобы достичь удовлетворительного уровня компетентности в практике и затем поддерживать эти навыки в течение долгого времени. Очень редко, когда семинаров достаточно для этого. Мы больше не предполагаем, что люди, которые посещают наши семинары, получат на них все необходимые навыки, но если мы сделали нашу работу хорошо, они будут знать достаточно о том, что такое МК, чтобы решить, хотят ли они освоить его и понять, как они могли бы это сделать.

Содействие постоянному коучингу и взаимной поддержке

Для правительственного агентства, которое упоминалось ранее, мы рекомендовали,

чтобы они отказались от своего плана по посещению всеми практикующими специалистами двух семинаров.

Вводные семинары были уже в стадии реализации, и с этим все было в порядке, но мы рекомендовали использовать ресурсы, которые были отведены на продвинутые обучающие семинары, на то, чтобы помочь каждому поставщику программы развить внутриорганизационные навыки и знания МК. В идеале каждая программа получила бы одного или двух человек в штате с достаточными навыками, чтобы помогать другим изучать и продолжать развивать навыки МК.

Это привлекательно по многим причинам. Местный преподаватель обладает более глубоким пониманием услуги, нежели преподаватель со стороны, и может реагировать на текущие потребности обучения и проблемы. Даже если весь персонал будет хорошо обучен, может произойти реорганизация штата или придется обучать новых сотрудников. Кроме того, изучение МК – это не разовое дело, а постоянный процесс. Сторонний преподаватель может обеспечить некоторые отдельные события, в то время как тренер из числа персонала будет на месте в долгосрочной перспективе. Обучению также способствует увлеченность преподавателей и учащихся, и этого легче достичь при непрерывных коллегиальных отношениях. Навязывание сотрудникам стороннего преподавателя может создать трудности с обеих сторон. Эта проблема может быть особенно острой в больших системах, где решения принимаются в относительной изоляции от повседневной практики, и благие намерения по подготовке всех сотрудников могут не оказывать предполагаемого воздействия. Клей, который часто связывает процесс обучения воедино – это непрерывный коучинг и взаимная поддержка.

Как тогда программа может развивать профессиональный опыт МК на месте? Вместо того чтобы сторонний преподаватель пытался привести всех к высоким стандартам практики, ресурсы должны быть направлены на развитие опыта местных преподавателей. Во время начальных фаз обучения (например, вводных семинаров) надо следить за людьми, у которых, кажется, есть перспективы для самостоятельного изучения МК в силу существующих навыков (например, рефлексивного слушания), энтузиазма, понимания, и/или стремительных успехов. Люди, которые показывают такую раннюю способность в профессиональных навыках МК, могут быть особенно хорошими кандидатами для того, чтобы помочь другим сотрудникам в изучении навыков МК. Также следует обратить внимание на внутригрупповую динамику персонала. Кого среди клинического персонала или руководителей особенно уважают и кому доверяют? Если такие лидеры общественного мнения также демонстрируют способности в изучении МК, они могут стать ключевыми ресурсами в развитии профессионализма в данной программе. После того как они сами достигнут приемлемого уровня профессиональных навыков практики, их можно подготовить, чтобы тренировать других в изучении МК (Ball et al., 2006).

Таблица 26.1.

Личная рефлексия: Недостатки иерархического стиля в обучении

Несколько лет назад я охотно объединил усилия с Карлом Оке Фарбрингом (Carl Åke Farbring), который играл важную роль в службе исполнения наказаний по всей Швеции. Мы разработали тщательно продуманную программу обучения МК, начиная с небольшой группы старших преподавателей МК и сосредоточились в основном на том, как обучать других. В свою очередь, они проводили обучающие семинары по всей иерархии исправительной системы, вплоть до персонала тюрем, работающих на переднем крае. Несколько лет спустя стало ясно, что эти нисходящие дозы обучающих семинаров имели мало желаемого эффекта. На самом деле, было трудно найти достаточное количество свидетельств применения МК на практике.

Затем мы задались целью преподавать в манере сотрудничества, используя тренеров и оставаясь ближе к ежедневным проблемам работников тюрем. Вместо

того чтобы пытаться преподавать метод МК как таковой, мы сосредоточились на «повседневных коридорных разговорах об изменении». Мы создали компьютерную программу, DVD, насыщенный видеоматериалами, чтобы помочь всем сотрудникам использовать более гибкие стили общения при попытке способствовать изменению. Материалы были показаны непосредственно до того, как сотрудники собрались в формате небольшого семинара с целью обсудить, как представленный материал может быть применен в их тюремной среде. Отзывы были полны энтузиазма, и в одной из тюрем наблюдалась ощутимо лучшая атмосфера. Как сказал доктор Фарбринг: «Должностные лица отметили, что мы были заинтересованы также и в их собственном благополучии и что работа с заключенными по-другому может помочь им чувствовать себя лучше на своей работе».

С.Р.

Еще один полезный ресурс в сложной рабочей среде – это постоянный контекст для конструктивной дискуссии о том, как продолжать развивать клинические навыки и сохранять их полноценными. Возглавить этот процесс может местный тренер или супервизор с опытом работы в МК, но также это осуществимо в относительно неформальной и органичной маленькой группе коллег, работающих вместе с целью укрепления своих навыков. Некоторые службы отводят плановое рабочее время для того, чтобы сотрудники работали вместе над клиническими проблемами, с которыми они сталкиваются: потенциально идеальный сценарий для улучшения навыков МК. Проект «Семейная медсестра» (Family Nurse Partnership) в Великобритании, например, обеспечивает непрерывность обучения, начиная с вводных семинаров МК путем частых сессий взаимной поддержки, используя руководство, содержащее сценарии клинических случаев и рекомендации для имитируемой практики. Если такое обучение включено в долговременные группы супервизии, то важно оставить время для отработки навыков, так как данные встречи часто затрачиваются на обсуждение административной стороны дела.

Как уже обсуждалось в Главе 24, главным условием обучения является непосредственное наблюдение практики, обычно с помощью записей. Такое наблюдение может быть предоставлено супервизором или тренером, а также развитию навыков способствует, когда клиницисты могут наблюдать за практикой друг друга и учиться в поддерживающей друг друга группе при наличии адекватного преподавания МК. Клиницисты, за которыми не наблюдали во время практики в течение некоторого времени, могут по вполне понятным причинам почувствовать потенциальную угрозу. Это важно, и в связи с этим следует направлять любое обсуждение наблюдаемой практики таким образом, который облегчает изучение и поддерживает безопасность (см. «Обучающееся сообщество» в Главе 24). Построение атмосферы, которая способствует безопасности вокруг демонстрации чьих-либо клинических навыков коллегам – это инвестиция, которая принесет много плодов. Имитируемая практика также может быть использована в контрольной сессии для создания мастерства МК, хотя способность продемонстрировать навык в имитации не гарантирует, что он используется на практике.

Улучшение разговоров об изменении на уровне организации

Помимо проведения тренингов по МК для сотрудников, некоторые программы стремятся предоставлять услуги в более общем, человекоцентрированном ключе, который согласуется с сутью, лежащей в основе МК, описанной в Главе 2. Это охватывает не только то, что происходит в рамках клинических консультаций, но и весь опыт клиентов с момента их обращения в службу: по телефону или онлайн, записавшись на прием и с помощью административного персонала, в форме любой корреспонденции, даже в проектировании пространства на физическом уровне. В какой степени все эти взаимодействия выражали уважение, желание сотрудничать и принятие? Создание системы оказания услуг, которая

передает эту суть, включает в себя то, как сотрудники разговаривают с клиентами, а также друг с другом. Имеет значение, как сотрудники думают об этом, говорят друг с другом об этом и готовы измениться, что является одной из причин, почему иерархическая доставка доз обучения может сильно не дотягивать до желанного воздействия. Не желая уходить далеко в мир изменения в организации, темы, искусно описанной многими другими, мы обратимся к тому, как коммуникация внутри и вне клинических консультаций могла бы быть лучше отлажена, при этом позволяя МК и другим подходам процветать в рабочей среде, в которой все участники подхода изменятся к лучшему.

Жизнь внутри клинической консультации часто определяется действием сил за ее пределами. То, как люди общаются друг с другом об изменении является нитью, которая проходит практически через все отношения. Стили общения могут переходить из контекста в контекст, параллельно с процессами коммуникации, которые проходят красной нитью через различные уровни службы. Рассмотрим, например:

> «То, что вам нужно делать на данном этапе, это…» (Это руководитель говорит консультанту или консультант обращается к клиенту?)
>
> «Я говорил ей это много раз, но она, похоже, меня вообще не слушает». (Это кто-то говорит о коллеге или о клиенте?)
>
> «Позвольте мне сказать, как добиться этого…» (Это менеджер говорит сотруднику или клиницист говорит клиенту?)
>
> «Этот человек невыносим. Он упрям и не будет сотрудничать». (Это о коллеге, руководителе или о клиенте?)

Конечно, иногда важно передать четкую информацию как при клинической консультации, так и в рамках службы в целом, и у менеджеров действительно есть иерархические отношения между начальником и подчиненным, так же, как и обязанности перед людьми, которыми они руководят. Мы также готовы признать ограниченность стиля МК в работе клиники, службы или системы, и возникающую время от времени потребность в директивном стиле. МК начиналось как клиническая консультация, а отношения «руководитель – подчиненный» не являются терапевтическими условиями. Существует руководящая роль и ответственность при осуществлении руководства. Если, например, сотрудник практикует в манере, которая является неэффективной или наносящей вред клиенту, и не реагирует на вмешательство в рамках ориентирующего стиля, существует управленческая функция для более директивного вмешательства, как было бы в случае с теми, кто осуществляет надзор за хирургами или пилотами самолетов.

Тем не менее, обычно существуют возможности для совершенствования манеры, в которой происходит коммуникация в рамках определенной организации, оказывающей услуги. Поиск лучшего способа провести беседу об изменении было одним из первоначальных устремлений МК. Как могли бы эти и другие особенности МК улучшить взаимодействие вне контекста клинических консультаций?

Идеи об оказании содействия изменению

Ряд сведений, основанных на МК, могут помочь провести ознакомительную беседу об изменении в рамках службы по оказанию услуг в целом.

1. Каким образом люди говорят о вопросах изменения? За конкретным содержанием существуют стилистические аспекты коммуникации, которые несут предсказуемые последствия для результата и могут способствовать диссонансу или гармонии.
2. Сообщения, которые побуждают или усугубляют сохраняющее высказывание и разногласия, вряд ли способствуют изменению.
3. Чья-то автоматическая реакция исправить, закрепить или добиться изменений может оказаться не лучшим выбором.
4. Слушание является мощным инструментом, который сам по себе может

способствовать изменению. Обращение к людям с уважением и интересом, а не в авторитарно-директивном стиле, скорее всего, приведет к взаимодействию и изменению.

5. Амбивалентность является повсеместной и нормальной. Сотрудники, так же как и клиенты, часто чувствуют себя амбивалентно по отношению к изменениям, с которыми они сталкиваются.

6. Вовлеченность важна и является основой для всех других совместных коммуникаций.

7. Собственные потребности и мотивы людей обеспечивают основу для активной заинтересованности и лучшего результата изменения.

8. Связывание всего этого вместе является качеством межличностных отношений. Если улучшить коммуникацию по поводу изменения, снизятся разногласия, повысится толерантность к амбивалентности и двусмысленности, изменения будут выполняться более плодотворно.

Эти представления о межличностных аспектах изменения возникли не только благодаря МК. Они опираются на исторически сложившийся фундамент мудрости в таких сферах деятельности как образование, воспитание детей, коучинг, клиническая практика и управление.

Таблица 26.2.
Параллельные положительные коммуникации в разных ролях

Молодой родитель рассказывает о помощи ребенку в освоении новых способов решения задачи:	«Я считаю, что если я воздержусь от ответа и дам ему время и место подумать об этом, результат потрясающий: он возвращается с решением!»
Медсестра беседует с молодым родителем, который испытывает амбивалентность в отношении изменений:	«Эта задача кажется немного пугающей, хотя вы можете ее решить. Как вы могли бы это сделать?»
Старшая медицинская сестра говорит медсестре о ее работе и трудовой нагрузке:	«У меня есть несколько идей, но мне интересно, какие у вас есть соображения о том, как вы могли бы лучше справиться с этим количеством пациентов».
Менеджер говорит группе старших медицинских сестер:	«Непросто увидеть путь сквозь эти сокращения. Какую поддержку я мог бы обеспечить, чтобы помочь вам?»
Руководитель программы обращается в письме ко всем сотрудниками:	«В наступающем году у нас будет шанс обдумать, как мы могли бы улучшить наш сервис в этом году. Для этого я предлагаю провести целый час в обсуждении данной проблемы на нашей встрече в пятницу. Вы поделитесь идеями, которые у вас имеются, а я поделюсь знаниями о бюджете».
Высокопоставленный государственный служащий, выступая на конференции для руководителей программ:	«Мы должны ускорить процесс ввода данных оценки в систему и мы хотим привлечь ваш опыт, чтобы он помог нам понять, как этого добиться».

Рассмотрим в Таблице 26.2 примеры параллельных позитивных процессов в коммуникации с целью проведения изменения. В каждом из этих сценариев к изменению подходят в одинаковой манере. Поддержка медсестры перекликается с навыками развивающего обучения, описанными родителем, помогающим ребенку освоить саморегулирование. Люди из этого списка работают сообща, рассматривают другого как источник мудрости и проницательности, выражают уважение автономии, опираются на сильные стороны и сдерживаются от привнесения собственного неоспоримого опыта. Многие из качеств отмечены в Главе 2 про суть МК. Более того, если эти разговоры были продолжены, скорее всего, изменяющие высказывания возникли вполне естественно. Какие последствия могли бы иметь такие установки на изменение, будь они жизнеспособными и распространенными в условиях организации?

Сходство в разговорных стилях внутри и за пределами кабинета врача не случайно. Что является нормативным взглядом на человеческую природу в конкретной организации? Если сотрудники объединяются вокруг важности способствования автономии, сотрудничеству и веры в силы другого человека, чтобы учиться и изменяться, МК не покажется чужеродным. Медсестра и руководитель, возможно, не учились МК, но они, вероятно, восприимчивы к изучению того, как использовать разговорные навыки, чтобы выявить то лучшее, что есть в клиентах. В ходе повседневных взаимодействий люди часто обнаруживают, что подход партнерства более успешен, чем подход требования, когда надо наладить долгосрочное сотрудничество и провести изменения. Почему же тогда этот подход к изменению не очень широко используется в служебных условиях?

Злоупотребление директивным стилем

Директивный стиль иногда необходим в управлении клиникой и для защиты благополучия клиента. Этот стиль может быть реализован с тактом, ясностью и в хороший момент и может быть предложен в более широком контексте поддержки и сотрудничества. Однако им можно злоупотребить и сформировать преобладающий директивный стиль взаимодействия в организации. Нетрудно представить, например, как сценарий в Таблице 26.2 был бы подорван использованием директивного стиля и выпрямительным рефлексом, возможно, обусловленными желанием решить проблемы быстро и ощущением работы под давлением. Родитель будет говорить ребенку, что делать, медсестра – советовать родителям, как организовать жизнь, старшая медсестра предпишет лучше управлять рабочей нагрузкой, и так далее вверх по лестнице. Имеет значение, как вы подходите к вопросам изменения. Спросите поставщиков услуг, что им меньше всего нравится во внедрении изменений в их службу, и основной темой будет: мы часто амбивалентны к изменениям, и мы не любим, когда нам говорят в приказном порядке, что нужно делать. Люди хотят иметь право голоса в изменениях, которые их касаются, и им нужно время, чтобы воспринять, подумать и двигаться дальше. Изменение без вовлечения часто ощущается как принудительное и, скорее всего, приведет к разногласиям.

Большинство организаций находятся где-то между полярными сценариями директивного стиля «сделай это» и ориентирующе-совместного стиля. Мы часто слышим противоречия в сочетании этих стилей от людей, которые осваивают МК. Практикующие специалисты рассказывали нам:

> «В клинике по-настоящему тяжело. Мы все очень заняты, и у нас не хватает времени, чтобы встречаться, не говоря уже о практике наших навыков. Затем, когда я нахожусь с клиентом, к тому моменту, как я закончил оценку, которую я должен выполнить с самого начала, уже сложно найти место для МК. Большую часть времени я просто на бегу делаю свою работу».

Мы сознательно выбрали слово «интеграция» для этой главы, чтобы предложить совместное согласование МК в рамках более широкой клиентоцентрированной работы. Иерархический подход к реализации противоречит стилю и сути МК. Одна из наших

наименее любимых точек отправления – это когда персоналу говорят: «Вы будете изучать МК, нравится вам это или нет». Совпадение взглядов представителей разных ступеней служебной иерархии с большей вероятностью будет способствовать ощущению причастности к решению и творческому сотрудничеству в реализации. Все руководители знают, что иногда изменения должны произойти, но как и МК, их лучше всего сделать «вместе» и «для» людей, а не «на» людях или «над» ними.

Теперь обратим внимание на вспомогательные средства и практическую помощь, призванную компенсировать избыток директивного стиля, двигаясь в сторону более конструктивных изменяющих бесед в рамках организации в целом и для лучшей интеграции МК в лечение клиентов.

Три области для улучшения

Следующие три области выделяются в качестве благодатной почвы для развития беседы об изменении в консультации и за ее пределами.

Обе ноги опираются на ориентирующий стиль

В Главе 1 мы описали гибкое использование континуума стилей (директивный – ориентирующий – сопровождающий) в отношении коммуникации с клиентом. Существуют моменты, когда управление необходимо и целесообразно, будь то в воспитании детей, управлении, преподавании или в клинических консультациях. Иногда лучше подходит сопровождающий стиль: просто слушать без какого-либо плана действий, присутствуя, поддерживая и понимая. МК находится в золотой середине: ориентирующий стиль с достаточным использованием сопровождающего стиля, и со сдержанным использованием управления. Один специалист, проходящий обучение МК, выразила это следующим образом: «Я оставляю свои ноги твердо стоять на ориентирующем стиле и двигаюсь в обе стороны по мере необходимости». Она рассказывала о своей клинической работе, но эта позиция может применяться более широко для улучшения в организации в целом.

Занятость является палкой о двух концах в рабочих условиях. В лучшем случае это является эффективным и продуктивным, в худшем – вызванная стрессом реакция на давление. Существует склонность верить, что, когда изменение необходимо, а времени мало, директивный стиль необходим для того, чтобы «сделать работу». Хотя логика нам понятна, мы ставим под сомнение достоверность данного предположения, что просто сказать людям, что им делать, является действенным (не говоря уж эффективным) методом стимулирования изменения. Управление, как правило, побуждает разногласие и сопротивление, и может на самом деле уменьшить вероятность того, что изменение произойдет. Как ни странно, использование директивного стиля иногда также оправдывают «деланием своей работы».

> «Моя работа в качестве социального работника заключается в защите детей. Я говорю родителям, что они должны делать, а они должны это выполнять».
>
> «Как человек, который обучает поведению при диабете, я должен лишь давать конкретные факты людям и предупреждать их о том, что произойдет, если они не будут держать под контролем свой уровень сахара. Я не могу заставить их сделать это».
>
> «Я говорю своим сотрудникам, что от них ожидают, и рассказываю о последствиях неподчинения. Я – начальник, и если им не нравится это, они могут работать в другом месте».

Как будто у вас есть список знаний, которые должны быть переданы, и тех вещей, которые люди должны сделать. (Иногда в буквальном смысле существует перечень). «Когда я все им сказал, моя работа закончена». Вопрос, естественно, заключается в том, является ли чья-то работа передачей фактов, или содействием изменению. Чтение нотаций заведомо неэффективно для изменения такого установившегося проблемного поведения, как алкоголизм (Miller, Wilbourne, & Hettema, 2003), и крайне мало обучающих программ

для квалифицированных работников опираются только на передачу информации. (Представьте себе: «Я рассказал ему, как работают средства управления самолетом. Теперь это его задача – поднять самолет в воздух».) Будь то клиницист, родитель, инспектор, наблюдающий за условно осужденными, учитель или руководитель: рабочая задача заключается в облегчении процесса обучения и изменения. Ригидная привязанность к директивному стилю обычно неэффективна, если даже не вредна всем участникам. Лидер реализации практики в правительстве сказал нам:

> «Реальное разочарование для меня видеть, как некоторые менеджеры говорят с персоналом своего медицинского учреждения. Они были бы шокированы, если бы кто-то стал так говорить с клиентами, так почему же они общаются с коллегами в такой манере?»

Если менеджеры и руководители скопируют предложенные им умения практикующих специалистов, используя в частности ориентирующий и сопровождающий стили при решении проблем, атмосферу совещаний и других встреч можно улучшить. Такая же толерантность к амбивалентности и ограничение на использование директивного стиля, которые полезны для клиентов, могут быть внедрены для получения хорошего эффекта вне клинической консультации. Таким образом, умелая коммуникация не эквивалентна изучению или практике МК, но ориентирующий стиль в рамках организации может сформировать широкую системную платформу, на которой процветает МК и клиентоцентрированная практика. Одним из результатов использования ориентирующего стиля в управлении может быть более активное вовлечение сотрудников, чувство одобрения и уважения той работы, которую они делают.

> Толерантность к амбивалентности и ограничение на использование директивного стиля может быть внедрено для получения хорошего эффекта вне клинической консультации.

Вовлечение улучшает результаты

Вовлечение клиента часто является термометром хорошо функционирующих терапевтических отношений или службы (S. D. Miller et al., 2005, 2006). Его противоположность хорошо известна любому практикующему специалисту: это разочарование при виде того, как клиенты уходят от него на разных этапах своего путешествия. Рассмотрим пример, который указывает на многие области для улучшения в вовлечении.

Молодой человек приходит на первую сессию консультирования злым и разочарованным тем, как все винят его за употребление наркотиков и его «плохое поведение». В первый раз он пришел на запланированный послеобеденный прием взволнованным и разбитым и прождал час, сидя напротив других клиентов. Секретарь обменялась с ним парой коротких фраз, затем он кратко встретился с социальным работником и координатором службы. Сейчас второй визит, и консультант проводит стандартную оценку, которая занимает 35 минут, а затем пытается рассказать ему о целях лечения, таких как полностью отказаться от наркотиков. Клиент по-прежнему сопротивляется и злится.

Если правда то, что говорят многие клиницисты, то первые несколько мгновений встречи являются определяющими, и не трудно заметить, как можно улучшить вовлечение в сценарии, приведенном выше. Насколько уважительным по отношению к человеку был опыт часового ожидания на глазах у других людей, когда ему так плохо? Насколько хорошо его выслушали, и проявил ли персонал интерес к его личным проблемам? Это вопрос не только более эффективной коммуникации, но и других вещей тоже: опыт ожидания в приемной может быть изменен, хотя бы перестановкой стульев.

Обмен информацией – это искусство

Одним из наиболее щедрых вкладов МК в улучшение обслуживания может быть изменение порядка обмена информацией. Информационная перегрузка может пронизывать опыт клиента и практикующего специалиста. Записки, протоколы, распоряжения, алгоритмы и данные оценки могут быть составлены, исходя из предположения, что если люди получают данные, а содержание является точным, все будет хорошо. Клиническим эквивалентом может быть карикатура на практикующего специалиста, который верит, что все, что нужно сделать – это поднять крышку на голове пациента, положить внутрь побольше информации, и изменения будут проходить в установленном порядке. Вопрос о том, как давать клиентам обратную связь о результатах оценки был одной из отправных точек МК (Miller & Sovereign, 1989; Miller et al., 1988) и стал толчком для структуры «выявить – сообщить – выявить», описанной в Главе 11: набор навыков, который может довольно легко быть усвоенным менеджерами или руководителями, так же как и практикующими специалистами. Интеграцию информации можно рассматривать не как событие, а как процесс, который требует внимания с обеих сторон.

Акцент на то, *как* вести обмен информацией, повышает уровень сложности задачи общения с клиентами; например, как оценка может быть интегрирована в увлекательную беседу (см. Главу 9). В более крупных организациях это выльется в призыв избегать информационного «сброса отходов» на сотрудников, и осознавать, что и письменное, и сказанное слово обладают властью способствовать изменению, или нет. Из МК мы узнали, что предоставление информации является вопросом взаимоотношений, а не операцией для выполнения. Таблица 26.3 предоставляет некоторые предложения о том, как улучшить беседы об изменении, как одного из аспектов изменения организационной культуры.

Более широкий взгляд

Здесь мы рассмотрели, как конкретно МК может быть использовано для улучшения беседы об изменении в рамках организации. Очевидно, что существуют более емкие аспекты сферы услуг, которые могут передавать ощущение партнерства, принятия, сопереживания и стремление вызвать к жизни идеи и креативность каждого человека. Какова миссия организации и что за ценности управляют ею?

Таблица 26.3.
Примеры улучшения беседы об изменении

	С КЛИЕНТАМИ	С КОЛЛЕГАМИ
Обе ноги опираются на ориентирующий стиль	Используйте все три стиля общения в ответ на изложенные потребности вашего клиента. Ориентирующий стиль часто побуждает изменяющее высказывание и обеспечивает хорошую основу для оттачивания навыков МК.	Избегайте злоупотребления управлением и используйте сопровождающий стиль, прежде чем пытаться решить проблемы. Это способствует вовлеченности и улучшению рабочих отношений. Используйте направление больше, чем управление, когда пытаетесь способствовать изменению других.
Вовлечение улучшает результаты	Рассмотрите путь клиента в рамках организации. Как может быть улучшено вовлечение? Рассмотрите каждую беседу, дизайн процедур, и даже такие вещи, как планировку места ожидания.	Рассмотрите, как вы могли бы улучшить вовлечение коллег. Ваши отношения с ними являются основой работы и вашего собственного благополучия. Уважительное слушание и интерес к пониманию точек зрения других людей являются ключом к укреплению сотрудничества.
Обмен информацией — это искусство	Избегайте раздачи оценок до того, как вы надлежащим образом вовлечете клиента. Рассмотрите креативные способы оценки без доминирования в беседе (см. Главу 9).	Избегайте односторонней информации, которая отталкивает от коллег. Рассмотрите как стратегия «выявить—собщить—выявить» может помочь вам в вашей коммуникации с коллегами.

Как определяются и изменяются процедуры? Какое сообщение несет обустройство физического пространства? Нить коммуникации проходит через все аспекты сервиса.

МК не является панацеей или подробным руководством по организационному развитию, но оно может быть интегрировано в услуги. По мере того как МК становится частью хорошей практики, оно также может влиять на коммуникацию в рамках организации. Большинство организаций подвержены постоянным изменениям, которое может быть тяжелым испытанием как для сотрудников, так и для клиентов, которых они обслуживают. Находки МК обеспечивают альтернативу чрезмерному увлечению директивным стилем.

Ключевые моменты

• МК может быть интегрировано в организацию различными способами: от обучения нескольких сотрудников с целью реализации его в конкретном аспекте услуг, до обучения всех сотрудников с целью распространения в службе человекоцентрированного подхода.

• Одни лишь семинары обычно обладают небольшим эффектом в изменении практики; сложные навыки, как правило, изучаются с помощью обратной связи и коучинга (супервизии).

• Услуги по содействию изменению могут стать лучше от перехода от чрезмерной приверженности директивному стилю к ориентирующему стилю.

Часть VII
Оценивание мотивационного консультирования

В этом заключительном разделе мы рассмотрим вопросы, связанные с оценкой процессов, результатов и качества МК. Всесторонний обзор обширных клинических исследований МК выходит за рамки этой книги, мы не настолько квалифицированы и не настроены давать объективную оценку фактам. Вместо этого в Главе 27 мы предоставляем краткую историю оценивания МК и возникшие соответствующие линии исследования. Один очевидный вывод – это то, что качество практики МК имеет значение, и в Главе 28 мы рассматриваем, как оценить точность следования процедуре для обеспечения качества и улучшения и в более общем плане, что способствует эффективности мотивационных бесед.

Глава 27
Научное доказательство и оценивание мотивационного консультирования

Факты всегда дружелюбны, любая частица доказательства, которой может овладеть человек, в любой области, ведет его ближе к правде.

Карл Р. Роджерс

Учитесь обращать внимание на обычные вещи, пока они снова не стали необычными.

Г. К. Честертон

Ни один автор весомой фразы, полезного изобретения или перспективной идеи не имеет возможности контролировать использование, к которому его или ее творение предназначено. Они не могут представить, какое будущее может быть уготовано вещи, которую они пустили в ход.

Аннет Гордон-Рид

Мы размышляли, как лучше обобщить научные доказательства эффекта МК, и остановились на любимом методе: рассказать историю. Развитие МК тесно переплетается с новыми, а иногда и с удивительными результатами исследования с момента его создания. История о том, как развивалось МК, является также и повествованием об энергичном танце между научными исследованиями и практикой, и о том, как они дополняют друг друга.

Таким образом, мы начинаем с этой новой истории, а затем завершим главу нашей собственной точкой зрения на состояние доказательной базы на сегодняшний день. Для

удобства повествования, рассказ начнется от первого лица единственного числа (В.М.В.).

Эволюция мотивационного консультирования

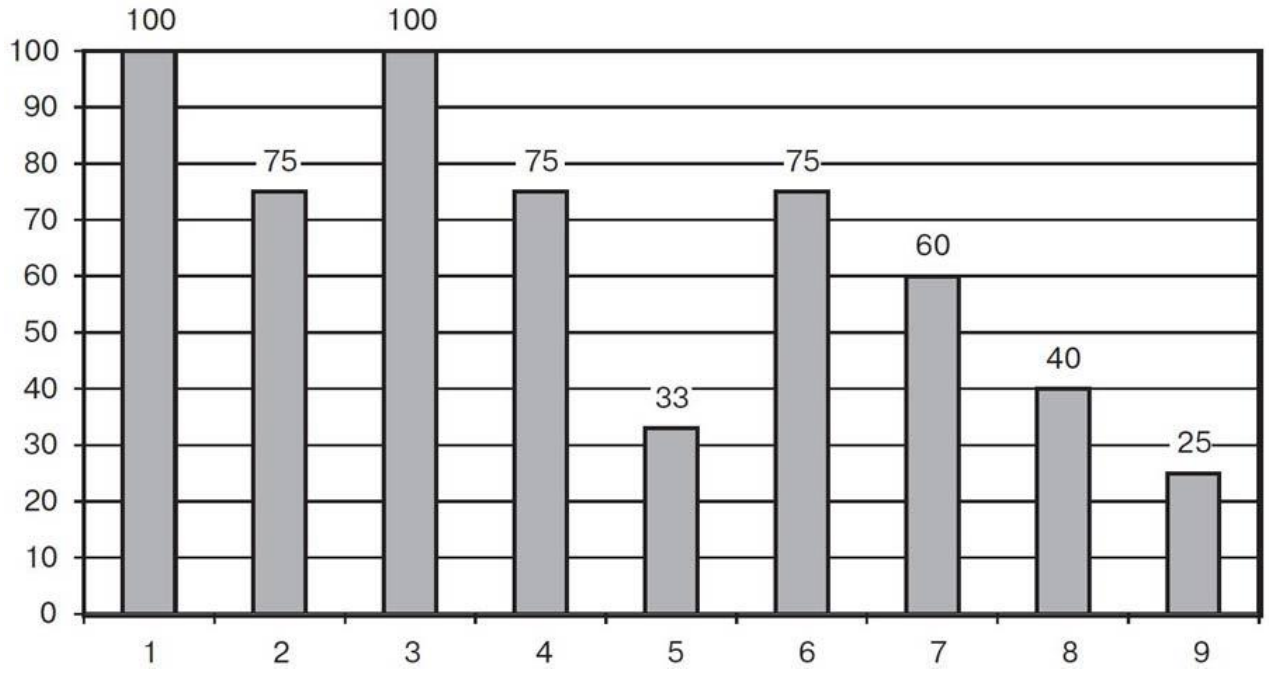
Альбукерке

Когда я начал свою исследовательскую карьеру сначала в Орегонском университете, а затем на моем факультете, расположенном в Университете Нью-Мексико, основное внимание я уделял лечению проблемного злоупотребления алкоголем. Результаты моих исследований оказывались не такими, как я ожидал, и я удивлялся, почему. В своей диссертации я протестировал три различных поведенческих терапии, чтобы помочь проблемным алкоголикам умерить употребление алкоголя (Miller, 1978). Наименее интенсивные (и навязчивые) из них работали так же хорошо, как и наиболее интенсивные, была также неожиданная находка в отношении пособия по самопомощи (Miller & Muñoz, 1976), которое мы распространили после того, как лечение было закончено. Половина клиентов получила пособие сразу, в то время как другая половина (выбранная случайным образом) не получила его до первой встречи после окончания терапии через 3 месяца. К моему удивлению, те, кому дали пособие, сразу снижали употребление алкоголя на протяжении следующих 3 месяцев, в то время как для другой группы уровень употребления алкоголя был неизменным, таким, каким он был в конце лечения.

Это подсказало нам идею следующего исследования (Miller, Gribskov, & Mortell, 1981). Насколько лучшего результата достигают люди, если их лечит консультант, по сравнению с самостоятельной работой по пособию самопомощи? Ответ опять был неожиданным: абсолютно не лучше. Проблемные алкоголики, которые пришли на одну консультацию и вернулись домой с материалами по самопомощи, существенно уменьшили употребление алкоголя: в среднем настолько же, как и те, которые получили по 10 амбулаторных сессий с консультантом. Я так сомневался в отношении данного вывода, что мы с изменениями повторили исследование еще три раза в Нью-Мексико, получая все тот же результат (Harris & Miller, 1990; Miller & Taylor, 1980; Miller et al., 1980). Действительно ли терапия не отличается от самопомощи?

Опять же, ключ к разгадке пришел из неожиданного источника. Во время моего обучения в Орегонском университете я познакомился как с поведенческой терапией, так и с клиентоцентрированным стилем консультирования Карла Роджерса (Rogers, 1959, 1980 b). Они, как мне показалось, естественным образом подходили друг к другу, поэтому при обучении терапевтов в Нью-Мексико я учил их и точной эмпатии: искусному стилю слушания, разработанному Карлом Роджерсом, и поведенческим техникам. Способом, которым мы поддерживали верность процедуре лечения в данных исследованиях, было наблюдение за сессиями терапевтов посредством зеркал одностороннего видения, и мы документировали не только следование поведенческой терапии, но также и качество точной эмпатии, используя шкалу, разработанную исследовательской группой Роджерса (Truax & Carkhuff, 1967). Особенно важным сотрудником в то время была энергичная студентка по имени Шерил Тейлор, которая помогала координировать эти исследования. Когда наши последующие дополнительные данные были собраны, мы проверили показатели успеха девяти терапевтов, чьи клиенты были приписаны к ним способом случайной выборки (Miller et al., 1980). Хотя все девять консультантов проводили одинаковую по структуре, соответствующую описанию в пособии поведенческую терапию, процент клиентов с успешными результатами широко варьировался. Фактор того, к какому из терапевтов был приписан клиент, обладал самым сильным влиянием на результат. Тогда мы расположили терапевтов в зависимости от степени, с которой они активно слушали своих клиентов, и вот что мы увидели:

Таблица 27.1.
Процент положительных результатов по терапевту



Из клиентов, которые работали с терапевтом, в отношении которого мы все согласились, что он показал наивысший уровень навыка эмпатии (№ 1), все имели хороший успех в управлении своим употреблением спиртного. Напротив, только 25 % из тех, кто работал с консультантом с наименьшим уровнем эмпатии, получили хороший результат. Корреляция не была идеальной, но была довольно сильной (r = 0,82). Мы были в состоянии предсказать две трети вариаций в результатах клиентов за 6 месяцев (количество стандартных доз алкоголя, которые они потребляют в неделю) на основе того, насколько хорошо их слушал консультант! Этот эффект был значительно больше, чем любые другие различия в лечении, которые мы наблюдали. Даже за 1 год (r = 0,71), за 2 года наблюдения (r = 0,51) мы могли бы еще предсказать, сколько клиентов будут пить, исходя из этого навыка терапевта: точной эмпатии (Miller & Baca, 1983). Независимое исследование, опубликованное другой группой через год, отметило такую же сильную взаимосвязь между результатом клиента в управлении употреблением алкоголя и мастерством терапевта в клиентоцентрированном консультировании (Valle, 1981). У тех, кто работал с терапевтами с низким уровнем клиентоцентрированных навыков, частота срывов была до четырех раз больше по сравнению с клиентами, которые работали с умелыми консультантами по такой же программе.

С этими загадочными находками на уме я начал академический отпуск в 1982 году. Они, несомненно, повлияли на мои последующие размышления о МК.

Норвегия

Это началось в парикмахерской в Норвегии. Осенью 1982 года я был в академическом отпуске от Университета Нью-Мексико. Я и моя жена Кэти Джексон жили там, где я работал, в клинике Хьеллестад около Бергена. То, что раньше было конторой цирюльника, было очищено, чтобы создать для меня прекрасный угловой офис с окнами, выходящими на лес. Это были беззаботные 6 месяцев, когда единственным способом связаться со мной был телефон или «улиточная почта». (Шутливое название обычной почты в противоположность электронной. – *Прим. ред* .) Мои должностные обязанности включали в себя проведение лекций по когнитивно-бихевиоральным методам лечения зависимости, но директор клиники, доктор Джон Лаберг спросил, желал бы я также регулярно встречаться со их командой молодых психологов, многие из которых недавно закончили учиться, чтобы обсуждать вопросы исследования и лечения. Я охотно согласился, и эти неофициальные встречи оказались одним из наиболее важных и продуктивных опытов в моей карьере.

С моими свежими данными о важности точной эмпатии (Miller et al., 1980), я начал обучать эту группу навыкам рефлексивного слушания. Это перешло в дискуссию и практическую ролевую игру о том, как эти навыки могут быть применены в лечении проблем с употреблением алкоголя. Норвежские психологи были в ролевой игре клиентами, которых они наблюдали, изображая клинические случаи, которые они нашли особенно сложными, и я сделал все возможное, чтобы ответить им самым полезным способом, каким я только мог в своей собственной практике. Они участвовали активно и вдумчиво, фокусируясь на процессах, происходящих в рамках этих взаимодействий. Они часто останавливали меня, чтобы задать мне аналитические вопросы о процессе.

> «О чем вы думаете в этот момент?»
> «Вы просто задали вопрос. Почему вы задали именно этот вопрос?»
> «Вы отрефлексировали то, что сказал клиент. Почему из всех вещей, на которых вы могли бы сосредоточиться, вы отреагировали именно на это и почему вы скорее рефлексируете, чем отвечаете каким-нибудь другим способом?

Пытаясь понять, почему я делаю то, что я делал клинически, они заставили меня глубоко проанализировать и оформить это в словах. В процессе я начал формулировать некоторые правила принятия решений, которые, казалось, я использовал на практике, хотя я не был осознанно о них осведомлен. Например, в отличие от обычной практики лечения зависимости в то время, я не противостоял и не боролся с «сопротивлением», но отвечал иначе (чаще всего с рефлексивным слушанием) таким образом, который, казалось, уменьшал сопротивление. Я также организовывал разговор таким образом, чтобы подтолкнуть клиента выдвинуть аргументы в пользу изменения, а не выдвигать их самостоятельно.

Для меня трудно отделить то, что я привнес в эти беседы, от вклада в диалог моих норвежских коллег. Конечно, я не поехал в Хьеллестад с какой-либо предварительной концепцией данного подхода. Том Барт, который был важным участником этого процесса, вспоминает свою группу, привнесшую в беседу влияние групп семейной терапии в Пало-Альто, Калифорния, от которой я также получил много полезного во время клинической ординатуры там. Без сомнения, то, что произошло в парикмахерской, было высокоинтерактивным, в конечном счете, это взрастило процесс, который, я не думаю, что кто-то из нас мог бы создать в одиночку. Есть чудесный смысл в том, что МК в буквальном смысле исходило от меня.

> МК в буквальном смысле исходило от меня.

На протяжении нескольких недель этой осени я конспектировал наши беседы и начал записывать некоторые клинические принципы, которые возникали из этих ролевых игр. В течение примерно трех месяцев я скомпоновал их в рабочее описание, которое я назвал «мотивационное консультирование». Его я раздал участникам группы, а также отправил нескольким коллегам для того, чтобы они его прокомментировали (Moyers, 2004). У меня не было намерений издать книгу; в конце концов, у нас вообще не было научных доказательств, что это будет работать. Кроме того, это не было взято из какой-либо конкретной психологической теории. Это возникло сугубо из интуитивной практики и рефлексии. Один коллега, которому я отправил рабочий документ, был Рэй Ходжсон, который оказался редактором британского журнала «Поведенческая психотерапия». К моему удивлению, Рэй написал, что он хотел бы опубликовать это в виде статьи, если бы я смог сократить объем вдвое. Я сократил, и он опубликовал (Miller, 1983), и я думал, что это, вероятно, будет последний раз, когда я слышу о нем.

Транстеоретическая модель изменения

В 1980-е также разрабатывается и набирает обороты транстеоретическая модель изменения (TTM) (Prochaska & DiClemente, 1984). Ныне знакомые этапы изменения

ТТМ в психотерапии (McConnaughy, Prochaska, & Velicer, 1983) подчеркивали, что клиницистам необходимо быть гибкими, используя методы, соответствующие текущему уровню готовности клиента к изменению. Большинство когнитивно-поведенческих терапий разработано для стадии действия, когда клиенты готовы к изменению, но что делать с клиентами, которые находятся на ранних стадиях отсутствия осознания проблемы, размышления и подготовки? МК как клинический инструмент задумывалось именно для таких «менее готовых» клиентов: параллель, которую я изобразил в оригинальной статье об МК (Miller, 1983). Впоследствии, Третья международная конференция по лечению аддиктивного поведения, прошедшая в Шотландии под руководством Ника Хизера, была организована для того, чтобы представить ТТМ международной общественности и рассмотреть клинические вмешательства в зависимости от стадии (стадий), на которой они могли бы быть наиболее применимы (Miller & Heather, 1986, 1998). Похоже было, что МК концептуально сочетается с ТТМ и предоставляет актуальный пример того, как работать с клиентами, которые менее готовы к изменениям.

Проверка пьющего

Можно ли найти мотивацию для изменения в самих клиентах, подобно тому, как мои коллеги добивались от меня идеи МК? Существует ли лучший источник мотивации? Первым шагом было исследовать то, что другие знали о мотивации к лечению. Большую часть этого чтения я был в состоянии завершить в течение второй половины моего академического отпуска в Стэнфордском университете весной 1983 года. Это было задолго до эпохи электронного поиска информации, и я по-прежнему писал на печатной машинке, таким образом, я имел удовольствие рыскать по полкам Стэнфорда в поисках журналов и монографий, делая заметки вручную за старыми деревянными библиотечными столами. Полученный обзор литературы (Miller, 1985b) убедил меня, что преобладающий клинический фокус на отрицание и мотивацию как на характерные черты клиента был ошибочным. Действительно, мотивация клиента, безусловно, была динамическим процессом, отвечающим на различные межличностные влияния, включая совет, обратную связь, постановку цели, непредвиденные обстоятельства и выбор среди альтернатив.

В Университете Нью-Мексико наша группа размышляла над тем, как клинический стиль МК и научная литература на тему того, что влияет на мотивацию к лечению, могут быть переработаны в определенные вмешательства, которые могли бы быть опробованы. Моим главным лаборантом в течение этого периода, по-прежнему без какого-либо гранта для финансирования работ, был еще один находчивый студент по имени Гейл Бенефилд Соверен. Мы создали «Проверку пьющего» (ПП), которая была разработана в качестве низкопорогового краткого вмешательства для проблемных алкоголиков. Наша надежда была, что ПП увеличит вероятность обращения за медицинской помощью при проблемах с алкоголем.

Впервые описанная в 1988 году, ПП состояла из тщательной оценки употребления алкоголя и потенциально связанных с ним проблем с помощью мер, чувствительных к менее выраженным уровням снижения функционирования, плюс повторный визит для того, чтобы проверить найденное в стиле, соответствующем МК (Miller et al., 1988). Проект рекламировался общественности в качестве бесплатной проверки алкоголика, который хотел бы узнать, причиняет ли ему алкоголь вред каким бы то ни было образом. Объявление уточняло, что это не было частью какой-либо программы лечения, никому не будут ставить диагнозы, а результат – это информация о состоянии здоровья, которую они смогут использовать по своему усмотрению. Отклик был на удивление большой. Каждый, кто пришел на ПП, имел причину для беспокойства, хотя большинство относило себя к «выпивающим в компаниях» и никогда не обращались за помощью в связи с их употреблением алкоголя.

Вопреки нашим чаяниям, относительно немного людей (14 %) искали какую-либо помощь в течение 6 недель после получения обратной связи. Вместо этого участники в

целом показали значительное немедленное снижение употребления алкоголя, которое сохранялось на протяжении 18-месячного последующего наблюдения и подтверждалось сопутствующими отчетами (Miller et al., 1988). Второе исследование ПП дало сходные результаты с еще большим снижением потребления алкоголя, в основном без дополнительного лечения (Miller et al., 1993). Таким образом, наше ожидание, что ПП повлечет за собой поиск помощи, не оправдалось; скорее оно мотивировало людей провести самоизменение в вопросе выпивки. Люди, случайным образом попавшие в список ожидания в данном исследовании, за 6 недель показали небольшие изменения или совсем никаких, но продемонстрировали значительное снижение употребления алкоголя после получения ПП в дальнейшем. Это сходно с нашими более ранними выводами, что проблемные алкоголики хорошо отреагировали на первичную консультацию и на самостоятельно направляемое изменение, даже в течение длительных периодов наблюдения (Miller, Leckman, Delaney, & Tinkcom, 1992). Другие сообщали о подобных результатах кратких вмешательств в других странах (Chick, Ritson, Connaughton, Stewart, & Chick, 1988; Edwards et al., 1977; Elvy, Wells, & Baird, 1988; Heather, Whitton, & Robertson, 1986; Kristenson, Ohlin, Hulten-Nosslin, Hood, & Trell, 1983). Наш обзор 32 контролируемых исследований установил, что краткие вмешательства для лечения чрезмерного употребления алкоголя, являются более эффективными, чем отсутствие лечения и часто похожи по своему воздействию на более интенсивные вмешательства (Bien, Miller, & Tonigan, 1993). В этом обзоре также указывалось шесть общих компонентов эффективного краткого лечения (см. также Miller & Sanchez, 1994), описанных акронимом FRAMES:

F eedback of personal status relative to norms
R esponsibility for personal change
A dvice to change
M enu of options from which to choose in pursuing change
E mpathic counselor style
S upport for self-efficacy[26]

То, что началось как интерес к мотивации *лечения* , теперь расширилось до фокуса на мотивации *изменения* **.**

Австралия

Вооружившись этой информацией, Кэти и я в 1989 году отправились в академический отпуск в Австралию по приглашению Ника Хизера, тогдашнего директора Национального научного центра исследования наркомании и алкоголизма в Сиднее. Там я имел счастье встретиться со Стивом Роллником, который был в отпуске из Уэльса и занимался исследованием краткого вмешательства в этом центре. Он был поражен, узнав, что я был человеком, который написал в 1983 году статью на тему МК, а я был поражен, узнав, что кто-то действительно это читал. Стив рассказал мне, что МК стало популярным методом в лечении зависимостей в Великобритании, и что он реагировал на растущий спрос на обучение МК. «И я даже не уверен, делаю ли я это правильно, – сказал он мне. Вы должны больше написать об этом».

Быстро стало очевидно, что не только Стив практиковал МК с тем же настроением и чувством, с которым делал это я, но и то, что он разработал полезные способы для преподавания его клиницистам. В Соединенных Штатах было относительно мало интереса к такому обучению, и я был в восторге, слушая его идеи и опыт. Мы решили написать о МК вместе, и результатом стало первое издание «Мотивационного консультирования» (Miller

[26] Обратная связь о состоянии человека относительно нормы Ответственность за личные изменения Совет измениться Набор вариантов, из которого можно выбирать, преследуя изменение Эмпатический стиль консультанта Поддержка самоэффективности.

& Rollnick, 1991). Поскольку мы оба разрабатывали МК для того, чтобы помочь людям, испытывающим проблемами с алкоголем, книга фокусировалась на зависимостях, включая некоторые главы, изучающие его потенциальную полезность для проблем с наркотиками, при работе с молодежью и правонарушителями.

Проект MATCH

В то время как мы писали в Сиднее, Национальный институт проблем злоупотребления алкоголем и алкоголизма США начал то, что станет крупнейшим рандомизированным клиническим исследованием методов лечения проблем с алкоголем. Названный MATCH, этот проект был специально предназначен для определения того, как подобрать для клиента лечебный подход, который работал бы для него наилучшим образом (Project MATCH Research Group, 1993). Одной из первых задач было выбрать и стандартизировать три метода лечения, которые будут протестированы. Когнитивно-бихевиоральная психотерапия была очевидным выбором, основанным на данных о результатах и теоретической ориентации большинства исследователей (Kadden et al., 1992). Очевидный контраст обеспечивался путем включения духовно-ориентированной 12–ступенчатой фасилитационной терапии («Двенадцать шагов». – *Прим. ред* .), отражающей весьма популярный в Соединенных Штатах лечебный подход (Nowinski, Baker, & Carroll, 1992). На основании исследования итогов краткого вмешательства, описанного выше, третье выбранное лечение было адаптацией «Проверки пьющего» в сочетании с клиническим стилем МК со структурированной оценочной обратной связью. Этот вариант имел другое теоретическое обоснование и процедуру по сравнению с двумя другими методами, и ему было дано имя мотивационно-стимулирующая терапия (МСТ; Miller, Zweben, et al., 1992). Чтобы избежать слишком большого контраста в дозах лечения (два других способа лечения длились по 12 сессий), в МСТ количество сессий увеличилось с двух до четырех, растянутых на 12 недель. Потом был процесс определения априорных гипотез о том, какое лечение должно работать лучше, для кого и почему (Longabaugh & Wirtz, 2001).

Результаты Проекта MATCH были подробно описаны и раскритикованы (Babor & Del Boca, 2003; Babor, Miller, DiClemente, & Longabaugh, 1999). Мы сосредоточимся на его роли в качестве первого многоцентрового клинического исследования вмешательства, основанного на МК. Ни одного прогноза не было сделано о различном результате трех методов лечения, и они действительно не различались по оценке исходов, проведенной после лечения (Project MATCH Research Group, 1997a). Несмотря на расхождения в интенсивности лечения (4 против 12 сессий), клиенты во всех трех группах показали значительное и устойчивое сокращения потребления алкоголя и проблем (Project MATCH Research Group, 1998a). Оказалось, что терапевты значительно разнились в своей эффективности в проведении МСТ, после контроля факторов клиентов (Project MATCH Research Group, 1998c). Наиболее последовательным эффектом в подборе лечения было то, что у гневных клиентов особенно хорошо обстояли дела с МСТ, по сравнению с двумя другими методами лечения (Karno & Longabaugh, 2004, 2005a, 2005b; Waldron et al., 2001). Люди, в чьем круге общения было недостаточно поддержки отказа от алкоголя, лучше сосуществовали с 12-ступенчатым лечением, чем с МСТ, по-видимому, из-за поддержки трезвого образа жизни сообществом, которая обеспечивается в АА (Longabaugh et al., 1998).

Важное решение

В 1990-е годы мы размышляли, стоит ли нам попытаться сохранить контроль над качеством практики и обучения МК. Должны ли мы официально зарегистрировать товарный знак «Мотивационное консультирование», чтобы ограничить его использование? Доверенный коллега призывал нас сделать это и предупредил, что мы будем жалеть, если откажемся проводить контроль качества его использования, что часто происходит с «фирменными» терапиями. При таком подходе, для того чтобы сказать, что кто-то практикует или обучает терапии под Брендом Х, нужно пройти через предписанный курс

обучения, возможно, добиться различных стандартов показателей качества и быть сертифицированным или лицензированным теми, кто держит контроль над брендом.

Плохо ли, хорошо ли, нам было понятно с самого начала, что мы не хотим быть полицией МК. Напротив, такой поступок показался нам несовместимым с сутью и стилем МК. Это также означало бы, что мы одни являемся арбитрами того, что составляет истинную практику МК и обучения ему. С момента своего создания МК было органичным, перспективным и эволюционирующим благодаря процессам сотрудничества. Как было бы нелепо законсервировать МК и требовать соблюдения фиксированных предписаний! Нашим решением было сфокусироваться на повышении качества практики МК и преподавания, а не на предостережении людей от того, чтобы делать его «неправильно».

> С момента своего создания МК было органичным, перспективным и эволюционирующим.

Существует, однако, темная сторона нашего решения, как и предупреждал наш коллега. В 2007 году кто-то пытался зарегистрировать «мотивационное консультирование» в качестве товарного знака для другого подхода, предлагая позволить нам также его использовать. Однако к этому времени существовало юридическое заключение, что термин уже находится в общем использовании, и что он не может больше быть зарегистрирован как товарный знак. Следовательно, каждый может утверждать, что практикует или преподает МК бесконтрольно. (Это же, естественно, является справедливым для других подходов, для таких как «бихевиоральная», «когнитивная» или «психодинамическая» психотерапия.) Мы обнаружили, что практика, описание и преподавание «мотивационного консультирования» имеют мало общего с методом, как мы его понимаем. Мы также знаем из опыта и исследований, что люди могут выйти с семинара уверенными, что они стали мастерами МК (или уже ими были), когда практика показывает, что это не так (Miller & Mount, 2001; Miller et al., 2004). В сущности, почти не существует зависимости между самостоятельно оцененной компетентностью в МК и объективным уровнем мастерства, основанном на наблюдаемой практике. Очевидно, что это вызывает серьезную озабоченность относительно обеспечения качества.

Поскольку системы здравоохранения решили внедрять МК, и государственные органы стремятся содействовать использованию научно обоснованной практики, заинтересованные лица справедливо спрашивают: «Как мы можем знать, что данный специалист может действительно *работать* с МК или реально проводит именно его?» Без процедур по проверке компетентности и аудита практики, специалисту требуется только лишь *говорить* , что они предоставляют практику, основанную на научных данных (Miller & Meyers, 1995). Мы обращаемся к этому сложному вопросу в Главе 28.

Быстрое распространение

Интерес к клинической подготовке в области МК стремительно рос после опубликования первого издания, и мы в скором времени решили начать обучение других преподавателей, чтобы удовлетворить этот спрос. В Альбукерке в 1993 году мы предложили первый тренинг для новых преподавателей (Training for New Trainers, TNT), который впоследствии проводился ежегодно, перемещаясь между Северной Америкой и Европой. Преподаватели, которые окончили TNT, начали спрашивать, могут ли они неофициально собираться вместе, чтобы делиться идеями по поводу обучения и опытом, параллельно с ежегодным TNT. Первый такой сбор произошел на Мальте в 1997 году и вырос в Сеть преподавателей мотивационного консультирования (MINT), которая официально зарегистрирована как некоммерческая организация в 2008 году. На момент написания более чем 2500 преподавателей окончили TNT, преподавание велось как минимум на 45 разных языках.

В течение этого времени использование МК также быстро распространилось на другие

области практики. Применение для проблем зависимостей, не только к алкоголизму, началось очень рано, особенно фокусируясь на употреблении героина, марихуаны, кокаина и психостимуляторов, а также на зависимости от азартных игр. Успешные испытания МК для профилактики ВИЧ-инфекции в скором времени вылились в его использование в деятельности системы здравоохранения, распространяясь по мере популяризации практики очистки воды в африканских селах (Thevos et al., 2002; Thevos, Quick, et al., 2000). Оставался маленький шаг к его применению в лечебном деле, в частности, для поддержания приверженности лечению и изменения поведения при хронических заболеваниях. Мы сначала неохотно называли такие краткосрочные применения «мотивационное консультирование» (Rollnick, Mason, & Butler, 1999), но стало очевидно, что это были те же суть и метод, применяемый в различных контекстах (Rollnick et al., 2008). Распространились клинические исследования, которые тестируют различные применения МК для содействия изменениям поведения в области здоровья.

В какой еще области профессионалы надеются на изменение поведения, которому люди, обслуживаемые ими, оказывают сопротивление? Надежды общества на исправительные системы заключаются в том, что они изменят преступное поведение, поскольку подавляющее большинство правонарушителей, которые сидят в тюрьме, в скором времени возвращаются в общество. Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ, распространены в среде правонарушителей, что порождает интерес к использованию МК в ситуациях испытательного срока, условно досрочного освобождения, и в общественных исправительных системах (McMurran, 2009; Walters et al., 2007). Мотивационные барьеры часто встречаются в ситуации семейного насилия (Murphy & Maiuro, 2009), расстройства пищевого поведения (Schmidt & Treasure, 1997) и при работе с проблемами среди молодежи (Naar-King & Suarez, 2011). В системе образования переход на более высокий уровень образования часто требует существенного изменения поведения (например, изменения учебных привычек), что часто конкурирует с искушениями увеличивающейся свободы. МК было исследовано на предмет содействия учебным навыкам, было адресовано проблеме употребления алкоголя и наркотиков в колледже, и для предотвращения ухода учащихся (Baer et al., 2001; Daugherty, 2009; Schaus, Sole, McCoy, Mullett, & O’Brien, 2009). Стоматологи ломают голову над тем, как посодействовать здоровым привычкам гигиены полости рта (Almomani, Williams, Catley, & Brown, 2009; Weinstein, Harrison, & Benton, 2006; Yevlahova & Satur, 2009), диетологи и специалисты, которые обучают поведению при диабете, ломают голову над стимулированием изменения питания (Bowen et al., 2002; VanWormer & Boucher, 2004). МК было успешно использовано с целью пропаганды здорового образа жизни, а также для снижения веса (Armstrong et al., 2011), снижения уровня гликогемоглобина (A1C) при диабете (Chen, Creedy, Lin, & Wollin, 2012; Maclean et al., 2012) нетрудоспособности, связанной с болью, при раковых заболеваниях (Thomas et al., 2012), физиотерапии (Vong, Cheing, Chan, So, & Chan, 2011), с целью уменьшения родителями воздействия на своих детей с астмой табачным дымом (Borrelli, McQuaid, Novak, Hammond, & Becker, 2010) просмотром телепередач детьми (Taveras et al., 2011). Социальные работники (Hohman, 2012), психотерапевты (Engle & Arkowitz, 2006; Westra, 2012), и те, кто работает с молодежью (Jensen et al., 2011; Naar-King & Suarez, 2011) сталкиваются с амбивалентностью клиентов, так как они стремятся содействовать переменам.

По этой причине наше второе издание (Miller & Rollnick, 2002) расширило применение МК до изменения поведения в общем, больше не ограничиваясь аддиктивным поведением, на основе которого оно создавалось (хотя это остается крупнейшей темой публикаций о клинических исследованиях). Как отражено в предыдущих главах данного издания, сейчас мы думаем о еще более широком диапазоне изменения, где речь идет не обязательно о «поведении», если только этот термин не трактуется настолько широко, чтобы охватить весь человеческий опыт. Мы очарованы, наблюдая за постоянно расширяющимся набором применений МК, хотя и не без некоторого беспокойства.

Исследование результатов мотивационного консультирования

С 1990 года число научных публикаций на тему МК удваивалось каждые 3 года. В настоящее время существует более 1200 публикаций об этом методе лечения, в том числе более 200 рандомизированных клинических исследований, охватывающих широкий спектр проблем, профессий, контекстов практики и наций. На данный момент метаанализ исследований МК представляет собой целую литературу, библиографический указатель которой находится в Приложении В.

Мы не собираемся проводить последовательный обзор этого огромного количества литературы на предмет эффективности и неэффективности МК. И также мы не будем тщательно отбирать исследования, которые выставляют МК в выгодном свете. То, что мы предлагаем, так это наше собственное восприятие состояния клинической науки в отношении МК, с некоторыми наблюдениями об общем посыле, методологических недостатках, надеждах на будущие исследования и о более масштабном значении для психотерапевтического исследования.

Метаанализ фокусируется на типичных средних эффектах и на общих выводах, которые на сегодняшний день заключаются в том, что МК ассоциируется с небольшим или средним по размеру эффектом при всем многообразии поведенческих результатов, с сильной доказательной базой, основанной на аддиктивном поведении. Мы считаем, что будет честным после 200 клинических исследований сказать, что в ходе практики МК происходит нечто ассоциирующееся с полезными результатами по сравнению с невмешательством или короткими советами или при добавлении к другому активному лечению.

Очевидным является то, что существует очень высокая степень вариативности эффектов в разных исследованиях, местах и у разных клиницистов. Ряд клинических исследований, в том числе некоторые наши собственные, не сообщали о каком-либо значимом эффекте МК, оказанном на априорно зависимые показатели (Carroll et al., 2006; Carroll, Libby, Sheehan, & Hyland, 2001; Miller, Yahne, & Tonigan, 2003). В рамках хорошо контролируемых исследований, при использовании МК в соответствии с пособием и при наличии супервизии, сохраняются существенные различия между терапевтами (Miller et al., 1993; Project MATCH Research Group, 1998c). Многоцентровые исследования также обнаружили эффекты взаимодействия места и лечения. Это значит, что МК продемонстрировало значительную эффективность в одних местах, но не было эффективным в других, иногда не было какого-либо общего значительного эффекта при усреднении показателей мест (Ball et al., 2007). Это происходит даже в контролируемых исследованиях лекарств, где содержимое капсулы является фиксированным (Anton et al., 2006), но изменчивость в размере эффекта кажется скорее нормой, чем исключением при исследовании МК. Это все наводит нас на мысль, что реакция клиента на МК в значительной степени зависит от клинициста и от контекстуальных аспектов предоставления, и от факторов, которые должным образом не стандартизованы в руководстве по лечению. Как упоминалось ранее, один метаанализ показал, что средний размер эффекта МК был меньше в два раза, когда вмешательство регулировалось с помощью пособия (Hettema et al., 2005).

> И факторы терапевтических отношений, и конкретные профессиональные навыки вносят вклад в эффективность МК.

Кто-то думает, что эта изменчивость объясняется отчасти различиями в клинических навыках использования МК. Многие более ранние исследования результатов в принципе не включали показателя верности следования процедуре консультантом МК. Другие полагались исключительно на общую оценку соблюдения процедуры (например, Chang et al., 2011; Nuro et al., 2005). Исследование терапевтического процесса связало результаты клиента с навыками консультанта в следовании процедуре проведения МК (Daeppen et al., 2010; Gaume

et al., 2009; Magill et al., 2010; Moyers, Miller, et al., 2005; Pollak et al., 2009, 2010; Smith, Hall, Jang, & Arndt, 2009; Vader et al., 2010), хотя другие исследования не смогли найти такую взаимосвязь (например, Thrasher et al., 2006). Справедливости ради стоит сказать, что мы только начали понимать, какие аспекты практики МК наиболее всего влияют на результаты клиента. Миллер и Роуз (Miller & Rose, 2009) пришли к выводу, что и факторы терапевтических отношений, и конкретные профессиональные навыки извлечения изменяющих высказываний вносят вклад в эффективность МК, но вполне вероятно, что также важны еще неизвестные аспекты практики. Неясно также, какой уровень правильности проведения МК является «вполне достаточным» для содействия изменению. В любом случае недостаточно просто утверждать, что МК было использовано в клиническом исследовании. Трудно интерпретировать результаты, за исключением информации о верности процедуры проведения МК, для чего уже разработан и оценен ряд мер (Madson&Campbell, 2006; см. Главу 28).

МК занимает интересную позицию в продолжающейся дискуссии о важности «специфических» факторов в психотерапии (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Imel, Wampold, & Miller, 2008), именно из-за гипотетической важности в МК того, что обычно рассматривается как «общие» факторы. Например, качество терапевтических отношений всегда было в центре внимания в МК, с эмпатией в качестве ключевого компонента. Если такие «неспецифические» или «общие» факторы оказывают действительно важное влияние на исход лечения, они должны быть лучше поняты, определены и изучены (Norcross & Wampold, 2011). Это то, что Карл Роджерс и его ученики пытались сделать в выдвижении гипотез и измерении критических состояний для изменения (Rogers, 1959; Truax & Carkhuff, 1967). В широком диапазоне клинических проблем, контекстов и культур складывается впечатление какого-то «способа бытия» с людьми, который способствует позитивным изменениям (Rogers, 1980b). Аналогичным образом МК направлено на то, чтобы влиять на факторы клиента, связанные с позитивными результатами такие как надежда, самоэффективность и активная вовлеченность (Bohart & Tallman, 1999; Hubble et al., 1999). Это не так просто, как конкуренция между «специфическими» эффектами МК и общими факторами. Наш интерес заключается в лучшем понимании того, что такое этот «способ бытия» с людьми, который способствует здоровому изменению вне зависимости от этикетки, применимой к нему (см. также Wampold, 2007).

Мы подозреваем, что МК может извлечь выгоду из противоположного эффекта. Пожалуй, не случайно, что МК возникло в сфере лечения зависимостей в то время, когда суровые, конфронтационные и даже оскорбительные практики лечения считались приемлемыми, чуть ли не нормативными (White & Miller, 2007). По сравнению с таким лечением, достойным порицания, эмпатический, сопереживающий, уважительный и поддерживающий человеческую силу и автономию терапевтический подход с большой вероятностью показывает себя с лучшей стороны. МК берет начало в заботе о самых забытых и отвергнутых членах общества. По всей видимости, оно прочно закрепилось в системах, которые слишком сильно опирались на авторитарное управление. Даже проведение одной подготовительной сессии с эмпатическим консультантом МК, который не был частью лечебного персонала, обнаружило удвоение благоприятных результатов (Aubrey, 1998; Bien, Miller, & Boroughs, 1993; Brown & Miller, 1993). В контекстах и группах, где лечение уже более гуманно, МК может обеспечить менее резкий контраст. Как упоминалось ранее, метаанализ показал, что размер эффекта МК был в два раза больше, когда эти пациенты были родом из групп национальных меньшинств США, чем из доминирующего белого населения (Hettema et al., 2005). Возможно, сострадательное слушание было более необычным опытом для тех, кто происходил из числа меньшинств.

Вместе с этим, вполне возможно, что обучение МК улучшает результаты, если оно подавляет контртерапевтические реакции. Раннее исследование показало, что когда обучение МК давало незначительное увеличение реакций консультанта, соответствующих

МК, но не давало снижения реакций, противоречащих МК, то изменение было недостаточно существенным для того, чтобы как-то изменить реакцию клиента (Miller & Mount, 2001). Представляется, что даже малое количество конфронтативных или директивных реакций достаточно для того, чтобы стимулировать защитную реакцию клиента и отсутствие изменений (Miller et al., 1993). Одним «активным ингредиентом» в МК может быть просто снижение бесполезных реакций консультанта.

Помимо этих общих (но измеримых) факторов, мы также считаем, что эффективность МК имеет важную связь с определенными аспектами языка.

Многократно воспроизводимые проспективные психолингвистические исследования показали, что специфические формы речи клиентов во время сеансов консультирования (изменяющее высказывание) предвещают более значительные изменения поведения при использовании МК (Amrhein et al., 2003; Baer et al., 2008; Gaume, Gmel, & Daeppen, 2008; Hodgins, Ching, & McEwen, 2009; Moyers et al., 2007; Moyers, Miller, et al., 2005; Strang & McCambridge, 2004) и в других методах лечения (Aharonovich, Amrhein, Bisaga, Nunes, & Hasin, 2008; Moyers et al., 2007). Этим можно было бы легко пренебречь как фактором клиента (например, что «мотивированные» клиенты изменяются лучше), за исключением того факта, что изменяющее высказывание (и его противоположности) имеет значимую связь с поведением терапевта в корреляционном (Gaume, Bertholet, Faouzi, Gmel, & Daeppen, 2010; Miller et al., 1993), последовательном (Moyers & Martin, 2006; Moyers et al., 2007) и экспериментальном исследовании (Glynn & Moyers, 2010; Patterson & Forgatch, 1985; Vader et al., 2010). Терапевты могут научиться увеличивать число изменяющих высказываний клиента (Glynn & Moyers, 2010; Miller et al., 2004). Когда соответствующие МК приемы терапевтов способствуют появлению изменяющих высказываний клиента, которые, в свою очередь прогнозируют изменение поведения клиента после лечения, подкрепляется медиационная связь. Есть также новые данные, что этому процессу важно способствовать эмпатическим терапевтическим отношением (Gaume et al., 2008; Moyers, Miller, et al., 2005). Предстоит еще многое узнать в данной области, и мы подозреваем, что такие процессы лежат в основе эффективности не только МК, но также и других «разговорных терапий».

Ряд исследований, включая многоцентровые, сопоставили МК с другими, более экстенсивными методами лечения (вместо оценки добавочного эффекта каждого компонента). Часто такие сравнения «в стиле лошадиных скачек» обнаруживают аналогичную общую эффективность, несмотря на разницу в интенсивности лечения. Таким образом, МК может быть разумным и конкретно определяемым контролем «общего фактора», в сравнении с которым оценивают другие методы активного лечения.

Как уже говорилось ранее, было опубликовано много исследований, в которых не обнаруживался эффект от использования МК. В некоторых из них не было измерения верности процедуре предоставления лечения. В других опубликованные меры по обеспечению качества показывали низкий уровень клинического навыка (или по крайней мере добросовестности) в предоставлении МК. Часто предварительное обучение ведущих МК было слишком непродолжительным для того, чтобы ожидать достойных профессиональных навыков. Неудивительно, что МК было неэффективным при проведении на низком уровне следования процедуре.

Также есть исследования, где обучение и мониторинг правильности были проведены очень хорошо, но так же не было обнаружено никакого эффекта от применения МК. Как обсуждалось в Главе 19, такое исследование, выполненное Миллером и сотрудниками (Miller et al., 2003), не показало ни следа эффективности, и после ретроспективного анализа процесса (см. Таблицу 19.1) мы пришли к выводу, что мы были слишком строги к руководству для терапевтов, которое мы использовали, мешая им реагировать должным образом на сопротивление клиента. Если мы, как прародители МК, по неосторожности принимаем неблагоразумные решения при разработке руководства для терапевтов по МК, вполне вероятно, что другие сделали то же самое. Такое ограничение клинической гибкости

может объяснить, почему использование руководства для терапевтов соотносилось со значительно более маленькими размерами эффекта от МК (Hettema et al., 2005).

Другой потенциальный источник вариативности в эффективности МК – это тип выборки, которая подвергается лечению. Три исследования дали не только нулевые, но даже и неблагоприятные результаты МК с клиентами, которые были готовы к переменам до вмешательства (Project Match Research Group, 1997a; Rohsenow et al., 2004; Stotts et al., 2001). Не следует ожидать пользы от МК (или по крайней мере от процесса побуждения) в работе с клиентами, которые начинают лечение, будучи готовыми к изменению, так как их амбивалентность уже разрешена. Нулевые результаты также были отмечены в группах, предварительно отобранных по неудачной реакции на предыдущие многократные попытки вмешательств (например, Kuchipudi, Hobein, Flickinger, & Iber, 1990; Welch, Zagarins, Feinberg, & Garb, 2011). Характеристики клиента могут уменьшать эффективность МК (Ondersma, Winhusen, Erickson, Stine, & Wang, 2009).

Другие части головоломки привносятся многоцентровыми исследованиями. Те, кто непосредственно сравнивает вмешательства МК с долгими или более сложно организованными методами лечения, часто (Project MATCH Research Group, 1997a; UKATT Research Team, 2005), хотя и не всегда (Marijuana Treatment Project Research Group, 2004), не обнаруживали существенных различий в эффективности. То есть в среднем результаты МК были так же хороши, как и те, которые были получены с применением более интенсивных научно обоснованных методов лечения (например, Bien, Miller, & Tonigan, 1993). Отсутствие разницы в эффективности также было отмечено в нескольких многоцентровых исследованиях, в которых МК или МСТ сравнивались с обычным неконтролируемым лечением (Ball et al., 2007; Carroll et al., 2001, 2009; Westerberg, Miller, & Tonigan, 2000). Это отличалось от более положительных результатов, когда МК или МСТ *были добавлены* к обычному лечению (Hettema et al., 2005). Поскольку эти большие многоцентровые исследования с негативными выводами включены в последующий метаанализ, то результатом может быть снижение исчисленного среднего размера эффекта МК, возможно, вплоть до заключения о том, что нет никакого существенного общего эффекта.

Разве тем самым эффективность МК может как-то исчезнуть? Существует очень старый медицинский афоризм: «Используйте новые методы лечения, пока они все еще работают», отражающий неспецифический эффект энтузиазма, когда вводятся любые новые методы лечения. Потом кто-то прекращает использование более не эффективного лечения и переходит к новому «аромату месяца». Вместе с тем существует зерно истины в данном афоризме, наука прогрессирует в более кумулятивном ключе. МК было признано эффективным во многих рандоминизированных клинических исследованиях, проводимых весьма разными исследователями, работающими с различными народами и разными проблемами, чтобы показать, что происходит что-то существенное. Вариативность в его эффективности среди терапевтов, в различных местах и в разных исследованиях говорит нам, что мы еще недостаточно поняли, что происходит при совершении изменения, когда оно случается.

Что же значимо для МК? Существует исследовательская поддержка, по крайней мере, трех гипотез, как упомянуто выше. Во-первых, кажется очевидным, что это вопрос эмпатии терапевта, качества и природы межличностных отношений, впервые описанных Роджерсом (Rogers, 1959, 1965) и часто рассматриваемых как общий или неспецифический фактор. Мы уже более подробно обсуждали лежащую в основе суть МК (Miller & Rollnick, 2002; Rollnick & Miller, 1995), которая, как правило, сильно коррелировала с эмпатией. Уровень эмпатии консультанта прогнозирует вариацию результатов клиента, даже когда терапевты вроде бы применяют «одинаковый» метод лечения. Даже терапия, оказываемая с помощью пособия, – это не одинаковое лечение, когда оно оказывается разными терапевтами (Miller et al., 1980; Project MATCH Research Group, 1998c).

Во-вторых, различия в эффективности МК могут иметь отношение к сопутствующему уровню реакций терапевта, противоречащих МК (Baer et al., 2012). Конфронтативные и

директивные реакции могут побудить защитную реакцию и сохраняющее высказывание (Glynn & Moyers, 2010; Miller et al., 1993; Patterson & Forgatch, 1985) и, конечно, они могут переплетаться с реакциями, соответствующими МК. Один аспект, который может быть важным в МК, – это не делать неправильные вещи.

В-третьих, мы уже рассматривали литературу, связанную с верностью процедуре предоставления МК для того, чтобы увеличить число изменяющих высказываний клиента, которые, в свою очередь, прогнозирует последующее изменение. Мы обнаружили, что консультанты могут научиться и продемонстрировать значительные уровни профессиональных навыков МК без какого-либо существенного влияния на изменяющие высказывания клиента (Miller et al., 2004). Вполне возможно, что МК не эффективно, если и до тех пор, пока клиницист не будет в состоянии стимулировать изменяющие высказывания клиента.

Некоторые рекомендации для исследования результатов

На этом фоне мы предлагаем для коллег-исследователей ряд идей для будущих исследований эффективности МК. Они могут также применяться в психотерапевтических исследованиях в целом.

1. Обучайте терапевтов до достижения определенного уровня профессиональных навыков до того, как они проводят МК в клинических исследованиях. Не существует минимальной или достаточной «дозы» обучения для того, чтобы гарантировать освоение МК. Единственный способ документирования мастерства в МК – это через наблюдаемую практику. В Главе 28 мы предлагаем приблизительные пороговые величины для оценки компетентности в практике МК, но, как упоминалось выше, является открытым вопросом, какой уровень мастерства для какого навыка достаточно хорош. Установите критерий профессионального уровня для проводящих МК в клинических исследованиях и обеспечьте обучение, обратную связь и коучинг, пока каждый ведущий не достигнет его.
2. Документируйте верность процедуре проведения МК. Демонстрация того, что клиницисты *могут* квалифицированно предоставлять МК не означает, что они действительно делают это на практике. Запишите все сессии и используйте надежный кодирующий инструмент для мониторинга качества работы. Это позволяет отчитываться о фактическом уровне верности процедуре проведения МК в рамках исследования.
3. Используйте постоянный контроль качества. Не ждите, пока исследование зашло слишком далеко до проверки качества МК. Мониторинг верности процедуры должен быть немедленным и постоянным. Ведущим, которые находятся ниже порога показателя качества, можно предоставить обратную связь и план корректирующих мер или даже отстранить от набора следующих клиентов, пока они снова не продемонстрируют профессиональные навыки (Miller, Moyers, Arciniega, et al., 2005). Проверка верности процедуры обсуждается в Главе 28.
4. Возможно провести проверку верности процедуры путем измерения только ответов консультанта (Hendrickson et al., 2004; Pierson et al., 2007), но это дает лишь часть картины. Если, например, эффективность терапевта зависит от усиления изменяющих высказываний клиента, то она не может быть измерена без наблюдения реакции клиента. Система кодирования, которая документирует и реакции клиента, и реакции терапевта, позволяет анализировать и процесс, и результат. Преимущество этого в том, что, если исследование не показывает эффекта МК, то возможно определить, где была разорвана гипотетическая причинно-следственная связь, или, как вариант, почему вмешательство было успешным (Longabaugh & Wirtz, 2001; Moyers et al., 2009).
5. Это влечет, в свою очередь, дальнейшую рекомендацию: формулировать и затем тестировать априорный прогноз о том, как и почему МК вмешательство должно быть успешным или провалиться в попытке повлиять на результаты клиента. Если это добавляется к исследованию результата, исследование приносит не только плюс или минус в конечную

графу результата (или в метааналитическую величину эффекта) лечения, но также увеличивает знание о том, как методы лечения влияют на результаты.

6. При любой возможности измеряйте конечное состояние результата (результатов), которые вам интересны. Вы можете полагать, что возрастание мотивации клиента приведет к лучшей устойчивости следования курсу терапии, что, в свою очередь, вызовет изменение поведения, которое способствует лучшим результатам лечения. Но если последнее из них не происходит, вы действительно беспокоитесь об остальном? И если имеет место желаемый результат (в данном случае – улучшение здоровья), имеет ли значение то, что измерения мотивации на бумаге не показали изменения?

7. Если вы сравниваете МК с альтернативным вмешательством (включая лечение-как-обычно или условие плацебо), целесообразно документировать верность процедуры МК и процесс в рамках обоих условий. Изменяющее высказывание может происходить в любой форме лечения, и его связь с результатом клиента не ограничивается МК (Moyers et al., 2007). В какой мере терапевтические аспекты МК имеют место быть и вносят вклад в результаты условия (условий), с которыми сравнивалось МК?

8. Будьте осторожны, если вы используете руководство для стандартизации проведения МК. Гибкость является ключевой в практике МК, важно мгновенно реагировать на то, что предлагает клиент. Руководства, которые связывают руки практикующего специалиста в вопросе того, как и когда реагировать, вряд ли способствуют хорошей практике. Терапевтам нужна свобода действий: когда реализовывать конкретные элементы вмешательства и стоит ли это делать, в зависимости от реакций клиента. МК это в первую очередь клинический стиль, а не тот стиль, который поддается шаблонному воспроизведению.

На протяжении развития МК мы стремились, как и Карл Роджерс, подвергнуть наши предположения и вмешательства научной проверке. Большинство важных изменений, отраженных в этом издании, возникло в ответ на факты, появившиеся в результате исследований, опубликованных с момента нашего второго издания. Как это часто бывает, исследование предоставило не только ответы на некоторые вопросы, но и новые и более интересные вопросы. Новые клинические исследования продолжают сообщать о положительных эффектах МК в стимуляции изменения в расширяющемся спектре областей. В то же время сильная изменчивость эффективности МК стала очевидной, наряду с величиной эффекта, существенно различающейся в разных исследованиях, у различных терапевтов, и в разных местах в рамках многоцентровых исследований. Согласованное использование руководства для терапевтов с целью стандартизировать практику может быть плохой идеей в отношении МК, особенно если это ограничивает способность практикующего специалиста гибко отвечать клиентам.

Мы уверены, что существуют некоторые мощные катализаторы изменения, действующие в рамках сферы, которую мы называем МК. Существует обоснованное доказательство для поддержки некоторых из них, включая активное слушание, усиление изменяющих высказываний и также удерживание от контртерапевтических реакций, которые побуждают защитную реакцию и препятствуют изменению. Мы также уверены, что большинство того, что нужно знать о МК и об изменении, еще не установлено. Мы верим, что терапевтические процессы, которые мы наблюдаем и практикуем не уникальны для МК, и в некотором смысле являются более масштабными процессами человеческой природы. И все же, по крайней мере частично, они могут быть установлены, изучены и применены с целью помочь людям измениться. Нам не особо важно, называется ли это МК. Наш интерес всегда был в том, чтобы прийти к лучшему пониманию того, почему и как люди меняются, и в изучении того, как использовать эти знания чтобы облегчить человеческие страдания.

Ключевые моменты

- МК возникло не из ранее существовавшей теории, а из клинического опыта,

который породил проверяемые гипотезы.
• Эффективность МК сильно отличается у различных консультантов, в различных исследованиях и в разных местах проведения исследований.
• Верность процедуры проведения является важным фактором в понимании результатов МК и должна быть хорошо документирована в будущих исследованиях с использованием надежных кодов наблюдения.

Глава 28
Оценивание мотивирующей беседы

Люди не могут извлечь выгоду из лечения, которому они не подвергаются.
Дин Фиксен

Сомневаться, сомневаться и не верить без эксперимента.
Уильям Блейк

Из предыдущих глав, а также из исследования результатов МК, становится ясно, что нет простой техники МК, которая может быть дозирована, как содержание капсулы лекарства. Имеет огромное значение, как разворачивается беседа, и существует большая изменчивость результатов в зависимости от характера взаимодействия.

В этой заключительной главе мы вернемся в исходную точку к теме, которая впервые привела нас к МК: как лучше вести разговоры об изменении. На протяжении многих лет мы особенно очарованы пониманием динамики таких бесед. Наша цель на данный момент в этой книге заключается в том, как продолжать учиться на опыте, как изучить мелодии и ритмы танца. Наряду с тем, что это подходящая широкая тема для заключения, она также имеет прямое влияние на сферу обеспечения качества, и мы рассмотрим, как ответить на конкретный вопрос: «Является ли это хорошим МК?»

Танец

Красота танца зависит от многих факторов. Конечно же, здесь важно мастерство каждого из танцоров, то, как они могут танцевать вместе, чтобы сформировать ансамбль или пару. Каждый человек привносит что-то важное в танец. Музыка имеет значение, размер и вид сцены или зала, который рождает пространство. Есть также много различных стилей танцев: ча-ча-ча с его движением туда-обратно, плавные линии вальса, бойкие ритмы кадрили. В танго один партнер ведущий, а другой ведомый. Диско и сальса – это более свободные формы. В танцевальном конкурсе судьи спрашивают сами себя: «Что в этом танце действительно было хорошо (а что нет)». Мы не хотим слишком сильно налегать на эту метафору, но она дает свободную структуру для рассмотрения вклада танцоров, контекста и процесса танца самого по себе, и для того, чтобы задать вопрос, каким танцем является МК.

Первый партнер: клиент

Люди приходят к беседам об изменении с разными отправными точками. Поскольку люди находятся на разных этапах жизни, кто-то имеет больше энергии, перспектив или жизненного опыта, кто-то меньше. Во многих культурах мужчины и женщины танцуют по-разному. В стиле беседы, например, американские мужчины в среднем более склонны перебивать и менее готовы слушать по сравнению с женщинами.

Актуальность изменения также имеет значение. Насколько серьезны проблемы и последствия статус-кво? Фундаментальным знанием трансteоретической модели является то,

что люди приходят к разговорам об изменении с очень разным уровнем готовности. Некоторые приходят уже решительными и стремящимися к изменению. Другие амбивалентны и менее подготовлены, а кто-то вообще не видит оснований для изменения и, возможно, даже возмущаются наличием беседы в принципе. Все эти отправные точки могут влиять на ход беседы и на вероятность того, что она приведет к изменению. При этом за все время мы узнали одну важную вещь: отправная точка – это не неизбежность. Нет необходимости ждать и надеяться на человека для того, чтобы прийти к готовности.

Второй партнер: консультант

Другим значимым фактором влияния является навык консультанта, который мог бы рассматриваться как ведущий танцор. Управление не должно быть принуждением. Конечно же, хороший танец не должен выглядеть как борьба за власть. Насколько искусен консультант в танце с различными типами партнеров, в том, чтобы не наступать на ноги и мягко и приятно руководить процессом танца? Понятно, что вероятность того, что беседа приведет к изменению, очень сильно зависит от вариаций навыков консультанта.

Нет необходимости ждать и надеяться на человека для того, чтобы прийти к готовности.

Контекст

Где и почему происходит беседа, какая музыка играет? Хэви-метал не располагает к вальсированию. Некоторые профессиональные контексты обеспечивают серьезные препятствия для проведения конструктивной беседы об изменении. Это не делает беседу невозможной, но по крайней мере усложняет ее. Сколько есть места для движения? Собственный социальный контекст клиента также имеет значение. Кто еще находится на танцполе? Насколько поддерживает изменение семья клиента, друзья и окружающие?

Процесс

Это то, чему мы посвятили большую часть внимания: танцу самому по себе, процессу бесед об изменении. В рамках любых ограничений, которые могут быть наложены контекстом или определенным человеком, что я могу сделать, чтобы помочь процессу пройти хорошо? Когда все элементы собраны воедино: танцоры, зал и музыка, что работает (или нет) в этом конкретном танце? В МК взаимодействие клиента, клинициста и контекста образует процесс беседы (см. Таблицу 28.1).

Таблица 28.1. Компоненты беседы

При оценивании мотивационной беседы явно недостаточно подождать за пределами танцевального зала и спросить второго партнера, насколько хорошо они танцевали вместе. По целому ряду причин люди являются не особенно надежными в оценке своего собственного мастерства в МК. Есть вещи, которые они пропускают, будучи поглощенными процессом. У людей, если только они не в депрессии, существует естественная человеческая тенденция переоценивать свои собственные результаты деятельности. Собираетесь ли вы судить о качестве танца, предложить несколько полезных подсказок, или просто наслаждаться танцем самим по себе, вам нужно его увидеть. Не существует альтернативы просмотру (или, по крайней мере, прослушиванию) того, что на самом деле происходит в беседе. Данное наблюдение также является единственным способом рассказать другим людям (как в клиническом отчете или научном докладе), что в действительности произошло.

При этом, сырое наблюдение само по себе имеет свои недостатки. Легко увязнуть в танце, в содержании рассказа клиента и пропустить важные детали процесса.

У людей также есть пристрастия относительно того, на что нужно обращать внимание и что является важным при наблюдении. Поэтому мы обнаружили, что бывает полезным иметь некую структура для использования при наблюдении.

Радость кодирования

Прежде, чем мы на самом деле погрузились в него, мы думали, что структурированное кодирование клинических бесед будет смертельно скучным. В больших дозах это случается, и люди различаются в том, какую дозу они в состоянии вынести, но мы не знаем лучшего способа понять то, что происходит внутри беседы об изменении. Как и любые люди, мы

можем наслаждаться, просто устроившись поудобнее и оценивая красоту и искусный поток умелой беседы, но под поверхностью скрыто больше того, что стоит узнать. Вот что мы и другие узнали о том, как документировать и узнавать что-то из бесед.

Сырой материал

Наиболее часто использующийся исходный материал – это, вероятно, аудиозапись. Не существует согласия в том, сколько информации добавляет видеоизображение. С одной стороны, есть вещи, которые можно наблюдать только на видеозаписи: мимика, жесты, зрительный контакт, и т. п. Иногда картинка также полезна для понимания того, что значат слова. С другой стороны, некоторые кодировщики обнаружили, что картинка может отвлекать и легче сфокусироваться на словах и звуках речи, если работать только с помощью аудио. Аудио– и видеозаписи также отличаются своей способностью отвлекать от процесса. Аудиозапись, как правило, намного проще, и клиенты, и клиницисты могут стать более нервными, когда дело касается видеозаписи. Хороший внешний микрофон может сделать речь более разборчивой, чем встроенный, хотя звучание значительно улучшилась с приходом новых технологий. Проверьте технику, прежде чем ее использовать. Изо всех сил стараться расслышать плохую запись – это раздражает.

Расшифровка записанного разговора дает сырой материал для дальнейших шагов. Легче проследить за записанным разговором с распечаткой в руке. Расшифровка также позволяет более детально, шаг за шагом анализировать беседу, и это единственный способ выполнить определенные виды кодирования верно. Мы находим расшифровки бесед очень удобными для помощи людям узнать тонкости МК.

С этим связан вопрос, какой длины должен быть образец, чтобы быть показательным образцом беседы. Некоторые консультации коротки сами по себе, таким образом, накладывая неотъемлемое ограничение по продолжительности. Дискуссии по поводу изменений, касающихся отношения к здоровью в рамках первичной медицинской помощи часто по продолжительности составляют несколько минут (Rollnick, Miller, et al., 2008). Когда беседы длиннее (как 50-минутные консультационные сессии), какое количество взаимодействия должно быть закодировано, чтобы получить адекватный образец? Это исследуемый вопрос до сих пор не имеет простого ответа. Для более коротких консультаций разговор может быть закодирован целиком.

Кодирование 20-минутных клипов в рамках продолжительных консультаций может показать надежный эффект обучения (Miller et al., 2004), но упустить важные аспекты взаимодействия. Например, в одном исследовании мы взяли первые 20 минут сессии МК за образец (Miller, Yahne, et al., 2003), но при последующем анализе всех сессий оказалось, что результаты клиента были определены тем, что произошло в конце, а не в начале беседы (Amrhein et al., 2003; см. также Bertholet, Faouzi, Gmel, Gaume & Daeppen, 2010; Campbell, Adamson, & Carter, 2010).

Еще один вопрос касается того, какие образцы практики использовать. Если клиницисты выбирают сессии для оценки, то было бы естественно предположить, что они будут выбирать то, что считают своей лучшей работой. Это обеспечит демонстрацию лучших образцов практики МК, но не обязательно покажет объем и качество МК в регулярной практике. В клинических исследованиях общей процедурой является фиксировать все консультации и оценивать случайные или репрезентативные образцы, не сообщая клиницистам, какие сессии будут отобраны (Carroll et al., 1998; Miller, Moyers, Arciniega, Ernst, & Forcehimes, 2005). Также может произойти, что МК занимает лишь часть сессии, которая включает в себя другие задачи, и имело бы смысл сосредоточиться на сегменте, где намерением было использовать МК.

Общие оценки

Так что вы должны наблюдать и как это должно быть зафиксировано? Вероятно, самая простая форма кодирования беседы – это общие оценки качества, возможно, по шкале

Лайкерта от 1 до 5. Например, в какой мере консультант показал точную эмпатию или, более конкретно, выразил сложные рефлексии? Такие оценки могут быть сделаны после прослушивания всего интервью, или после повторяться через различные интервалы времени (например, каждые 5 или 10 минут). Поскольку такие всеобъемлющие слова как «эмпатия» и «рефлексия» могут означать разные вещи для различных людей, помогает наличие четкого, подробного описания характеристик для оценки: традиция исследований в психотерапии, которую можно проследить до исследовательской группы Карла Роджерса (Truax & Carkhuff, 1967). Имея четкое определение, можно улучшить надежность оценок: насколько две независимые оценки будут соответствовать одному и тому же ответу. Таблица 28.2 показывает пример уровня детального определения, которое полезно для достижения надежности глобальных оценок, в данном случае для эмпатии консультанта.

> Общая обратная связь на самом деле не говорит ученику, что надо делать по-другому.

Несмотря на свою быстроту, если не легкость, общие оценки имеют некоторые существенные недостатки. Даже при хороших определениях сложно достичь межэкспертной согласованности в использовании оценок. Они требуют некоторого накопления доказательств по всей беседе или отрывку, например, демонстрации определенного среднего или высокого уровня мастерства. Кроме того, общие оценки имеют тенденцию быть менее полезными, чем более конкретная обратная связь, когда дело доходит до помощи людям в обучении. Вспомним, что общие цели (например, «быть хорошим человеком») труднее достижимы и измеримы, чем более конкретные («давать людям больше позитивной и меньше негативной обратной связи»). Сказать ученику, что «вам нужно быть более эмпатичным» вряд ли будет полезнее, чем «пытайтесь использовать больше рефлексий и меньше вопросов», или «увеличьте количество предположений, когда вы рефлектируете, а не просто повторяйте то, что сказал человек». Общая обратная связь на самом деле не говорит ученику, что делать по-другому, и не помогает преподавателю вспомнить, что конкретно стоит предложить. Общие оценки трудно сравнивать относительно условий или исследований, так как команды разрабатывают разные стандарты для своих оценок. Наконец, потому, что дать объективную самооценку в глобальных масштабах, таких как эти, трудно, если не невозможно, они не особо полезны при слушании своих собственных бесед. Поэтому мы не рекомендуем полагаться только на общие оценочные шкалы для документирования верности следования процедуре.

Таблица 28.2.
Операциональное определение эмпатии консультанта

Эта шкала измеряет степень, с которой клиницист понимает или прилагает усилия, чтобы понять точку зрения и чувства клиента: в буквальном смысле, насколько он пытается «примерить на себя» то, что клиент чувствует или думает. Эмпатию не следует путать с теплотой, принятием, искренностью или защитой интересов клиента; это не влияет на степень эмпатии. Рефлексивное слушание – важная часть данной характеристики, но эта общая оценка предназначена для того, чтобы отразить все усилия, которые клиницист затрачивает на то, чтобы понять точку зрения клиента и передать клиенту чувство, что он ее понимает.

Клиницисты с **низким** уровнем эмпатии показывают безразличие или активный отказ от точки зрения клиента и от его опыта. Они могут исследовать фактическую информацию или следовать программе, но скорее они делают это, чтобы «завести дело» для своей точки зрения, нежели исключительно с целью понимания точки зрения клиента. Прилагается мало усилий для того, чтобы достичь более глубокого понимания сложных событий и эмоций, а задаваемые вопросы отражают поверхностное восприятие или нетерпимость. Они могут выражать враждебность

по отношению к точке зрения клиента или непосредственно обвинять клиента за негативные последствия.

Клиницисты с **высоким** уровнем эмпатии подходят к сессии как к возможности узнать что-то о клиенте. Они любопытны. Они тратят время, изучая мнения и идеи клиента, особенно в области интересующего их поведения. Эмпатия очевидна, когда консультанты выказывают активный интерес к пониманию того, что говорит клиент. Она также проявляется, когда клиницист хорошо понимает или воспринимает сложную историю или высказывание, исходящие от клиента; или аккуратно проводит исследование с целью получения ясной картины.

Вербальные якоря для оценки по шкале эмпатии от 1 до 5

1. Клиницист не выказывает явного интереса к точке зрения клиента. Уделяет незначительное внимание точке зрения клиента или не уделяет его вовсе.
Примеры:
• Задает только уточняющее вопросы (часто со скрытыми намерениями).
• Исследование только фактической информации без попытки понять точку зрения клиента.

2. Клиницист предпринимает единичные усилия для изучения точки зрения клиента. Понимание клинициста может быть неточными или отвлекать от истинного смысла клиента.
Примеры:
• Клиницист выражает рефлексии, но они неверно истолковывают то, что клиент сказал.
• Клиницист делает поверхностные попытки понять клиента.

3. Клиницист активно пытается понять точку зрения клиента, но с незначительным успехом.
Примеры:
• Клиницист показывает умеренную эмпатию клиенту.
• Клиницист в состоянии высказать несколько точных рефлексий, но может упустить точку зрения клиента.
• Клиницист делает попытку понять то, что имеет в виду клиент на протяжении всей сессии, но делает это с небольшим успехом.

4. Клиницист подает признаки правильного понимания мировоззрения клиента. Делает активные и многократные усилия по пониманию точки зрения клиента. Понимание главным образом сводится к эксплицитному содержанию.
Примеры:
• Клиницист выражает интерес к точке зрения клиента или к ситуации.
• Клиницист дает точные рефлексии на то, что сказал клиент.
• Клиницист эффективно озвучивает понимание точки зрения клиента.

5. Клиницист подает признаки глубокого понимания точки зрения клиента, не только того, что было выражено эксплицитно, но и того, что клиент подразумевал, но не сказал.
Примеры:
• Клиницист эффективно озвучивает понимание клиента за пределами того, что клиент говорил на сессии.
• Показывает сильный интерес к точке зрения клиента или к ситуации.
• Пытается поставить себя на место клиента.
• Часто воодушевляет клиента развить свои слова за пределы необходимого следования рассказу.
• Использование большого количества точных сложных рефлексий.

Примечание. На основе результатов Хендриксона и др. (Hendrickson et al., 2004).

Более конкретные показатели практики

Мы склонны использовать более конкретные показатели в дополнение, а не вместо общих оценок. Владея обоими, мы получаем больше информации, хотя в обеспечении обратной связи учащимся мы обычно больше фокусируемся на конкретных показателях, на том, что было бы хорошим следующим шагом в развитии навыка.

Таблица 28.3.
Операциональное определение рефлексии

Высказывания рефлексивного слушания делаются консультантом в ответ на высказывания клиента. Рефлексия может ввести новое значение или материал, но, по существу, она фиксирует и возвращает клиентам что-то о том, что они только что сказали. Далее рефлексии делятся на простые и сложные.

Простые рефлексии, как правило, передают понимание или содействие обмену между клиентом и клиницистом. Эти рефлексии придают мало значения или совсем не придают значения (или акцента) тому, что клиент сказал. Простые рефлексии могут выделить очень важные или интенсивные эмоции, но не выходят далеко за рамки первоначального намерения клиента в высказывании.

Сложные рефлексии, как правило, придают существенное значение или акцент тому, что сказал клиент. Эти рефлексии служат для передачи более глубокой или более сложной картины того, о чем рассказал клиент. Иногда клиницист может подчеркнуть конкретную часть того, что клиент сказал, с целью донести основную мысль или увести беседу в другом направлении. Клиницисты могут добавить незначительное или очень заметное содержание к словам клиента, или они могут объединить высказывания клиента, чтобы сформировать сложное резюме.

Когда кодировщик не может отличить простую рефлексию от сложной, то по умолчанию эта рефлексия является простой.

Примечание. На основе результатов Хендриксона и др. (Hendrickson et al., 2004). ***Hermansson, Berman, & Helgason, 2007; Moyers, Martin, et al., 2005), которую можно скачать с www.motivationalinterviewing.org.***

Широко используемый подход заключается в подсчете чего-либо: как часто это происходило. Здесь вам снова необходимо четкое определение того, что именно вы слушаете, для того, чтобы распознать, когда вы услышите это, и улучшить согласованность заключений различных исследователей. С точными показателями два независимых кодировщика придут к аналогичным цифрам. Пример определения исчисляемых реакций (рефлексий) консультанта показан в Таблице 28.3. Подробные и протестированные поведенческие описания данного вида могут быть найдены в Целостном кодировании терапии в мотивационном консультировании (MITI; Bennett, Roberts, Vaughan, Gibbins, & Rouse, 2007; Forsberg, Berman, Källmén, Hermansson, & Helgason, 2008; Forsberg, Kдllmйn),

Здесь обсуждаются некоторые конкретные реакции консультанта, основанные на материале, представленном в предыдущих главах. С целью изучения они могут быть подсчитаны «на лету» во время прослушивания записанной беседы, хотя надежность кодирования для исследовательских целей, как правило, требует использования расшифровок.

Вопросы

Одна из самых простых форм речи для кодирования – это вопрос, запрос информации. Как обсуждалось в Главе 6, закрытые вопросы – это те, которые запрашивают конкретную

информацию. Любой вопрос, ответ на который может быть «да» или «нет», – это закрытый вопрос. Так же, как и те, которые запрашивают очень конкретную информацию («Как имя вашей матери?») или ответ на который выражен числом («Сколько минут вы делали упражнения на этой неделе?»). В сущности, закрытые вопросы сильно ограничивают диапазон ответов, которые может дать человек. В отличие от этого, открытые вопросы создают возможность для большого разнообразия ответов. («Что привело вас сюда сегодня?» или «Как вы думаете, вы могли бы сделать, это?»). Просьбы «Расскажите мне…» тоже могут быть открытыми вопросами («Расскажите мне о том, как обычно проходит ваш день»), даже если ваш голос не поднимается в конце. Любая рефлексия, где голос поднимается, а не опускается к концу – это вопрос («Вы действительно не думаете, что это проблема?» против «Вы действительно не думаете, что это проблема».).

То, что легче всего отследить в беседе, – это сколько вопросов вы задали и сколько из них было открытых и закрытых вопросов. Процент открытых вопросов (Open Question Percentage) – это количество открытых вопросов разделенное на общее количество вопросов (открытых + закрытых).

Рефлексии

Рефлексии подробно обсуждались в Главе 5. Они всегда являются реакциями на что-то, что человек сказал. Они в сущности фиксируют и отражают то, что человек только что сказал. Простые рефлексии добавляют мало, или не добавляют значения или акцента тому, что клиент сказал. Они в основном повторяют содержание, возможно, с некоторым изменением формулировки, но в них не так много предположения по поводу того, что имел в виду человек. Напротив, сложные рефлексии делают предположение о значении за пределами контекста, который был произнесен.

КЛИЕНТ: Мне было действительно сложно придерживаться моей диеты на это неделе.

ПРОСТАЯ РЕФЛЕКСИЯ: Это было сложно для вас.

СЛОЖНАЯ РЕФЛЕКСИЯ: Вы размышляете, будете ли вы в состоянии похудеть таким способом.

Количество рефлексий, высказанных во время беседы, также может быть подсчитано, при этом надо отдельно считать простые и сложные рефлексии. Два показателя, которые мы учитываем в беседе об изменении, – это процент сложных рефлексий консультанта и отношение рефлексий к вопросам.

Реакции, соответствующие и противоречащие МК

Кроме рефлексий и вопросов, возможно услышать другие последовательные реакции, согласующиеся с МК. Здесь представлены некоторые примеры из системы «Следование методу мотивационного консультирования» (MITI; Moyers, Martin, et al., 2005; Piersonet al., 2007):

• Запрашивание разрешения, прежде чем давать советы или информацию (Глава 11).

• Аффирмация и поддержка: сказать что-то положительное о человеке (глава 6) или выразить сопереживание.

• Подчеркивание свободы выбора человека, его автономии и контроля.

Существуют также некоторые реакции, которые в целом противоречат стилю МК и являются зеркальными противоположностями того, что указано выше. Они включают в себя:

• Давать советы или информацию без разрешения.

• Противодействовать человеку, не соглашаясь, споря, исправляя, стыдя, обвиняя,

критикуя, навешивая ярлыки, высмеивая или ставя под вопрос его честность (см. «Барьеры» Томаса Гордона в Главе 5).

• Управление человеком путем отдачи ему приказов, команд или повелений или иные вызовы автономии человека.

Показателем здесь является процент согласованности с МК (количество реакций, соответствующих МК, делится на сумму соответствующие МК + несоответствующие МК реакции).

Кодирование реакций клиента

Беседа, естественно, включает в себя язык двух (или всех) участников. Системы наблюдений, такие как MITI, которые кодируют только одну сторону беседы (реплики консультанта) могут дать надежные оценки профессиональных навыков МК, которые прогнозируют результат клиента, но они отражают только половину картины. Изначальная система кодирования как реакций консультанта, так и клиента в процессе беседы МК – это «Кодирование навыков мотивационного консультирования» (MISC; Catley et al., 2006; de Jonge, Schippers, & Schaap, 2005; Gaume et al., 2010; Miller & Mount, 2001; Moyers et al., 2003).

На какие реакции клиента должно быть обращено особое внимание в процессе беседы об изменении? С точки зрения МК, особенно важными параметрами речи клиента будут изменяющие и сохраняющие высказывания (Глава 12), именно потому, что они предвещают и являются промежуточным звеном результатов изменения. Соотношение числа изменяющих высказываний к числу сохраняющих, как представляется, является многообещающим показателем и тем показателем, который ожидаемо меняется в ходе сессии МК (Глава 19).

Также целесообразно рассмотреть изменяющие высказывания клиента, как показатель мастерства МК. Представляется, что легче увеличить количество соответствующих МК реакций клиницистов (как измеряется в MITI), чем научить их, как стимулировать изменяющие высказывания у их клиентов (Miller & Mount, 2001; Miller et al., 2004). Тем не менее, если наше понимание того, как работает МК, верно, то этот последний навык особенно важен. Какое имеет значение, практикуют ли клиницисты в более соответствующей МК манере, если их клиенты не изменяют свои реакции?

Последовательные анализы

Более скрупулезный анализ рассматривает непрерывные взаимоотношения в рамках беседы. Например, когда клиент делится изменяющим высказыванием, какой будет наиболее вероятная последующая реакция этого консультанта (см. Главу 14)? Что происходит, когда консультант отражает сохраняющее высказывание? Что, скорее всего, после этого скажет клиент? Анализ на этом уровне может дать еще более конкретные предложения для улучшения навыков (например, «Когда клиент предоставляет вам изменяющие высказывания, пытайтесь чаще их отражать»), это не может произойти путем простого подсчета реакций (например, «Делать больше рефлексий») или путем общей оценки (например, «Будьте более эмпатическим»). Хорошо развитым инструментом для последовательного анализа бесед об изменении является «Последовательная кодировка для наблюдения за процессами обмена в МК» (Motivational Interviewing Sequential Code for Observing Process Exchanges; MI-SCOPE; casaa.unm.edu/download/scope.pdf; Moyers & Martin, 2006; Moyers et al., 2007, 2009). Бесплатное программное обеспечение также доступно для анализа данных SCOPE (Glynn et al., 2011; casaa.unm.edu/dload.html).

Профессиональные навыки и четыре процесса

Представив в этом издании четыре процесса, которые включает в себя МК, здесь мы кратко рассмотрим, как могут быть оценены профессиональные навыки в каждом из этих

процессов.

Вовлечение , как мы его понимаем, предполагает использование клиентоцентрированных навыков консультирования, как уже описывалось в Части II. Они отразятся в общих оценках MITI в отношении эмпатии, сути и сотрудничества. Более конкретные навыки практики будут включать в себя OAPP: открытые вопросы, аффирмацию, рефлексии и резюме, процент открытых вопросов и сложных рефлексий, и отношение рефлексий к вопросам. Они, в свою очередь, должны быть отражены в показателях клиента относительно рабочего альянса, склонности продолжать лечение и во времени говорения клинициста, которое должно занимать меньше чем 50 % от времени беседы.

Фокусирование включает в себя уточнение, а затем поддержание направления по направлению к одной или нескольким выявленным целям изменения. Кроме тех случаев, когда клиент или контекст немедленно определяют, какой должна быть цель (цели), в таком случае здесь должен произойти наблюдаемый процесс обсуждения возможных целей лечения. Общая мера направления MITI отражает поддержание четкого фокуса. Оценка рабочего альянса клиентом и его согласие с целью также относятся к этому параметру.

Побуждение – это процесс, который особенно характеризует МК и отличает его от других подходов. Трудно получить достоверные оценки реакций клинициста на «извлечение изменяющего высказывания» именно потому, что существует много различных способов сделать это, и эксперт должен догадаться о намерении клинициста. Оценка извлечения – это общее оценивание того, насколько это произошло. Непосредственный показатель клиента – это возникновение изменяющего высказывания, который является предполагаемым результатом побуждения клинициста, и соотношение числа изменяющих высказываний клиента к числу сохраняющих. В рамках последовательного кодирования также возможно измерить степень, с которой клиницисты распознают и соответствующим образом реагируют на изменяющее высказывание путем регистрации поведения клинициста, которое немедленно повлекло появление изменяющего высказывания клиента (OAPP, см. Главу 14).

Планирование выражено в попытках клинициста выявить и сформировать конкретный план того, как и когда осуществить действия по изменению. Рекапитуляция и ключевой вопрос (см. Главу 19) – это дискретная наблюдаемая последовательность, хотя планирование может быть инициировано иначе. Открытые вопросы о «делании» (в отличие от ЖСПН), как правило, возникают при планировании. Одной из возможностей было бы закодировать открытые вопросы, классифицировав их по типу изменяющего высказывания, основываясь на глаголах, которые в них используются:

«Что вам хочется изменить?» (Желание)
«Как вы думаете, что вы можете сделать?» (Способность)
«Что явилось бы веской причиной для того, чтобы осуществить это изменение?» (Причины)
«Насколько важно для вас сделать это?» (Необходимость)
«И как вы собираетесь поступить?» (Готовность)
«Что вы намерены сделать?» (Активация)
«Какие шаги вы уже предприняли?» (Принятие мер)

Если реакции клинициста могут быть идентифицированы таким образом, что получится провести границы между четырьмя процессами, то станет возможным закодировать, насколько каждый из четырех процессов реализуется в процессе беседы или сегмента сессии. Разумеется, не стоит ожидать, что все четыре процесса будут происходить в течение каждой сессии МК. Идентифицированное кодирование процессов позволило бы изучить место и степень каждого процесса в течение одной или нескольких сессий, а также их связь с результатами клиента.

Порог производительности в мотивационном консультировании

Не существует заранее определенной адекватной дозы обучения МК. Учащиеся имеют различные уровни исходного мастерства и также различаются по тому, как быстро они развивают профессиональные навыки МК. Таким образом, имеет смысл обучать консультантов, используя определенный уровень навыков, как критерий, а не исходить из того, что будет достаточно обучения определенной продолжительности (Martino et al., 2011).

Остается нерешенным вопрос, какой уровень компетентности в МК является достаточным. Актуальным является вопрос «достаточным для чего?». После того как конкретная цель определена (например, увеличить использование презервативов среди ВИЧ-инфицированных путем кратких медицинских консультаций), требование к уровню мастерства МК становится практическим вопросом. Существует ли пороговый уровень профессиональных навыков, ниже которого изменение вряд ли произойдет? И каковы наиболее важные критерии необходимого клинического навыка? Вполне вероятно, что порог достаточности и отдельные ключевые навыки будут разными в зависимости от поставленной задачи и контекста.

В качестве временного ориентира мы предложили следующие заданные критерии при развитии навыков в МК. Здесь описаны два уровня навыков: (1) базовая компетентность и (2) профессиональные навыки. Мы с готовностью признаем, что мы просто создали эти критерии, основываясь на нашем опыте, и они, безусловно, нуждаются в регулировании по мере накопления знаний об уровнях навыков, необходимых для конкретных задач и условий. Мы не знаем, будет ли этого достаточно для конкретного применения, но мы поместили их здесь, в Таблице 28.4. Скорее всего, каждый клиницист отличается по этим показателям в зависимости от беседы или клиента. Таким образом, наши критерии представляют собой нечто среднее. Справедливо также и то, что каждый даже очень профессиональный клиницист не достигнет эталона по всем показателям в каждой консультации. Показатели предназначаются в качестве отправной точки, они могут быть улучшены дальнейшими исследованиями и опытом.

Как уже обсуждалось ранее, другая возможная система показателей при изучении МК – это отслеживать увеличение числа изменяющих высказываний клиента. Так как количество изменяющих высказываний в норме существенно различается у разных клиентов и групп людей, наиболее подходящим ориентиром для сравнения может быть сравнение с уровнем, которого консультант достигал до обучения.

Изменения клиента

Какая разница, если клиницисты практикуют в стиле, лучше соответствующем МК, *и* их клиенты произносят больше изменяющих высказываний, если они на самом деле не меняются? С точки зрения лечения или с позиции финансирующей организации наиболее важным является воздействие на результаты клиента. Есть ли значительное улучшение в лояльности клиента, в его следовании программе лечения и в изменении, по мере того, как клиницисты становятся более квалифицированы в мотивационных беседах? Есть ли существенные различия в результатах среди клиницистов, связанные с их мастерством в МК?

Таблица 28.4.
Предварительная компетентность и пороги профессионального уровня

	Цель 1: Делать больше упражнений, тренирующих сердечно-сосудистую систему	Цель 2: Посвящать больше времени детям	Цель 3: Уменьшить употребление алкоголя
+3	200 минут или дольше	8 часов и более	0–7 стандартных доз алкоголя
+2	131–199 минут	6–7 часов	8–14 стандартных доз алкоголя
+1	61–130 минут	4–5 часов	15–20 стандартных доз алкоголя
0	50–60 минут на этой неделе	около 3 часов на этой неделе	21–28 стандартных доз алкоголя в неделю
-1	31–49 минут	2 часа	29–35 стандартных доз алкоголя
-2	11–30 минут	1 час	36–49 стандартных доз алкоголя
-3	10 минут или менее	менее 1 часа	> 50 стандартных доз алкоголя

Это, в свою очередь, поднимает вопрос о том, что такое «значительный», то есть насколько сильное улучшение имеет значение. Обычный стандарт в клиническом исследовании – это статистическая значимость, например изменение величины, которое случайно произошло бы только один раз из двадцати (p <.05), или коэффициент риска с пределом погрешности менее 1.0. (Значение 1.0 не попадает в доверительный интервал значений, характеризующих соотношение вероятностей двух событий.) Однако при больших выборках возможно получить статистическую значимость даже для относительно небольших эффектов. На самом деле анализ мощности используется для определения того, сколько участников должно быть включено в исследование для того, чтобы ожидаемый эффект был статистически значимым. Другой вопрос заключается в том, будет ли изменение этой величины рассматриваться клиницистами как значительное. Система показателей «клинической значимости» используется для оценки значительных изменений (например, процент пациентов, у которых улучшения находятся в пределах, которые врачи рассматривают как имеющие значение с медицинской точки зрения). Возможно улучшить исследование, чтобы обнаружить величину эффекта, который клинически (а не только статистически) является значимым (Miller & Manuel, 2008).

Последующее рассмотрение заключается в том, *когда* ожидать перемен. В фармакотерапевтическом исследовании эффект от медикамента ожидается в процессе активного лечения, но с мотивационной беседой, которая предназначена для влияния на дальнейшее поведение, влияние процедуры на состояние здоровья может возникнуть с опозданием, которое иногда называют «эффект спящего». Такого рода отсроченные последствия не будут ожидаться, если медикаментозное лечение было прекращено, но в психотерапевтическом исследовании стандартом для клинической значимости будет появление или продолжение изменения в течение периода наблюдения после того, как

лечение было прекращено (Miller, LoCastro, Longabaugh, O'Malley, & Zweben, 2005). Это, несомненно, будет верным для кратких вмешательств, направленных на то, чтобы влиять на мотивацию к изменению (например, Mason, Pate, Drapkin, & Sozinho, 2011). Влияния на медленно изменяемые показатели результатов (например, снижение веса или уровень гликогемоглобина у людей с диабетом) не следует ожидать сразу после мотивационной беседы. Скорее всего, ожидаемый эффект будет улучшать отношение к здоровью, которое со временем будет влиять на его состояние. Средний эффект от МК, измеряемый на определенных конечных точках, был существеннее на более поздних точках, чем на точках, взятых раньше во времени (Hettema et al., 2005).

Наконец, мы призываем к анализу медиаторов при изучении влияния мотивационных бесед. Краткие вмешательства такого типа, как правило, ожидаемо влияют на определенные переменные клиента, которые, в свою очередь, приведут к долгожданным изменениям в результатах (Tevyaw & Monti, 2004). Причинно-следственная цепочка анализа делает эти неявные предположения явными путем измерения каждого компонента в ожидаемой последовательности эффектов (Longabaugh & Wirtz, 2001). Когда положительный эффект обнаружен, то можно констатировать, что лечебное вмешательство работает предполагаемым образом. Когда ожидаемый эффект не наблюдается, то можно определить, где причинно-следственная цепочка оборвалась.

Подведение итогов: обратная сторона сложности

Мотивационное консультирование – это незавершенная работа. Мы стремились в этом третьем издании передать наше текущее понимание сути, метода и необходимых навыков и в достаточной степени отразить то, что мы узнали из быстро растущего объема исследований по МК. Спустя три десятилетия после его представления миру, МК – это клиническое вмешательство, которое:

• *Научно обосновано.* Было опубликовано более 200 рандоминизированных клинических исследований как с негативными, так и с позитивными результатами.

• *Относительно краткое.* Чаще всего МК было испытано как вмешательство, состоящее из 1 до 4 сессий, и даже как относительно краткая консультация в течение 15 минут или менее.

• *Поддается определению и проверке.* Были разработаны надежные и валидные инструменты для измерения качества того, как проведено МК (Madson & Campbell, 2006).

• *Имеет проверяемые механизмы действия.* Были оценены некоторые потенциальные медиаторы эффективности мотивационных бесед, и, несомненно, другие будут указаны и проверены.

• *Поддается распространению на разные проблемные области.* Положительный эффект МК наблюдается для широкого спектра целей изменения.

• *Дополняет другие методы лечения.* МК не является достаточным методом лечения, оно было разработано как инструмент для решения конкретной клинической задачи: разрешения амбивалентности по отношению к изменению. Оно является дополнением к различным другим терапевтическим подходам.

• Поддается изучению широким кругом специалистов. По-видимому, МК поддается изучению представителями различных профессий с разным исходным образованием.

В целом МК обеспечивает до определенной степени структурированный и поддающийся проверке способ поразмыслить и конструктивно побеседовать об изменениях. Наше собственное ощущение феномена МК таково, что оно не кажется чем-то, что мы придумали. Это скорее поднимающаяся волна, на которой мы с наслаждением качаемся, пытаясь остаться на гребне, и стремимся увидеть, куда и как далеко все это зайдет. Если в

течение десятилетия выйдет четвертое издание, сейчас мы не можем предсказать, чем оно будет отличаться, как мы предугадывали отличия второго и третьего издания от своих предшественников.

Из сложности возникнет великая простота.

МК началось с простых идей, выкристаллизовавшихся из клинической практики. Годы добавили уровней сложности в понимание природы, действия, процессов и обучения МК, что уже нашло отражение в десятках книг и переводах, и в сотнях статей и глав. Несомненно, некоторые аспекты этой сложности являются излишними и некоторые нынешние представления о МК будут позднее признаны, по крайней мере, частично неточными. Мы надеемся, что из сложности возникнет великая простота.

Мы испытываем отеческую нежность к этому растущему ребенку, которого мы лелеем и переживаем за его дальнейшее развитие. Мы прошли достаточно долгий путь вместе, чтобы теперь отойти в сторону и с изумлением и любопытством наблюдать, что же будет дальше. Мы не владеем им и не хотим контролировать его жизненный путь, да мы и не в состоянии это сделать. Мотивационное консультирование отважилось выйти в мир, и мы надеемся, что какой бы ни был у него курс, оно сможет способствовать очеловечиванию сервиса и бесед об изменении.

Ключевые моменты

• Наблюдение реальной практики имеет важное значение в обеспечении качества и в документировании правильности консультирования.

• Общие оценки – это способ оценить практику, но они недостаточны сами по себе для измерения качества работы и не могут обеспечить полезную обратную связь для клинициста, который изучает МК.

• Поведенческие показатели облегчают сравнение различных исследований и обеспечивают более конкретную информацию, на основе которой строится полезная обратная связь.

• Показатели наблюдения должны также отслеживать появление у клинициста противоречащих МК реакций, таких как противостояние или предоставление советов без разрешения.

• Поведенческие показатели клиента, так же как и реакции клинициста, позволяют анализировать терапевтические процессы.

Приложение А
Словарь терминов мотивационного консультирования

CAT – см. ГАП

DARN – см. ЖСПН.

Docere – (латинский глагол-инфинитив) информировать, в смысле внедрять знания, мудрость, способность проникать в суть; этимологический корень в словах «doctrine», «indoctrinate», «docent» и «doctor».

Ducere – (латинский глагол-инфинитив) извлекать, вытягивать; подход Сократа; этимологический корень слова education («e ducere»); сравните с *Docere* .

FRAMES (англ.) – аббревиатура шести компонентов, которые обычно применяются в кратких вмешательствах для решения проблем, связанных с употреблением алкоголя: обратная связь, ответственность, рекомендация, меню опций, эмпатия и самоэффективность.

Lagom – (шведск.) в самый раз; не много и не мало. См. *Принцип Златовласки* .

Menschenbild (нем. представление о человеке) – фундаментальный взгляд на человеческую природу.

MIA – STEP – пакет учебных материалов для супервизоров МК, производится Американским центром лечения зависимостей.

MINT – Сеть преподавателей мотивационного консультирования (англ. Motivational Interviewing Network of Trainers), основанная в 1997 году и официально зарегистрированная в 2008 году (www.motivationalinterviewing.org).

MISC – Кодирование навыков мотивационного консультирования (англ. Motivational Interviewing Skills Code), первая система кодирования высказываний клиента и консультанта в рамках *мотивационного консультирования* , была представлена Миллером и Маунт (Miller & Mount)

MITI – система кодирования «Следование методу мотивационного консультирования» (англ. Motivational Interviewing Treatment Integrity), упрощенная система для документирования правильности проведения МК, образована из системы MISC и фокусируется только на реакциях консультанта.

Telos – (греч.) естественное, зрелое состояние организма, до которого он может развиться при оптимальных условиях.

TNT – аббревиатура Тренинга новых преподавателей (Training of New Trainers) в мотивационном консультировании, проходит с 1993 г.

Абсолютная ценность – один из четырех аспектов *принятия* как компонента *сущности* МК, оценка по достоинству самоценности и потенциала каждого человека.

Амбивалентность – одновременное присутствие конкурирующих мотивов за или против изменения.

Аффирмация – один из четырех аспектов *принятия* как компонент *сущности* МК, в котором консультант делает акцент на положительном, ищет и признает сильные стороны и усилия человека.

Баланс решения – техника, направленная на совершение выбора, которая может быть использована при беспристрастном консультировании. Позволяет уделить равное внимание плюсам и минусам изменения или конкретного плана.

Букет – особый вид *резюме* , который включает в себя и подчеркивает *изменяющие высказывания* клиента.

Взгляд в будущее – стратегия извлечения *изменяющего высказывания* клиента путем исследования возможного лучшего будущего, на которое клиент надеется или которое воображает, или представление последствий того, что ничего не изменится.

Взгляд в прошлое – стратегия извлечения *изменяющего высказывания* клиента путем исследования лучшего момента в прошлом.

Внутренняя мотивация – подготовка и реализация поведения исходя из того, как оно согласуется с личными целями и ценностями.

Вовлечение – первый из четырех фундаментальных процессов в МК, процесс установления взаимно доверительных и уважительных помогающих отношений.

Возможность – форма *подготовительного изменяющего высказывания* клиента, которая отражает воспринимаемую им личную способность совершения изменений; типичные слова включают в себя: «могу», «мог бы» и «способен».

Вступительная фраза – особая форма *разрешения* , в которой консультант не спрашивает клиента напрямую о возможности предоставить информацию или совет, но вместо этого предваряет такой вариант развития событий утверждением, выражающим *поддержку автономии* .

Выпрямительный рефлекс – естественное желание помогающих специалистов навести порядок, чтобы предотвратить вред и обеспечить благополучие клиента.

Высказывание об уверенности в себе – изменяющее высказывание , которое свидетельствует о наличии у клиента конкретной способности, полезной для совершения изменения.

Выявить – сообщить – выявить – процесс обмена информацией, который начинается и заканчивается с изучения собственного опыта клиента с целью создать контекст для любой информации, которая предоставляется клиенту консультантом.

ГАП (*англ.* CAT) – аббревиатура трех подтипов *мобилизующего изменяющего высказывания* клиента: *готовности* (commitment), *активации* (activation) и *принятия мер* (taking steps).

Глубина рефлексии – то, насколько содержание рефлексии больше, чем буквальное содержание слов клиента. См. *Сложная рефлексия* .

Двусторонняя рефлексия – рефлексия консультанта, которая отражает как *сохраняющие* , так и *изменяющие высказывания* клиента – как правило, с союзом «и».

Директивный стиль – естественный стиль коммуникации, который включает управление, руководство, раздачу советов, информации или инструкций.

Желание – форма *подготовительного изменяющего высказывания* клиента, которая отражает желание изменения; типичные глаголы включают: «хочу», «нравится» и «люблю».

ЖСПН (*англ.* DARN) – аббревиатура четырех подтипов *подготовительного изменяющего высказывания* клиента: желание (desire), способность (ability), причины (reasons) и необходимость (need).

Закрытый вопрос – вопрос, ответом на который является «да» или «нет», короткий ответ или конкретная информация.

Извинение – способ реагирования на разногласие путем принятия на себя частичной ответственности.

Извлекающий вопрос – стратегический открытый вопрос, естественным ответом на который является *изменяющее высказывание* .

Извлечение – один из четырех компонентов, сущности МК, с помощью которого консультант выявляет личную точку зрения клиента и его мотивацию. См. *Ducere.*

Изменяющее высказывание – любые слова клиента, которые способствуют движению к конкретной цели изменения.

Исследование целей и ценностей – стратегия извлечения изменяющего высказывания путем предоставления людям возможности описать их самые важные жизненные цели или ценности.

Истинная эмпатия – см. *Точная эмпатия.*

Клиентоцентрированное консультирование – см. *Человекоцентрированное консультирование* .

Ключевой вопрос – конкретная форма вопроса, который предлагается после *рекапитуляции* при переходе от *побуждения* к *планированию* , направлен на выявление *мобилизующего изменяющего высказывания* .

Конфронтация – (1) относительно цели: встретиться лицом к лицу с чьей-то конкретной ситуацией и опытом; (2) относительно практики: реакции консультанта, противоречащие МК, такие как предупреждение, несогласие и спор.

Коучинг – процесс помощи человеку приобрести определенный навык.

Ловушка «вопрос – ответ» – клиническая ошибка, заключающаяся в том, что консультант задает слишком много вопросов, оставляя клиенту пассивную функцию ответа на них. См. *Оценочная ловушка.*

Ловушка навешивания ярлыков – клиническая ошибка вовлечения в непродуктивную борьбу с целью убедить клиентов согласиться с ярлыком или диагнозом.

Ловушка обвинения – клиническая ошибка фокусирования на вине или на выявлении недостатков, а не на изменении.

Ловушка преждевременного фокуса – клиническая ошибка фокусирования до процесса вовлечения, попытка управления, прежде чем вы установили рабочий альянс и до согласования общих целей.

Ловушка пустого разговора – клиническая ошибка ведения излишних разговоров ни о чем и неформальной беседы, что не способствует процессам *вовлечения, фокусирования,*

побуждения и *планирования* .

Ловушка эксперта – клиническая ошибка предположения и демонстрации клиенту, что у консультанта есть наилучшее решение его проблем.

Метод Q-сортировки – техника, разработанная Уильямом Стефансоном, коллегой Карла Роджерса. Человек сортирует карточки, описывающие атрибуты, по стопкам, начиная от «не похоже на меня» до «очень похоже на меня».

Метод описания крайностей – стратегия извлечения *изменяющего высказывания* , в которой клиентов представить лучшие последствия изменения или худшие последствия статус-кво.

Метод шкалы достижения цели – метод, первоначально разработанный Томасом Киресуком для оценки результатов лечения в ряде проблемных областей.

Мобилизующее изменяющее высказывание – подтип *изменяющего высказывания* клиента, которое выражает или подразумевает действия по изменению. Например, *готовность, язык активации и принятие мер.*

Мозговой штурм – генерирование вариантов при отсутствии какой-либо критики на начальном этапе.

Мотивационностимулирующая терапия (МСТ) – комбинация *мотивационного консультирования* с *оценочной обратной связью* , первоначально разработана и испытана в проекте MATCH.

МСТ (англ. MET) – мотивационностимулирующая терапия (англ. motivational enhancement therapy).

Направление – интенсивность, с которой консультант поддерживает в ходе сессии импульс в сторону *цели изменения.*

Необходимость – форма *подготовительного изменяющего высказывания* клиента, которая выражает крайнюю необходимость в изменении без указания конкретных причин. Типичные слова включают в себя: «нужно», «придется», «должен», «обязан».

Несоответствие – дистанция между состоянием статус-кво и одной или более *целей изменения* клиента.

ОАРР (англ. OARS) – аббревиатура четырех основных клиентоцентрированных навыков общения: *открытый вопрос, аффирмация, рефлексия* и *резюме* .

Обобщающее резюме – особая форма *рефлексии* , которая собирает вместе ряд взаимосвязанных сообщений, исходящих от человека. См. *Резюме* .

Обывательское определение, сосредоточенное на цели МК: мотивационное консультирование – это стиль совместной беседы, направленный на укрепление личной мотивации человека и его готовности к изменению.

Определение практикующего специалиста: мотивационное консультирование – это стиль человекоцентрированного консультирования, направленный на решение общей проблемы амбивалентного отношения к изменению.

Ориентирование – процесс нахождения направлений для изменения, когда фокус консультации неясен. См. *Фокусирование* .

Ориентирующий стиль – естественный стиль коммуникации для оказания помощи другим в том, чтобы найти свой путь, сочетает в себе некоторые элементы управляющего и сопровождающего стилей.

Открытый вопрос – вопрос, который предоставляет человеку значительную свободу и выбор того, как на него ответить, по сравнению с *закрытым вопросом* .

Оценочная ловушка – клиническая ошибка начала консультации со сбором экспертной информации, из-за того, что не прислушивались к проблемам клиента. См. *Ловушка «вопрос – ответ».*

Оценочная обратная связь – предоставление клиенту личной обратной связи по поводу выводов из оценки, часто в сравнении с пределами нормы. См. *Мотивационностимулирующая терапия* .

Партнерство – один из четырех центральных компонентов *сущности* МК,

выражается в том, что консультант выступает в качестве партнера или спутника, сотрудничает с собственным опытом клиента.

Переходное резюме – форма *рефлексии,* которая завершает задание или сессию, собирая то, что кажется важным, и сигнализируя о переходе к чему-то новому.

План изменения – конкретная схема для реализации *цели изменения* .

Планирование – четвертый фундаментальный процесс МК, который включает в себя разработку конкретного *плана изменения* , который клиент готов реализовать.

Побуждение – третий из четырех фундаментальных процессов МК, который включает в себя раскрытие собственной мотивации клиента к конкретному изменению.

Подготовительное изменяющее высказывание – тип *изменяющего высказывания* клиента, отражающего мотивацию клиента к изменению, без выражения или подтверждения конкретного намерения или готовности это изменение произвести. Примеры: желание, способность, причины и необходимость.

Поддержка автономности (автономии) – один из четырех аспектов *принятия* как компонента *сущности* МК, с помощью которой консультант принимает и подтверждает неотъемлемое право клиента на самоопределение и выбор.

Подтверждение – консультант дает оценку положительному поведению или качеству клиента.

Подчеркивание личного контроля – утверждение консультанта, которое непосредственно выражает поддержку автономии, признавая право клиента сделать выбор и его способность к самоопределению.

Пожарная сигнализация – межличностные сигналы *разногласия* в рабочем альянсе.

Представление – слова клиента, описывающие то, что видит клиент, когда представляет, что изменение произошло.

Преувеличение – рефлексия , которая добавляет интенсивности содержанию или эмоциям, которые выражены клиентом. См. Усиленная рефлексия.

Преуменьшение – рефлексия , которая снижает интенсивность содержания или эмоций, которые выражены клиентом.

Принцип Златовласки – чтобы мотивировать, несоответствие не должно быть слишком большим или слишком маленьким.

Принятие мер – форма *мобилизующего изменяющего высказывания* клиента, которая описывает действие или уже предпринятые шаги по направлению к изменению.

Принятие – один из четырех центральных компонентов, лежащих в основе сущности МК, с помощью которого консультант связывает *абсолютную ценность, точную эмпатию, аффирмацию и поддержку автономности.*

Причаливание – реакция на продолжающиеся *сохраняющие высказывания* или на *разногласие* , заключается в том, что консультант принимает и отражает тему клиента.

Причина – форма *подготовительного изменяющего высказывания* клиента, которая описывает конкретные мотивы изменения: «если… то…».

Продолженное высказывание – метод *рефлексивного слушания* , в котором консультант предлагает то, что могло бы стать следующим (пока невысказанным) предложением в высказывании клиента.

Проработка – см. *Уточнение.*

Простая рефлексия – рефлексия , которая содержит мало или совсем не содержит дополнительной информации помимо того, что сказал клиент.

Рабочий альянс – качество отношений сотрудничества между клиентом и консультантом, которое имеет тенденцию предсказывать результат и способность клиента пройти процесс консультирования до конца.

Разногласие – межличностное поведение, которое отражает диссонанс в рабочих отношениях. *Сохраняющее высказывание* не создает разногласия само по себе. Примеры разногласия включают в себя спор, перебивание, обесценивание или игнорирование.

Разрешение – получение консультантом согласия клиента до предоставления совета

или информации.

Реализация намерения – высказанное намерение или обязательство предпринять конкретное действие.

Резистентность – термин, ранее используемый в МК, теперь разделенный на компоненты: *сохраняющее высказывание* и *разногласие* .

Резюме – рефлексия , которая обобщает содержание двух или более высказываний клиента. См. *Обобщающее резюме, Связывающее резюме, Переходное резюме.*

Рекапитуляция – букет резюме, предложенный при переходе от *побуждения* к *планированию* , обобщение *изменяющих высказываний* клиента.

Рефлексивное слушание – навык активного слушания: консультант стремится понять субъективный опыт клиента, предлагая *рефлексии* в качестве догадок о том, что человек имеет в виду. См. *Точная эмпатия* .

Рефлексия – высказывание консультанта, отражающее смысл (явный или скрытый) предшествующей речи клиента. См. *Простая рефлексия, Сложная рефлексия* .

Рефрейминг – высказывание консультанта, которое призывает клиента пересмотреть интерпретацию того, что было сказано.

Самоактуализация – стремление и реализация своих основных ценностей, чтобы стать таким, каким человек был задуман. См. Telos.

Самомотивирующее утверждение – см. *Изменяющее высказывание* .

Самооценка – воспринимаемый уровень достоинств клиента в целом.

Самораскрытие – делиться чем-то личным, что является правдой, если есть основание ожидать, что это будет полезно для клиента.

Саморегуляция – способность разработать свой собственный план и придерживаться определенного поведения, чтобы выполнить его.

Самоэффективность – воспринимаемая способность клиента (то, насколько клиент верит, что он может это сделать. – *Прим. ред* .) успешно достичь определенной цели или выполнить конкретную задачу; термин введен Альбертом Бандурой.

Связывающее резюме – особая форма рефлексии, которая связывает то, что человек только что сказал, с тем, что вы запомнили из предыдущей беседы. См. *Резюме* .

Сложная рефлексия – рефлексия консультанта, которая привносит дополнительный или иной смысл, кроме того что клиент только что высказал; догадка относительно того, что клиент, возможно, имел в виду.

Смещение фокуса – способ ответа на разногласие путем перенаправления внимания и обсуждения менее спорной темы или точки зрения.

Согласие с сюрпризом – рефлексия, аффирмация или согласие, за которым следует *рефрейминг* .

Сопереживание – один из четырех центральных компонентов, лежащих в основе *сущности* МК, заключается в том, что консультант действует с наилучшими побуждениями с целью способствовать благополучию клиента, отдавая приоритет потребностям клиента.

Сопровождающий стиль – естественный стиль коммуникации, который включает в себя слушание и следование за опытом другого человека без добавления своего собственного опыта.

Сопротивление – естественная человеческая тенденция бороться за свою свободу, когда она оказывается под угрозой.

Сортировка ценностей – техника, используемая Милтоном Рокичем и другими исследователями. Человек определяет, насколько приоритетными являются для него те или иные ценности, расставляя их в порядке значимости, например сортируя карточки на стопки от «совсем не важно» до «очень важно».

Составление маршрута – процесс выбора плана изменения, когда существует несколько возможных путей по направлению к цели.

Составление программы – краткий *фокусировочный* метаразговор, в котором вы с клиентом отходите немного в сторону, чтобы выбрать *направление* из нескольких

вариантов.

Сотрудничество – см. *Партнерство* .

Сохраняющее высказывание – любая речь клиента, которая скорее способствует поддержанию *статус-кво* , а не является движением к *цели изменения* .

Стадии изменения – в рамках транстеоретической модели изменения – это последовательность стадий, которые люди проходят в процессе изменений: стадия отсутствия осознания проблемы (precontemplation), осознание проблемы (contemplation), подготовка (preparation), действие (action), сохранение результата (maintenance).

Старт с начальным преимуществом – стратегия по извлечению изменяющего высказывания клиента, в которой консультант сначала воспринимает статус-кво как «хорошую вещь», с тем чтобы затем выведать «не очень хорошие вещи».

Статус-кво – текущее состояние дел без изменений.

Сущность – лежащее в основе состояние ума и сердца, с которыми практикуется МК, включая *партнерство, принятие, сопереживание* и *извлечение* .

Техническое определение: мотивационное консультирование – это совместный, ориентированный на достижение цели стиль коммуникации с особым вниманием к изменяющей речи. Оно предназначено для укрепления личной мотивации и готовности к достижению конкретной цели путем определения и исследования собственных причин человека для изменения в атмосфере принятия и сопереживания.

Точная эмпатия – умение воспринимать и отражать сущность другого человека; один из четырех аспектов принятия как компонента сущности МК.

Транстеоретическая модель – комплексная модель изменения, созданная Прочаской и ДиКлементе, одним из элементов которой является описание *стадий изменения* .

Усиленная рефлексия – реакция, выражающаяся в том, что консультант отражает содержание речи клиента с большей интенсивностью, чем выразил клиент; одна из форм ответа на *сохраняющее высказывание* или *разногласие* .

Уточнение – реакция консультанта на *изменяющее высказывание* клиента, просьба о дополнительных деталях, разъяснениях или примерах.

Фаза 1 – термин, использовавшийся в предыдущим издании «Мотивационного консультирования», для описания более раннего «подъема в гору» в период вовлечения, ориентирования и побуждения, где основной целью является выявить и усилить мотивацию клиента к изменению.

Фаза 2 – термин, использовавшийся в предыдущем издании «Мотивационного консультирования», для описания последующего «спуска с горы» в период планирования, где основной целью является выявить и усилить приверженность к *цели изменения* и договориться о конкретном *плане изменения* .

Фокусирование – второй из четырех фундаментальных процессов МК, который включает в себя прояснение конкретной цели или направления для изменения.

Формулировка – разработка общей картины или гипотезы о ситуации клиента и о том, как она может быть решена.

Целостность – вести себя так, что это согласуется и соответствует основополагающим ценностям человека.

Цель изменения – конкретная цель изменения в *мотивационном консультировании* ; как правило, конкретное изменение поведения, хотя встречаются и более общие цели (например, контроль уровня сахара в крови), для достижения которой существует несколько путей.

Ценности – основные цели и нормы человека, которые обеспечивают смысл и направление его жизни.

Человекоцентрированное консультирование – терапевтический подход, предложенный психологом Карлом Роджером, в котором люди исследуют свой собственный опыт в рамках поддерживающих, эмпатических и принимающих отношений; также называется клиентоцентрированное, или клиентоориентированное, консультирование.

Шкала готовности – см. *Шкала изменения* .

Шкала значимости – шкала (обычно от 0 до 10), на которой клиентам предлагается оценить важность осуществления конкретного изменения.

Шкала изменения – шкала оценок, обычно от 0 до 10, используется для оценки мотивации клиента к достижению конкретной цели. См. *Шкала уверенности* и *Шкала важности* .

Шкала уверенности – шкала (обычно от 0 до 10), на которой клиентам предложено оценить их уровень уверенности в своей способности произвести конкретное изменение.

Эквиполентность – решение клинициста вести консультацию нейтрально, таким образом, чтобы избегать направления клиента к одному конкретному выбору или изменению. Вместо этого в равной степени исследуются все доступные варианты.

Эмпатия – степень, с которой консультант выражает точное понимание перспектив и опыта клиента; наиболее часто проявляется в форме *рефлексии* .

Язык активации – форма *мобилизующего изменяющего высказывания* клиента, которая выражает расположение к действию, но недотягивает до *языка готовности* , типичные слова включают в себя: «думаю», «желаю», «собираюсь».

Язык готовности – форма *мобилизующего изменяющего высказывания* клиента, которая отражает намерения или предрасположенность к претворению изменений в жизнь; типичные в этом случае глаголы включают в себя: «буду», «делаю», «сделаю».

Приложение В
Библиографический список мотивационного консультирования
Кристофер Дж. МакЛаут

27

Примечание : полную библиографию – более 1200 ссылок, в том числе результаты исследований и клинические комментарии, упорядоченные по темам, можно найти на www.guilford.com/p/miller2.

Книги

Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems.* New York: Guilford Press.

Botelho, R. (2004). *Motivational practice: Promoting healthy habits and self-care of chronic diseases* (2nd ed.). Rochester, NY: MHH Publications.

Dart, M. A. (2010). *Motivational interviewing in nursing practice: Empowering the patient.* Sudbury, MA: Jones & Bartlett.

Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R., & Marlatt, G. A. (1999). *Brief alcohol screening and intervention for college students (BASICS): A harm reduction approach.* New York: Guilford Press.

Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change.* New York: Guilford Press.

Fields, A. E. (2004). *Curriculum-based motivation group: A five-session motivational interviewing group intervention.* Vancouver, WA: Hollifiend Associates.

Christopher J. McLouth is currently pursuing a PhD in clinical psychology at the University of New Mexico and also spends his time as a researcher at the university’s Center on Alcoholism,

---

27 Кристофер Дж. МакЛаут в настоящее время – аспирант (PhD student in clinical psychology) факультета психологии в Университете Нью-Мексико, а также он посвящает свое время исследованиям в университетском Центре по проблемам алкоголизма, злоупотребления психоактивными веществами и зависимостей. Его научные интересы включают каузальные механизмы МК и статистическое моделирование изменения поведения.

Substance Abuse, and Addictions. His research interests include causal mechanisms for MI and the statistical modeling of behavior change.

Fields, A. E. (2006). *Enrolling our adult learners back into school: A five-session motivational interviewing engagement process.* Vancouver, WA: Hollifield Associates.

Fields, A. E. (2006). *Motivational enhancement therapy for problem and pathological gamblers: A five-session curriculum-based group intervention.* Vancouver, WA: Hollifield Associates.

Fields, A. E. (2006). *Paradigm shifts and corporate change – All on board?: Motivational interviewing in the business world.* Vancouver, WA: Hollifield Associates.

Fields, A. E. (2006). *Resolving patient ambivalence: A five-session motivational interviewing intervention.* Vancouver, WA: Hollifield Associates.

Fuller, C., & Taylor, P. (2008). *A toolkit of motivational skills: Encouraging and supporting change in individuals* (2nd ed.). New York: Wiley.

Hibbard, J., Lawson, K., Moore, M., & Wolever, R. (2010). *Three pillars of health coaching: Patient activation motivational interviewing and positive psychology.* Manasquan, NJ: Healthcare Intelligence Network.

Hohman, M. (2012). *Motivational interviewing in social work practice.* New York: Guilford Press.

Lawson, K., Wolever, R., Donovan, P., & Greene, L. M. (2009). *Health coaching for behavior change: Motivational interviewing methods and practice.* Manasquan, NJ: Healthcare Intelligence Network.

Levounis, P., & Arnaout, B. (2010). *Handbook of motivation and change: A practical guide for clinicians.* Arlington, VA: American Psychiatric.

Maiuro, R. D., & Murphy, C. (2002). *Motivational interviewing and stages of change in intimate partner violence.* New York: Springer.

Mason, P. G., & Butler, C. C. (2010). *Health behavior change: A guide for practitioners* (2nd ed.). Edinburgh, Scotland: Churchill Livingstone.

Matulich, B. (2010). *How to do motivational interviewing: A guidebook for beginners.* Kindle Edition: *www.amazon.com.*

McMurran, M. (2002). *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy.* West Sussex, UK: Wiley.

McNamara, E. (2009). *Motivational interviewing: Theory, practice and applications with children and young people.* Ainsdale, UK: Positive Behaviour Management.

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

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

Murphy, C. M., & Maiuro, R. D. (2009). *Motivational interviewing and stages of change in intimate partner violence.* New York: Springer.

Naar-King, S., & Suarez, M. (2010). *Motivational interviewing with adolescents and young adults.* New York: Guilford Press.

Reinke, K., Herman, K. C., & Sprick, R. (2011). *Motivational interviewing for effective classroom management: The classroom check-up.* New York: Guil– ford Press.

Rollnick, S., Mason, P. G., & Butler, C. C. (1999). *Health behavior change:* A *guide for practitioners.* London: Churchill Livingstone.

Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior.* New York: Guilford Press.

Rosengren, D. B. (2009). *Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook.* New York: Guilford Press.

Schmidt, U., & Treasure, J. (1997). *Clinician's guide to getting better bit(e) by bit(e): A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders.* Hove, UK: Psychology Press.

Tober, G., & Raistrick, D. (2007). *Motivational dialogue: Preparing addiction professionals for motivational interviewing practice.* New York: Rout– ledge.

Tomlin, K. M., & Richardson, R. (2004). *Motivational interviewing and stages of change: Integrating best practices for substance abuse professionals.* Center City, MN: Hazelden.

Walters, S. T., & Baer, J. S. (2005). *Talking with college students about alcohol: Motivational strategies for reducing abuse.* New York: Guilford Press.

Walters, S. T., Clark, M. D., Gingerich, R., & Meltzer, M. L. (2007). *Motivating offenders to change: A guide for probation and parole.* Washington, DC: National Institute of Corrections, U. S. Dept. of Justice.

Weinstein, P. (2002). *Motivate your dental patients: A workbook.* Seattle, University of Washington. Available from the author: *philw@u.washington.edu.*

Wolf, S. (2009). *Retaining addicted and HIV infected clients in treatment services.* Saarbrucken, Germany: VDM Verlag.

Систематический обзор[28]

† Indicates studies that include a statistical meta-analysis.

† Apodaca, T. R., & Longabaugh, R. (2009). Mechanisms of change in motivational interviewing: A review and preliminary evaluation of the evidence. *Addiction, 104(5),* 705–715.

† Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S., & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews,* 12(9), 709–723.

Baker, A., & Hambridge, J. (2002). Motivational interviewing: Enhancing engagement in treatment for mental health problems. *Behaviour Change,* 19(3), 138–145.

Baker, A., & Lee, N. K. (2003). A review of psychosocial interventions for amphetamine use. *Drug and Alcohol Review,* 22(3), 323–335.

Baker, A., Turner, A., Kay-Lambkin, F. J., & Lewin, T. J. (2009). The long and the short of treatments for alcohol or cannabis misuse among people with severe mental disorders. *Addictive Behaviors,* 34(10), 852–858.

Barkhof, E., De Haan, L., Meijer, C. J., Fouwels, A. J., Keet, I. P. M., Hulstijn, K. P., et al. (2006). Motivational interviewing in psychotic disorders. *Current Psychiatry Reviews,* 2(2), 207–213.

Barnett, N. P., Tevyaw, T. O'L., Fromme, K., Borsari, B., Carey, K. B., Corbin, W.

R., et al. (2004). Brief alcohol interventions with mandated or adjudicated college students. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 28(6), 966–975.

Bechdolf, A., Pohlmann, B., Geyer, C., Ferber, C., Klosterkotter, J., & Gouzoulis–Mayfrank, E. (2005). [Motivational interviewing for patients with comor– bid schizophrenia and substance abuse disorders: A review]. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie,* 73(12), 728–735.

Bernstein, E., & Bernstein, J. (2008). Effectiveness of alcohol screening and brief motivational intervention in the emergency department setting. *Annals of Emergency Medicine,* 51(6), 751–754.

Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction,* 88(3), 315–335.

Branscum, P., & Sharma, M. (2010). A review of motivational interviewing-based interventions targeting problematic drinking among college students. *Alcoholism Treatment Quarterly,* 28(1), 63–77.

Britt, E., Blampied, N., & Hudson, S. (2003). Motivational interviewing: A review. *Australian Psychologist,* 38(3), 193–201.

---

[28] Символом † отмечены исследования, содержащие статистический метаанализ.

Britt, E., Hudson, S. M., & Blampied, N. M. (2004). Motivational interviewing in health settings: A review. *Patient Education and Counseling,* 53(2), 147–155.

Burke, B. L. (2011). What can motivational interviewing do for you? *Cognitive and Behavioral Practice,* 18(1), 74–81.

† Burke, B. L., Arkowitz, H., & Menchola, M. (2003). The efficacy of motivational interviewing: A meta-analysis of controlled clinical trials. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 71(5), 843–861.

† Burke, B. L., Dunn, C. W., Atkins, D. C., & Phelps, J. S. (2004). The emerging evidence base for motivational interviewing: A meta-analytic and qualitative inquiry. *Journal of Cognitive Psychotherapy,* 18(4), 309–322.

Bux, D. A., Jr., & Irwin, T. W. (2006). Combining motivational interviewing and cognitive-behavioral skills training for the treatment of crystal methamphet– amine abuse/dependence. *Journal of Gay and Lesbian Psychotherapy,* 10(3–4), 143–152.

Carroll, K. M. (2005). Recent advances in the psychotherapy of addictive disorders. *Current Psychiatry Reports,* 7(5), 329–336.

Chambless, D. L., & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52,* 685–716.

Chanut, F., Brown, T. G., & Dongier, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry,* 50(9), 548–554.

Chanut, F., Brown, T. G., & Donguier, M. (2005). Motivational interviewing and clinical psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry,* 50(11), 715–721.

Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illness and substance misuse: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing,* 65(2), 238–258.

† Cleary, M., Hunt, G. E., Matheson, S. L., Siegfried, N., & Walter, G. (2008). Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1).

Cloud, R. N., Besel, K., Bledsoe, L., Golder, S., McKiernan, P., Patterson, D., et al. (2006). Adapting motivational interviewing strategies to increase

posttreatment 12–step meeting attendance. *Alcoholism Treatment Quarterly, 24(3),* 31–53.

Cooperman, N. A., & Arnsten, J. H. (2005). Motivational interviewing for improving adherence to antiretroviral medications. *Current HIV/AIDS Reports,* 2(4), 159–164.

Cummings, S. M., Cooper, R. L., & Cassie, K. M. (2009). Motivational interviewing to affect behavioral change in older adults. *Research on Social Work Practice,* 19(2), 195–204.

Deas, D. (2008). Evidence-cased treatments for alcohol use disorders in adolescents. *Pediatrics, 121,* S348–S354.

Deas, D., & Clark, A. (2009). Current state of treatment for alcohol and other drug use disorders in adolescents. *Alcohol Research and Health,* 32(1), 76–82.

Demmel, R. (2001). Motivational Interviewing: Ein Literaturtiberblick. *Sucht: Zeitschrift fur Wissenschaft und Praxis,* 47(3), 171–188.

DiClemente, C. C., Marinilli, A. S., Singh, M., & Bellino, L. E. (2001). The role of feedback in the process of health behavior change. *American Journal of Health Behavior,* 25(3), 217–227.

† DiRosa, L. C. (2010). *Motivational interviewing to treat overweight/obesity: A meta-analysis of relevant research.* Unpublished doctoral dissertation, Wilmington University, New Castle, Delaware.

Drymalski, W. M., & Campbell, T. C. (2009). A review of motivational interviewing to enhance adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: Evidence and recommendations. *Journal of Mental Health,* 18(1), 6–15.

Dunn, C. (2003). Brief motivational interviewing interventions targeting substance abuse in the acute care medical setting. *Seminars in Clinical Neuropsychia– try,* 8(3), 188–196.

† Dunn, C., Deroo, L., & Rivara, F. P. (2001). The use of brief interventions adapted

from motivational interviewing across behavioral domains: A systematic review. *Addiction*, 96(12), 1725–1742.

Duran, L. S. (2003). Motivating health: Strategies for the nurse practitioner. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners,* 15(5), 200–205.

Erickson, S. J., Gerstle, M., & Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings: A review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine,* 159(12), 1173–1180.

Feldstein, S. W., & Ginsburg, J. I. D. (2006). Motivational interviewing with dually diagnosed adolescents in juvenile justice settings. *Brief Treatment and Crisis Intervention,* 6(3), 218–233.

† Gooding, P., & Tarrier, N. (2009). A systematic review and meta-analysis of cognitive-behavioural interventions to reduce problem gambling: Hedging our bets? *Behaviour Research and Therapy,* 47(7), 592–607.

Grenard, J. L., Ames, S. L., Pentz, M. A., & Sussman, S. (2006). Motivational interviewing with adolescents and young adults for drug-related problems. *International Journal of Adolescent Medicine and Health,* 18(1), 53–67.

† Grimshaw, G. M., & Stanton, A. (2006). Tobacco cessation interventions for young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), CD003289.

Handmaker, N. S., & Wilbourne, P. (2001). Motivational interventions in prenatal clinics. *Alcohol Research and Health,* 25(3), 219–229.

† Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1,* 91–111.

† Hettema, J. E. (2007). *A meta-analysis of motivational interviewing across behavioral domains.* Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.

Hjorthoj, C., Fohlmann, A., & Nordentoft, M. (2009). Treatment of cannabis use disorders in people with schizophrenia spectrum disorders – A systematic review. *Addictive Behaviors,* 34(6–7), 520–525.

Horsfall, J., Cleary, M., Hunt, G. E., & Walter, G. (2009). Psychosocial treatments for people with co-occurring severe mental illnesses and substance use disorders (dual diagnosis): A review of empirical evidence. *Harvard Review of Psychiatry,* 17(1), 24–34.

Ilott, R. (2005). Does compliance therapy improve use of antipsychotic medication? *British Journal of Community Nursing,* 10(11), 514–519.

† Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 79(4), 433–440.

Julius, R. J., Novitsky, M. A., Jr., & Dubin, W. R. (2009). Medication adherence: A review of the literature and implications for clinical practice. *Journal of Psychiatric Practice,* 15(1), 34–44.

Kaplan, A. S. (2002). Psychological treatments for anorexia nervosa: A review of published studies and promising new directions. *Canadian Journal of Psychiatry,* 47(3), 235–242.

† Kelly, T. M., Daley, D. C., & Douaihy, A. B. (2011). Treatment of substance abusing patients with comorbid psychiatric disorders. *Addictive Behaviors,* 37(1), 11–24.

Kienast, T., & Heinz, A. (2005). Therapy and supportive care of alcoholics: Guidelines for practitioners. *Digestive Diseases,* 23(3–4), 304–309.

Knight, K. M., McGowan, L., Dickens, C., & Bundy, C. (2006). A systematic review of motivational interviewing in physical health care settings. *British Journal of Health Psychology,* 11(2), 319–332.

Laker, C. J. (2007). How reliable is the current evidence looking at the efficacy of harm reduction and motivational interviewing interventions in the treatment of patients with a dual diagnosis? *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,* 14(8), 720–726.

Larimer, M. E., & Cronce, J. M. (2007). Identification, prevention, and treatment

revisited: Individual-focused college drinking prevention strategies 19992006. *Addictive Behaviors*, 32(11), 2439–2468.

Lawendowski, L. A. (1998). A motivational intervention for adolescent smokers. *Preventive Medicine,* 27(5, Pt. 2), A39–A46.

Lewis, S. W., Tarrier, N., & Drake, R. J. (2005). Integrating non-drug treatments in early schizophrenia. *British Journal of Psychiatry,* 187(Suppl. 48), s65–s71.

Lewis, T. F., & Osborn, C. J. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing: A consideration of confluence. *Journal of Counseling and Development,* 82(1), 38–48.

† Lopez, L. M., Tolley, E. E., Grimes, D. A., & Chen-Mok, M. (2009). Theory– based interventions for contraception. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (1), CD007249.

Lopez-Bushnell, K., & Fassler, C. (2004). Nursing care of hospitalized medical patients with addictions. *Journal of Addictions Nursing,* 15(4), 177–182.

† Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232–1245.

† Lundahl, B. W., Kunz, C., Brownell, C., Tollefson, D., & Burke, B. L. (2010). A meta-analysis of motivational interviewing: Twenty-five years of empirical studies. *Research on Social Work Practice,* 20(2), 137–160.

Macgowan, M. J., & Engle, B. (2010). Evidence for optimism: Behavior therapies and motivational interviewing in adolescent substance abuse treatment. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* 19(3), 527–545.

Madson, M. B., & Campbell, T. C. (2006). Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 31(1), 67–73.

Madson, M. B., Loignon, A. C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 36(1), 101–109.

Martins, R. K., & McNeil, D. W. (2009). Review of motivational interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review,* 29(4), 283–293.

McCollum, E. E., Trepper, T. S., & Smock, S. (2003). Solution-f ocused group therapy for substance abuse: Extending competency-based models. *Journal of Family Psychotherapy*, 14(4), 27–42.

McMurran, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology*, 14(1), 83–100.

Miller, W. R. (1985). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin,* 98(1), 84–107.

Miller, W. R. (1996). Motivational interviewing: Research, practice, and puzzles. *Addictive Behaviors,* 21(6), 835–842.

Miller, W. R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors,* 14(1), 6–18.

Miller, W. R. (2004). Motivational interviewing in service to health promotion. *American Journal of Health Promotion,* 18(3), 1–10.

Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing and the incredible shrinking treatment effect. *Addiction,* 100(4), 421.

Miller, W. R., & Wilbourne, P. L. (2002). Mesa Grande: A methodological analysis of clinical trials of treatments for alcohol use disorders. *Addiction,* 97(3), 265–277.

Noonan, W. C., & Moyers, T. B. (1997). Motivational interviewing. *Journal of Substance Misuse: For Nursing, Health and Social Care,* 2(1), 8–16.

† Osborn, L. D. (2007). *A meta-analysis of controlled clinical trials of the efficacy of motivational interviewing in a dual-diagnosis population.* Unpublished doctoral dissertation, The Wright Institute, Berkeley, California.

Perney, P., Rigole, H., & Blanc, F. (2008). [Alcohol dependence: Diagnosis and treatment]. *Revue de Medecine Interne,* 29(4), 297–304.

RachBeisel, J., Scott, J., & Dixon, L. (1999). Co-occurring severe mental illness and substance use disorders: A review of recent research. *Psychiatric Services,* 50(11), 1427–1434.

Resnicow, K., DiIorio, C., Soet, J. E., Borrelli, B., Hecht, J., & Ernst, D. (2002). Motivational interviewing in health promotion: It sounds like something is changing. *Health Psychology,* 21(5), 444–451.

Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 23(4), 325–334.

† Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice,* 55(513), 305–312.

Rush, B. R., Dennis, M. L., Scott, C. K., Castel, S., & Funk, R. R. (2008). The interaction of co-occurring mental disorders and recovery management checkups on substance abuse treatment participation and recovery. *Evaluation Review,* 32(1), 7–38.

Ryder, D. (1999). Deciding to change: Enhancing client motivation to change behaviour. *Behaviour Change,* 16(3), 165–174.

Schmidt, P., Kohler, J., & Soyka, M. (2008). [Evidence-based treatments in the inpatient rehabilitation of alcoholics]. *Fortschr Neurol Psychiatr,* 76(2), 86–90.

Sindelar, H. A., Abrantes, A. M., Hart, C., Lewander, W., & Spirito, A. (2004). Motivational interviewing in pediatric practice. *Current Problems in Pediat– ric and Adolescent Health Care, 34* (9), 322–339.

† Smedslund, G., Berg, R. C., Hammerstrom, K. T., Steiro, A., Leiknes, K. A., Dahl, H. M., et al. (2011). Motivational interviewing for substance abuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (5).

Smith, A. J., Shepherd, J. P., & Hodgson, R. J. (1998). Brief interventions for patients with alcohol-related trauma. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery,* 36(6), 408–415.

Sdderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S., & Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Education and Counseling,* 84(1), 16–26.

† Tait, R. J., & Hulse, G. K. (2003). A systematic review of the effectiveness of brief interventions with substance using adolescents by type of drug. *Drug and Alcohol Review, 22* (3), 337–346.

Tevyaw, T. O'L., & Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications, and evaluations. *Addiction,* 99(Suppl. 2), 63–75.

Thompson, D. R., Chair, S. Y., Chan, S. W., Astin, F., Davidson, P. M., & Ski, C. F. (2011). Motivational interviewing: A useful approach to improving cardiovascular health? *Journal of Clinical Nursing,* 20(9/10), 1236–1244.

VanWormer, J. J., & Boucher, J. L. (2004). Motivational interviewing and diet modification: A review of the evidence. *The Diabetes Educator,* 30(3), 404406, 408–410, 414–406, passim.

† Vasilaki, E. I., Hosier, S. G., & Cox, W. M. (2006). The efficacy of motivational interviewing as a brief intervention for excessive drinking: A meta-analytic review. *Alcohol and Alcoholism,* 41(3), 328–335.

Wagner, C. C., & McMahon, B. T. (2004). Motivational interviewing and rehabilitation counseling practice. *Rehabilitation Counseling Bulletin,* 47(3), 152–161.

† Wilbourne, P. L. (2005). *An empirical basis for the treatment of alcohol problems.* Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.

Yevlahova, D., & Satur, J. (2009). Models for individual oral health promotion and their effectiveness: A systematic review. *Australian Dental Journal,* 54(3), 190–197.

Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A., & Mechanic, D. (2002). Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *American Journal of Psychiatry,* 159(10), 1653–1664.

Обучение

Adams, J., & Madson, M. (2007). Reflection and outlook for the future of addictions treatment and training: An interview with William R. Miller. *Journal of Teaching in the Addictions,* 5(1), 95–109.

Ager, R., Roahen-Harrison, S., Toriello, P. J., Kissinger, P., Morse, P., Morse, E., et al. (2011). Predictors of adopting motivational enhancement therapy. *Research on Social Work Practice,* 21(1), 65–76.

Alexander, M., VanBenschoten, S. W., & Walters, S. T. (2008). Motivational interviewing training in criminal justice: Development of a model plan. *Federal Probation,* 72(2), 61–66.

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C., Knupsky, A., & Hochstein, D. (2004). Strength of client commitment language improves with therapist training in motivational interviewing. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 28(5), 74A.

Arthur, D. (1999). Assessing nursing students' basic communication and interviewing skills: The development and testing of a rating scale. *Journal of Advanced Nursing, 29* (3), 658–665.

Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, E. A., Ogle, R. L., & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and Alcohol Dependence,* 73(1), 99–106.

Baer, J. S., Wells, E. A., Rosengren, D. B., Hartzler, B., Beadnell, B., & Dunn, C. (2009). Agency context and tailored training in technology transfer: A pilot evaluation of motivational interviewing training for community counselors. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 37(2), 191–202.

Ball, S., Bachrach, K., DeCarlo, J., Farentinos, C., Keen, M., McSherry, T., et al. (2002). Characteristics, beliefs and practices of community clinicians trained to provide manual-guided therapy for substance abusers. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 23(4), 309–318.

Bell, K., & Cole, B. A. (2008). Improving medical students' success in promoting health behavior change: A curriculum evaluation. *Journal of General Internal Medicine,* 23(9), 1503–1506.

Bennett, G. A., Moore, J., Vaughan, T., Rouse, L., Gibbins, J. A., Thomas, P., et al. (2007). Strengthening motivational interviewing skills following initial training: A randomized trial of workplace-based reflective practice. *Addictive Behaviors,* 32(12), 2963–2975.

Britt, E., & Blampied, N. M. (2010). Motivational interviewing training: A pilot study of the effects on practitioner and patient behaviour. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 38(2), 239–244.

Broers, S., Smets, E., Bindels, P., Evertsz, F. B., Calff, M., & de Haes, H. (2005). Training general practitioners in behavior change counseling to improve asthma medication adherence. *Patient Education and Counseling,* 58(3), 279–287.

Brown, R. L., & Oriel, K. (1998). Teaching motivational interviewing to first-year students. *Academic Medicine,* 73(5), 589–590.

Brown, R. L., Pfeifer, J. M., Gjerde, C. L., Seibert, C. S., & Haq, C. L. (2004). Teaching patient-centered tobacco intervention to first-year medical students. *Journal of General Internal Medicine,* 19(5), 534–539.

Burke, P. J., Da Silva, J. D., Vaughan, B. L., & Knight, J. R. (2005). Training high school counselors on the use of motivational interviewing to screen for substance abuse. *Substance Abuse,* 26(3–4), 31–34.

Carise, D., Brooks, A., Alterman, A., McLellan, A. T., Hoover, V., & Forman, R. (2009). Implementing evidence-based practices in community treatment programs: Initial feasibility of a counselor «toolkit.» *Substance Abuse,* 30(3), 239–243.

Carpenter, K. M., Watson, J. M., Raffety, B., & Chabal, C. (2003). Teaching brief interventions for smoking cessations via an interactive computer-based tutorial. *Journal of Health*

Psychology, 8 (1), 149–160.

Casey, D. (2007). Using action research to change health-promoting practice. *Nursing and Health Sciences,* 9(1), 5–13.

D'Ambrosio, R., Laws, K. E., Gabriel, R. M., Hromco, J., & Kelly, P. (2006). Implementing motivational interviewing in a non-MI world: A MI knowledge adoption study. *Journal of Teaching in the Addictions,* 5(2), 21–37.

Doherty, Y., Hall, D., James, P. T., Roberts, S. H., & Simpson, J. (2000). Change counselling in diabetes: The development of a training programme for the diabetes team. *Patient Education and Counseling,* 40(3), 263–278.

Evangeli, M., Engelbrecht, S.-K., Swartz, L., Turner, K., Forsberg, L., & Soka, N. (2009). An evaluation of a brief motivational interviewing training course for HIV/AIDS counsellors in Western Cape Province, South Africa. *AIDS Care,* 21(2), 189–196.

Fitzgerald, N., Watson, H., McCaig, D., & Stewart, D. (2009). Developing and evaluating training for community pharmacists to deliver interventions on alcohol issues. *Pharmacy World and Science,* 31(2), 149–153.

Forrester, D., McCambridge, J., Waissbein, C., Emlyn-Jones, R., & Rollnick, S. (2008). Child risk and parental resistance: Can motivational interviewing improve the practice of child and family social workers in working with parental alcohol misuse? *British Journal of Social Work,* 38(7), 1302–1319.

Forsberg, L., Ernst, D., & Farbring, C. (2011). Learning motivational interviewing in a real-life setting: A randomised controlled trial in the Swedish Prison Service. *Criminal Behaviour and Mental Health,* 21(3), 177–188.

Forsberg, L., Forsberg, L. G., Lindqvist, H., & Helgason, A. R. (2010). Clinician acquisition and retention of motivational interviewing skills: A two-and-a– half-year exploratory study. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 5* (8).

Goggin, K., Hawes, S. M., Duval, E. R., Spresser, C. D., Martinez, D. A., Lynam, I., et al. (2010). A motivational interviewing course for pharmacy students. *American Journal of Pharmaceutical Education,* 74(4).

Haeseler, F., Fortin, A. H., Pfeiffer, C., Walters, C., & Martino, S. (2011). Assessment of a motivational interviewing curriculum for year 3 medical students using a standardized patient case. *Patient Education and Counseling, 84* (1), 27–30.

Handmaker, N. S., Hester, R. K., & Delaney, H. D. (1999). Videotaped training in alcohol counseling for obstetric care practitioners: A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology,* 93(2), 213–218.

Hartzler, B., Beadnell, B., Rosengren, D. B., Dunn, C., & Baer, J. S. (2010). Deconstructing proficiency in motivational interviewing: Mechanics of skillful practitioner delivery during brief simulated encounters. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 38(5), 611–628.

Hohman, M., Doran, N., & Koutsenok, I. (2009). Motivational interviewing training for juvenile correctional staff in California: One year initial outcomes. *Journal of Offender Rehabilitation,* 48(7), 635–648.

Koerber, A., Crawford, J., & O'Connell, K. (2003). The effects of teaching dental students brief motivational interviewing for smoking-cessation counseling: A pilot study. *Journal of Dental Education,* 67(4), 439–447.

Kralikova, E., Bonevski, B., Stepankova, L., Pohlova, L., & Mladkova, N. (2009). Postgraduate medical education on tobacco and smoking cessation in Europe. *Drug and Alcohol Review,* 28(5), 474–483.

Lane, C., Hood, K., & Rollnick, S. (2008). Teaching motivational interviewing: Using role play is as effective as using simulated patients. *Medical Education,* 42(6), 637–644.

Lane, C., Johnson, S., Rollnick, S., Edwards, K., & Lyons, M. (2003). Consulting about lifestyle change: Evaluation of a training course for specialist diabetes nurses. *Practical Diabetes International,* 20(6), 204–208.

Lozano, P., McPhillips, H. A., Hartzler, B., Robertson, A. S., Runkle, C., Scholz, K. A., et al.

(2010). Randomized trial of teaching brief motivational interviewing to pediatric trainees to promote healthy behaviors in families. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine,* 164(6), 561–566.

MacLeod, J. B. A., Hungerford, D. W., Dunn, C., & Hartzler, B. (2008). Evaluation of training of surgery interns to perform brief alcohol interventions for trauma patients. *Journal of the American College of Surgeons,* 207(5), 639–645.

Madson, M. B., Loignon, A. C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 36(1), 101–109.

Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Canning-Ball, M., Rounsaville, B. J., & Carroll, K. M. (2011). Teaching community program clinicians motivational interviewing using expert and train-the-trainer strategies. *Addiction,* 106(2), 428–441.

Martino, S., Canning-Ball, M., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2011). A

criterion-based stepwise approach for training counselors in motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment, 40* (4), 357–365.

Martino, S., Haeseler, F., Belitsky, R., Pantalon, M., & Fortin, A. H., IV. (2007). Teaching brief motivational interviewing to year three medical students. *Medical Education,* 41(2), 160–167.

Mastroleo, N. R., Turrisi, R., Carney, J. V., Ray, A. E., & Larimer, M. E. (2010). Examination of posttraining supervision of peer counselors in a motivational enhancement intervention to reduce drinking in a sample of heavy-drinking college students. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 39(3), 289–297.

Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29* (4), 457–471.

Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions,* 5(1), 3–17.

Miller, W. R., Moyers, T. B., Arciniega, L., Ernst, D., & Forcehimes, A. A. (2005). Training, supervision and quality monitoring of the COMBINE study behavioral interventions. *Journal of Studies on Alcohol,* 66(Suppl. 15), S188–S195.

Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 72(6), 1050–1062.

Mitcheson, L., Bhavsar, K., & McCambridge, J. (2009). Randomized trial of training and supervision in motivational interviewing with adolescent drug treatment practitioners. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 37(1), 73–78.

Mounsey, A. L., Bovbjerg, V., White, L., & Gazewood, J. (2006). Do students develop better motivational interviewing skills through role-play with standardized patients or with student colleagues? *Medical Education, 40* (8), 775–780.

Moyers, T. B., Manuel, J. K., Wilson, P. G., Hendrickson, S. M. L., Talcott, W., & Durand, P. (2008). A randomized trial investigating training in motivational interviewing for behavioral health providers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 36(2), 149–162.

Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M., & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 28(1), 19–26.

Opheim, A., Andreasson, S., Eklund, A. B., & Prescott, P. (2009). The effects of training medical students in motivational interviewing. *Health Education Journal,* 68(3), 170–178.

Periasamy, S. (2005). *The relationship between the fidelity of motivational interviewing and nutritional outcomes in African American church populations.* Unpublished doctoral dissertation, Georgia State University, Atlanta.

Poirier, M. K., Clark, M. M., Cerhan, J. H., Pruthi, S., Geda, Y. E., & Dale, L. C. (2004). Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. *Mayo Clinic Proceedings,* 79(3), 327–331.

Rollnick, S., Kinnersley, P., & Butler, C. (2002). Context-bound communication skills training: Development of a new method. *Medical Education, 36* (4), 377–383.

Roman, B., Borges, N., & Morrison, A. K. (2011). Teaching motivational

interviewing skills to third-year psychiatry clerkship students. *Academic Psychiatry,* 35(1), 51–53.

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., Borch-Johnsen, K., & Christensen, B. (2006). An education and training course in motivational interviewing influence: GPs' professional behaviour – ADDITION Denmark. *British Journal of General Practice,* 56(527), 429–436.

Rubel, E. C., Sobell, L. C., & Miller, W. R. (2000). Do continuing education workshops improve participants' skills? Effects of a motivational interviewing workshop on substance-abuse counselors' skills and knowledge. *Behavior Therapist,* 23(4), 73–77, 90.

Runkle, C., Osterholm, A., Hoban, R., McAdam, E., & Tull, R. (2000). Brief negotiation program for promoting behavior change: The Kaiser Permanente approach to continuing professional development. *Education for Health,* 13(3), 377–386.

Scal, P., Hennrikus, D., Ehrlich, L., Ireland, M., & Borowsky, I. (2004). Preparing residents to counsel about smoking. *Clinical Pediatrics,* 43(8), 703–708.

Schoener, E. P., Madeja, C. L., Henderson, M. J., Ondersma, S. J., & Janisse, J. J. (2006). Effects of motivational interviewing training on mental health therapist behavior. *Drug and Alcohol Dependence,* 82(3), 269–275.

Schumacher, J. A., Madson, M. B., & Norquist, G. S. (2011). Using telehealth technology to enhance motivational interviewing training for rural substance abuse treatment providers: A services improvement project. *Behavior Therapist, 34* (4), 64–70.

Sepulveda, A. R., Lopez, C., Macdonald, P., & Treasure, J. (2008). Feasibility and acceptability of DVD and telephone coaching-based skills training for carers of people with an eating disorder. *International Journal of Eating Disorders,* 41(4), 318–325.

Shafer, M. S., Rhode, R., & Chong, J. (2004). Using distance education to promote the transfer of motivational interviewing skills among behavioral health professionals. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 26(2), 141–148.

Smith, J. L., Amrhein, P. C., Brooks, A. C., Carpenter, K. M., Levin, D., Schreiber, E. A., et al. (2007). Providing live supervision via teleconferencing improves acquisition of motivational interviewing skills after workshop attendance. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 33(1), 163–168.

Sobell, L. C., Manor, H. L., Sobell, M. B., & Dum, M. (2008). Self-critiques of audiotaped therapy sessions: A motivational procedure for facilitating feedback during supervision. *Training and Education in Professional Psychology,* 2(3), 151–155.

Sdderlund, L. L. (2008). Learning motivational interviewing: Exploring primary health care nurses' training and counselling experiences. *Health Education Journal,* 67(2), 102–109.

Sdderlund, L. L., Madson, M. B., Rubak, S., & Nilsen, P. (2011). A systematic review of motivational interviewing training for general health care practitioners. *Patient Education and Counseling,* 84(1), 16–26.

Sdderlund, L. L., & Nilsen, P. (2009). Feasibility of using motivational interviewing in a Swedish pharmacy setting. *International Journal of Pharmacy Practice,* 17(3), 143–149.

Stott, N. C. H., Rees, M., Rollnick, S., Pill, R. M., & Hackett, P. (1996).

Professional responses to innovation in clinical method: Diabetes care and negotiating skills. *Patient Education and Counseling, 29* (1), 67–73.

Tober, G., Godfrey, C., Parrott, S., Copello, A., Farrin, A., Hodgson, R., et al. (2005). Setting standards for training and competence: The UK alcohol treatment trial. *Alcohol and Alcoholism,* 40(5), 413–418.

van Eijk-Hustings, Y. J., Daemen, L., Schaper, N. C., & Vrijhoef, H. J. (2011). Implementation of motivational interviewing in a diabetes care management initiative in the Netherlands. *Patient Education and Counseling,* 84(1), 10–15.

Velasquez, M. M., Hecht, J., Quinn, V. P., Emmons, K. M., DiClemente, C. C., &

Dolan-Mullen, P. (2000). Application of motivational interviewing to prenatal smoking cessation: Training and implementation issues. *Tobacco Control, 9* (Suppl. 3), iii36–iii40.

Villaume, W. A., Berger, B. A., & Barker, B. N. (2006). Learning motivational interviewing: Scripting a virtual patient. *American Journal of Pharmaceutical Education,* 70(2), 33.

White, L. L., Gazewood, J. D., & Mounsey, A. L. (2007). Teaching students behavior change skills: Description and assessment of a new motivational interviewing curriculum. *Medical Teacher,* 29(4), e67–e71.

Wilson, G. T., & Schlam, T. R. (2004). The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology Review,* 24(3), 361–378.

Исследование процесса

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C., Knupsky, A., & Hochstein, D. (2004). Strength of client commitment language improves with therapist training in motivational interviewing. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 28(5), 74A.

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 71(5), 862–878.

Baer, J. S., Beadnell, B., Garrett, S. B., Hartzler, B., Wells, E. A., & Peterson, P. L. (2008). Adolescent change language within a brief motivational intervention and substance use outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors,* 22(4), 570–575.

Barsky, A., & Coleman, H. (2001). Evaluating skill acquisition in motivational interviewing: The development of an instrument to measure practice skills. *Journal of Drug Education,* 31(1), 69–82.

Boardman, T., Catley, D., Grobe, J. E., Little, T. D., & Ahluwalia, J. S. (2006). Using motivational interviewing with smokers: Do therapist behaviors relate to engagement and therapeutic alliance? *Journal of Substance Abuse Treatment,* 31(4), 329–339.

Campbell, S. D., Adamson, S. J., & Carter, J. D. (2010). Client language during motivational enhancement therapy and alcohol use outcome. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 38(4), 399–415.

Catley, D., Harris, K. J., Mayo, M. S., Hall, S., Okuyemi, K. S., Boardman, T., et al.

(2006). Adherence to principles of motivational interviewing and client within– session behavior. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 34* (1), 43–56.

Collins, S. E., Carey, K. B., & Smyth, J. (2005). Relationships of linguistic and motivation variables with drinking outcomes following two mailed brief interventions. *Journal of Studies on Alcohol, 66* (4), 526–535.

Dunn, C., Droesch, R. M., Johnston, B. D., & Rivara, F. P. (2004). Motivational interviewing with injured adolescents in the emergency department: In-session predictors of change. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 32(1), 113–116.

Ernst, D. B. (2008). *Motivational interviewing and health coaching: A quantitative and qualitative exploration of integration.* Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.

Faris, A. S. (2007). *Examining process variables in a motivational intervention for college student drinkers.* Unpublished doctoral dissertation, University of Arkansas, Fayetteville.

Flores-Ferran, N. (2010). An examination of mitigation strategies used in Spanish psychotherapeutic discourse. *Journal of Pragmatics,* 42(7), 1964–1981.

Forrester, D., Kershaw, S., Moss, H., & Hughes, L. (2008). Communication skills in child protection: How do social workers talk to parents? *Child and Family Social Work,* 13(1), 41–51.

Gaume, J., Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G., & Daeppen, J.-B. (2010). Counselor

motivational interviewing skills and young adult change talk articulation during brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 39(3), 272–281.

Gaume, J., Gmel, G., & Daeppen, J.-B. (2008). Brief alcohol interventions: Do counsellors' and patients' communication characteristics predict change? *Alcohol and Alcoholism,* 43(1), 62–62.

Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M., & Daeppen, J.-B. (2008). Counsellor behaviours and patient language during brief motivational interventions: A sequential analysis of speech. *Addiction,* 103(11), 1793–1800.

Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M., & Daeppen, J. B. (2009). Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 37(2), 151–159.

Glynn, L. H., & Moyers, T. B. (2010). Chasing change talk: The clinician's role in evoking client language about change. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 39(1), 65–70.

Hallgren, K. A., & Moyers, T. B. (2011). Does readiness to change predict in– session motivational language? Correspondence between two conceptualizations of client motivation. *Addiction,* 106(7), 1261–1269.

Hodgins, D. C., Ching, L. E., & McEwen, J. (2009). Strength of commitment language in motivational interviewing and gambling outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors,* 23(1), 122–130.

Imel, Z. E., Baer, J. S., Martino, S., Ball, S. A., & Carroll, K. M. (2011). Mutual influence in therapist competence and adherence to motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence,* 115(3), 229–236.

Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2005). Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 73(2), 262–267.

Karno, M. P., Longabaugh, R., & Herbeck, D. (2009). Patient reactance as a moderator of the effect of therapist structure on posttreatment alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 70(6), 929–936.

Karno, M. P., Longabaugh, R., & Herbeck, D. (2010). What explains the relationship between the therapist structure x patient reactance interaction and drinking outcome? An examination of potential mediators. *Psychology of Addictive Behaviors,* 24(4), 600–607.

Lee, C. S., Baird, J., Longabaugh, R., Nirenberg, T. D., Mello, M. J., & Woolard, R. (2010). Change plan as an active ingredient of brief motivational interventions for reducing negative consequences of drinking in hazardous drinking emergency-department patients. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 71(5), 726–733.

Martin, T., Christopher, P. J., Houck, J. M., & Moyers, T. B. (2011). The structure of client language and drinking outcomes in project match. *Psychology of Addictive Behaviors, 25* (3), 439–445.

Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T. L., & Carroll, K. M. (2008). Community program therapist adherence and competence in motivational enhancement therapy. *Drug and Alcohol Dependence,* 96(1–2), 37–48.

McCambridge, J., Day, M., Thomas, B. A., & Strang, J. (2011). Fidelity to motivational interviewing and subsequent cannabis cessation among adolescents. *Addictive Behaviors,* 36(7), 749–754.

Moyers, T. B., & Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 30(3), 245–251.

Moyers, T. B., Martin, T., Christopher, P. J., Houck, J. M., Tonigan, J. S., & Amrhein, P. C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31* (Suppl. S3), 40S-47S.

Moyers, T. B., Martin, T., Houck, J. M., Christopher, P. J., & Tonigan, J. S. (2009). From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 77* (6), 1113–1124.

Moyers, T. B., Miller, W. R., & Hendrickson, S. M. (2005). How does motivational interviewing work?: Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 73(4), 59 0–598.

Naar-King, S., Outlaw, A., Green-Jones, M., Wright, K., & Parsons, J. T. (2009). Motivational interviewing by peer outreach workers: A pilot randomized clinical trial to retain adolescents and young adults in HIV care. *AIDS Care, 21* (7), 868–873.

Pierson, H. M., Hayes, S. C., Gifford, E. V., Roget, N., Padilla, M., Bissett, R., et al. (2007). An examination of the motivational interviewing treatment integrity code. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 32(1), 11–17.

Pollak, K. I., Alexander, S. C., Coffman, C. J., Tulsky, J. A., Lyna, P., Dolor, R. J., et al. (2010). Physician communication techniques and weight loss in adults: Project CHAT. *American Journal of Preventive Medicine,* 39(4), 321–328.

Pollak, K. I., Alexander, S. C., 0stbye, T., Lyna, P., Tulsky, J. A., Dolor, R. J., et al. (2009). Primary care physicians' discussions of weight-related topics with overweight and obese adolescents: Results from the Teen CHAT Pilot Study. *Journal of Adolescent Health,* 45(2), 205–207.

Pollak, K. I., 0stbye, T., Alexander, S. C., Gradison, M., Bastian, L. A., Brouwer, R. J. N., et al. (2007). Empathy goes a long way in weight loss discussions. *Journal of Family Practice,* 56(12), 1031–1036.

Santa Ana, E. J., Carroll, K. M., Anez, L., Paris, M., Jr., Ball, S. A., Nich, C., et al. (2009). Evaluating motivational enhancement therapy adherence and competence among Spanish-speaking therapists. *Drug and Alcohol Dependence,* 103(1–2), 44–51.

Strang, J., & McCambridge, J. (2004). Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment,* 27(1), 83–88.

Tappin, D. M., McKay, C., McIntyre, D., Gilmour, W. H., Cowan, S., Crawford, F., et al. (2000). A practical instrument to document the process of motivational interviewing. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 28(1), 17–32.

Thrasher, A. D., Golin, C. E., Earp, J. A. L., Tien, H., Porter, C., & Howie, L. (2006). Motivational interviewing to support antiretroviral therapy adherence: The role of quality counseling. *Patient Education and Counseling, 62* (1), 64–71.

Thyrian, J. R., Freyer-Adam, J., Hannover, W., Roske, K., Mentzel, F., Kufeld, C., et al. (2007). Adherence to the principles of motivational interviewing, clients' characteristics and behavior outcome in a smoking cessation and relapse prevention trial in women postpartum. *Addictive Behaviors,* 32(10), 2297–2303.

Tollison, S. J., Lee, C. M., Neighbors, C., Neil, T. A., Olson, N. D., & Larimer, M. E. (2008). Questions and reflections: The use of motivational interviewing microskills in a peer-led brief alcohol intervention for college students. *Behavior Therapy,* 39(2), 183–194.

Vader, A. M., Walters, S. T., Prabhu, G. C., Houck, J. M., & Field, C. A. (2010). The language of motivational interviewing and feedback: Counselor language, client language, and client drinking outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors,* 24(2), 190–197.

Walker, D., Stephens, R., Rowland, J., & Roffman, R. (2011). The influence of client behavior during motivational interviewing on marijuana treatment outcome. *Addictive Behaviors, 36* (6), 669–673.

Теоретический комментарий

Amrhein, P. C. (2004). How does motivational interviewing work? What client talk reveals. *Journal of Cognitive Psychotherapy,* 18(4), 323–336.

Bricker, J., & Tollison, S. (2011). Comparison of motivational interviewing with acceptance and commitment therapy: A conceptual and clinical review. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 39(5), 541–559.

Britton, P. C., Patrick, H., Wenzel, A., & Williams, G. C. (2011). Integrating

motivational interviewing and self-determination theory with cognitive behavioral therapy to prevent suicide. *Cognitive and Behavioral Practice,* 18(1), 16–27.

Cheng, M. K. S. (2007). New approaches for creating the therapeutic alliance:

Solution-focused interviewing, motivational interviewing, and the medication interest model. *Psychiatric Clinics of North America,* 30(2), 157–166.

Christopher, P. J., & Dougher, M. J. (2009). A behavior-analytic account of motivational interviewing. *Behavior Analyst,* 32(1), 149–161.

Draycott, S., & Dabbs, A. (1998). Cognitive dissonance. 2: A theoretical grounding of motivational interviewing. *British Journal of Clinical Psychology,* 37(3), 355–364.

Faris, A. S., Cavell, T. A., Fishburne, J. W., & Britton, P. C. (2009). Examining motivational interviewing from a client agency perspective. *Journal of Clinical Psychology,* 65(9), 955–970.

Frankel, Z. e., & Levitt, H. (2006). Postmodern strategies for working with resistance: Problem resolution or self-revolution? *Journal of Constructivist Psychology,* 19(3), 219–250.

Gache, P., Fortini, C., Meynard, A., Reiner Meylan, M., & Sommer, J. (2006). [Motivational interviewing: Some theoretical aspects and some practical exercises]. *Revue Medicale Suisse,* 2(80), 2154, 2156–2162.

Gerber, S., & Basham, A. (1999). Responsive therapy and motivational interviewing: Postmodernist paradigms. *Journal of Counseling and Development,* 77(4), 418–422.

Leffingwell, T. R., Neumann, C. A., Babitzke, A. C., Leedy, M. J., & Walters, S. T. (2007). Social psychology and motivational interviewing: A review of relevant principles and recommendations for research and practice. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 35(1), 31–45.

Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V. J., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24* (6), 811–831.

Miller, J. H., & Moyers, T. B. (2002). Motivational interviewing in substance abuse: Applications for occupational medicine. *Occupational Medicine,* 17(1), 51–65.

Miller, W. R. (1983). Motivational interviewing with problem drinkers. *Behavioural Psychotherapy,* 11(2), 147–172.

Miller, W. R. (1994). Motivational interviewing: III. On the ethics of motivational intervention. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 22(2), 111–123.

Miller, W. R. (1995). The ethics of motivational interviewing revisited. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 23(4), 345–348.

Miller, W. R. (2000). Motivational interviewing: IV. Some parallels with horse whispering. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 28* (3), 285–292.

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2004). Talking oneself into change: Motivational interviewing, stages of change, and therapeutic process. *Journal of Cognitive Psychotherapy,* 18(4), 299–308.

Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist,* 64(6), 527–537.

Moos, R. H. (2007). Theory-based active ingredients of effective treatments for substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence,* 88(2–3), 109–121.

Moyers, T. B. (2004). History and happenstance: How motivational interviewing got its start. *Journal of Cognitive Psychotherapy,* 18(4), 291–298.

Moyers, T. B., & Rollnick, S. (2002). A motivational interviewing perspective on resistance in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology,* 58(2), 185–193.

Muscat, A. C. (2005). Ready, set, go: The transtheoretical model of change and motivational interviewing for «fringe» clients. *Journal of Employment Counseling,* 42(4), 179–192.

Newnham-Kanas, C., Morrow, D., & Irwin, J. D. (2010). Motivational coaching: A functional juxtaposition of three methods for health behaviour change: Motivational interviewing, coaching, and skilled helping. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring, 8*

(2), 27–48.

Putnam, S. M. (2002). Changing health behaviors through the medical interview. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale,* 11(4), 218–225.

Ryan, R. M., Lynch, M. F., Vansteenkiste, M., & Deci, E. L. (2011). Motivation and autonomy in counseling, psychotherapy, and behavior change: A look at theory and practice. *Counseling Psychologist,* 39(2), 193–260.

Scheel, M. J. (2011). Client common factors represented by client motivation and autonomy. *Counseling Psychologist,* 39(2), 276–285.

Seager, M. (1995). Healing psychology's own motivational conflicts: A comment on Miller's «Ethics of Motivational Intervention.» *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 23(4), 341–343.

Sheldon, K. M. (2003). Reconciling humanistic ideals and scientific clinical practice. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 10(3), 302.

Stanton, M. (2010). Motivational interviewing and the social context. *American Psychologist,* 65(4), 297–298.

Vansteenkiste, M., & Sheldon, K. M. (2006). There's nothing more practical than a good theory: Integrating motivational interviewing and self-determination theory. *British Journal of Clinical Psychology,* 45(1), 63–82.

Velasquez, M., von Sternberg, K., Dodrill, C., Kan, L., & Parsons, J. (2005). The transtheoretical model as a framework for developing substance abuse interventions. *Journal of Addictions Nursing,* 16(1), 31–40.

Wagner, C. C., & Ingersoll, K. S. (2008). Beyond cognition: Broadening the emotional base of motivational interviewing. *Journal of Psychotherapy Integration,* 18(2), 191–206.

Weegmann, M. (2002). Motivational interviewing and addiction: A psychody– namic appreciation. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations,* 8(2), 179–195.

Справочная литература

Agostinelli, G., Brown, J. M., & Miller, W. R. (1995). Effects of normative feedback on consumption among heavy drinking college students. *Journal of Drug Education, 25,* 31–40.

Aharonovich, E., Amrhein, P. C., Bisaga, A., Nunes, E. V., & Hasin, D. S. (2008). Cognition, commitment language, and behavioral change among cocaine– dependent patients. *Psychology of Addictive Behaviors, 22,* 557–562.

Aharonovich, E., Brooks, A. C., Nunes, E. V., & Hasin, D. S. (2008). Cognitive deficits in marijuana users: Effects on motivational enhancement therapy plus cognitive behavioral therapy treatment outcome. *Drug and Alcohol Dependence,* 95(3), 279–283.

Aharonovich, E., Hatzenbuehler, M. L., Johnston, B., O'Leary, A., Morgenstern, J., Wainberg, M. L., et al. (2006). A low-cost, sustainable intervention for drinking reduction in the HIV primary care setting. *AIDS Care,* 18(6), 561568.

Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11–39). Berlin: Springer-Verlag.

Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes, 50,* 179–211.

Ali, N., Hagshenas, L., Reza, M. R., Ira, B., & Maryam, F. (2011). Comparing the effectiveness of group cognitive behavior therapy and its integration with motivational interviewing on symptoms of patients with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Research in Behavioural Sciences,* 9(1 (17), 13–23.

Allen, J. P. (2001). Prospects for matching clients to alcoholism treatments based on conceptual level. In R. Longabaugh & P. W. Wirtz (Eds.), *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses* (pp. 149–153). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Allport, G. W. (1961). *Pattern and growth in personality.* New York: Holt, Rine– hart

& Winston.

Almomani, F., Williams, K., Catley, D., & Brown, C. (2009). Effects of an oral health promotion program in people with mental illness. *Journal of Dental Research,* 88(7), 648–652.

Amrhein, P. C., Miller, W. R., Yahne, C. E., Palmer, M., & Fulcher, L. (2003). Client commitment language during motivational interviewing predicts drug use outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 71(5), 862–878.

Ang, D., Kesavalu, R., Lydon, J. R., Lane, K. A., & Bigatti, S. (2007). Exercise– based motivational interviewing for female patients with fibromyalgia: A case series. *Clinical Rheumatology,* 26(11), 1843–1849.

Anshel, M. H., & Kang, M. (2008). Effectiveness of motivational interviewing on changes in fitness, blood lipids, and exercise adherence of police officers: An outcome-based action study. *Journal of Correctional Health Care,* 14(1), 48–62.

Antiss, B., Polaschek, D. L. L., & Wilson, M. (2011). A brief motivational interviewing intervention with prisoners: When you lead a horse to water, can it drink for itself? *Psychology, Crime and Law,* 17(8), 689–710.

Antiss, T., & Passmore, J. (2012). Motivational interviewing coaching. In J. Pass– more, D. Peterson, & T. Freire (Eds.), *The Wiley-Blackwell handbook of the psychology of coaching and mentoring.* Chichester, UK: Wiley-Blackwell.

Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P., Waid, L. R., Myrick, H., Voronin, K., et al. (2005). Naltrexone combined with either cognitive behavioral or motivational enhancement therapy for alcohol dependence. *Journal of Clinical Psy– chopharmacology,* 25(4), 349–357.

Anton, R. F., O'Malley, S. S., Ciraulo, D. A., Couper, D., Donovan, D. M., Gast– friend, D. R., et al. (2006). Combined pharmacotherapies and behavioral interventions for alcohol dependence. The COMBINE study: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 295,* 20032017.

APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist,* 61(4), 271–285.

Arkowitz, H., & Westra, H. A. (2004). Integrating motivational interviewing and cognitive behavioral therapy in the treatment of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy,* 18(4), 337–350.

Arkowitz, H., Westra, H. A., Miller, W. R., & Rollnick, S. (Eds.). (2008). *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems.* New York: Guilford Press.

Armstrong, M. J., Mottershead, T. A., Ronksley, P. E., Sigal, R. J., Campbell, T. S., & Hemmelgarn, B. R. (2011). Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: A systematic review and metaanalysis of randomized controlled trials. *Obesity Reviews,* 12(9), 709–723.

Atkinson, C., & Woods, K. (2003). Motivational interviewing strategies for disaffected secondary school students: A case example. *Educational Psychology in Practice, 19* (1), 49–64.

Aubrey, L. L. (1998). *Motivational interviewing with adolescents presenting for outpatient substance abuse treatment.* Unpublished doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.

Azrin, N. H., Sisson, R. W., Meyers, R. J., & Godley, M. (1982). Alcoholism treatment by disulfiram and community reinforcement therapy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 13,* 105–112.

Babor, T. F., & Del Boca, F. K. (Eds.). (2003). *Treatment matching in alcoholism.* Cambridge, UK: Cambridge University Press.

Babor, T. F., Miller, W. R., DiClemente, C. C., & Longabaugh, R. (1999). A study to remember: Response of the Project MATCH Research Group. *Addiction, 94,* 66–69.

Baca, C. T., & Manuel, J. K. (2007). Satisfaction with long-distance motivational interviewing for problem drinking. *Addictive Disorders and Their Treatment, 6,* 39–41.

Baer, J., Kaufman, J. C., & Baumeister, R. F. (Eds.). (2008). *Are we free?: Psychology*

and free will. New York: Oxford University Press.

Baer, J. S., Beadnell, B., Garrett, J. A., Hartzler, B., Wells, E. A., & Peterson, P. L. (2008). Adolescent change language within a brief motivational intervention and substance use outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors, 22,* 570–575.

Baer, J. S., Carpenter, K. M., Beadnell, B., Stoner, S. A., Ingalsbe, M. H., Hartz– ler, B., et al. (2012). Computer assessment of simulated patient interviews (CASPI): Psychometric properties of a web-based system for the assessment of motivational interviewing skills. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 73(1), 154–164.

Baer, J. S., Kivlahan, D. R., Blume, A. W., McKnight, P., & Marlatt, G. A. (2001). Brief intervention for heavy-drinking college students: 4–year follow– up and natural history. *American Journal of Public Health,* 91(8), 13101316.

Baer, J. S., Rosengren, D. B., Dunn, C. W., Wells, W. A., Ogle, R. L., & Hartzler, B. (2004). An evaluation of workshop training in motivational interviewing for addiction and mental health clinicians. *Drug and Alcohol Dependence,* 73(1), 99–106.

Bailey, K. A., Baker, A. L., Webster, R. A., & Lewin, T. J. (2004). Pilot randomized controlled trial of a brief alcohol intervention group for adolescents. *Drug and Alcohol Review,* 23(2), 157–166.

Baker, A., & Hambridge, J. (2002). Motivational interviewing: Enhancing engagement in treatment for mental health problems. *Behaviour Change,* 19(3), 138–145.

Ball, S., Hamilton, J., Martino, S., Carroll, K. M., Gallon, S. L., Coperich, S., et al. (2006). *Motivational interviewing assessment: Supervisory tools for enhancing proficiency (MIA: STEP).* Salem, OR: Northwest Frontier Addiction Technology Transfer Center.

Ball, S. A., Martino, S., Nich, C., Frankforter, T. L., Van Horn, D., Crits– Christoph, P., et al. (2007). Site matters: Multisite randomized trial of motivational enhancement therapy in community drug abuse clinics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 75(4), 556–567.

Bamatter, W., Carroll, K. M., Anez, L. M., Paris, M. J., Ball, S. A., Nich, C., et al. (2010). Informal discussions in substance abuse treatment sessions with Spanish-speaking clients. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 39(4), 353363.

Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist, 37,* 122–147.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman.

Barber, J. G., & Crisp, B. R. (1995). Social support and prevention of relapse following treatment for alcohol abuse. *Research on Social Work Practice,* 5(3), 283–296.

Bargh, J. A., & Chartrand, T. L. (1999). The unbearable automaticity of being. *American Psychologist, 54,* 462–479.

Bargh, J. A., & Ferguson, M. J. (2000). Beyond behaviorism: On the automaticity of higher mental processes. *Psychological Bulletin, 126,* 925–945.

Barkin, S. L. (2008). Is office-based counseling about media use, timeouts, and firearm storage effective?: Results from a cluster-randomized, controlled trial. *Pediatrics,* 122(1), e15–e25.

Barnet, B., Liu, J., DeVoe, M., Duggan, A. K., Gold, M. A., & Pecukonis, E. (2009). Motivational intervention to reduce rapid subsequent births to adolescent mothers: A community-based randomized trial. *Annals of Family Medicine, 7* (5), 436–445.

Baumeister, R. F. (1994). The crystallization of discontent in the process of major life change. In T. F. Heatherton & J. L. Weinberger (Eds.), *Can personality change?* (pp. 281–297). Washington, DC: American Psychological Association.

Baumeister, R. F. (2005). Self and volition. In W. R. Miller & H. D. Delaney (Eds.), *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature, motivation, and change.* Washington, DC: American Psychological Association.

Baumeister, R. F., Heatherton, T. F., & Tice, D. M. (1994). *Losing control: How and why people fail at self-regulation.* New York: Academic Press.

Beach, M. C., Inui, T., & the Relationship-Centered Care Research Network. (2006).

Relationship-centered care: A constructive reframing. *Journal of General Internal Medicine,* 21(S1), S3–S8.

Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2001). *Principles of biomedical ethics* (5th ed.). New York: Oxford University Press.

Bell, K. R., Temkin, N. R., Esselman, P. C., Doctor, J. N., Bombardier, C. H., Fraser, R. T., et al. (2005). The effect of a scheduled telephone intervention on outcome after moderate to severe traumatic brain injury: A randomized trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation,* 86(5), 851–856.

Bellg, A. J. (2003). Maintenance of health behavior change in preventive cardiology: Internalization and self-regulation of new behaviors. *Behavior Modification,* 27(1), 103–131.

Bem, D. J. (1967). Self-perception: An alternative interpretation of cognitive dissonance phenomena. *Psychological Review, 74,* 183–200.

Bem, D. J. (1972). Self-perception theory. In L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 6, pp. 1–62). New York: Academic Press.

Bennett, G. A., Roberts, H. A., Vaughan, T. E., Gibbins, J. A., & Rouse, L. (2007). Evaluating a method of assessing competence in Motivational Interviewing: A study using simulated patients in the United Kingdom. *Addictive Behaviors, 32* (1), 69–79.

Bennett, J. A., Lyons, K. S., Winters-Stone, K., Nail, L. M., & Scherer, J. (2007). Motivational interviewing to increase physical activity in long-term cancer survivors: A randomized controlled trial. *Nursing Research,* 56(1), 18–27.

Bennett, J. A., Perrin, N. A., Hanson, G., Bennett, D., Gaynor, W., Flaherty-Robb, M., et al. (2005). Healthy aging demonstration project: Nurse coaching for

behavior change in older adults. *Research in Nursing and Health,* 28(3), 187197.

Berger, B. A., Liang, H., & Hudmon, K. S. (2005). Evaluation of software-based telephone counseling to enhance medication persistency among patients with multiple sclerosis. *Journal of the American Pharmacists Association, 45* (4), 466–472.

Bergin, A. E. (1980). Psychotherapy and religious values. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* 95–105.

Bernstein, E., & Bernstein, J. (2008). Effectiveness of alcohol screening and brief motivational intervention in the emergency department setting. *Annals of Emergency Medicine,* 51(6), 751–754.

Bernstein, E., Bernstein, J., & Levenson, S. (1997). Project ASSERT: An ED-based intervention to increase access to primary care, preventive services, and the substance abuse treatment system. *Annals of Emergency Medicine,* 30(2), 181–189.

Bernstein, J., Bernstein, E., Tassiopoulos, K., Heeren, T., Levenson, S., & Hingson, R. (2005). Brief motivational intervention at a clinic visit reduces cocaine and heroin use. *Drug and Alcohol Dependence,* 77(1), 49–59.

Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G., Gaume, J., & Daeppen, J. B. (2010). Change talk sequence during brief motivational intervention, towards or away from drinking. *Addiction, 105,* 2016–2112.

Bien, T. H., Miller, W. R., & Boroughs, J. M. (1993). Motivational interviewing with alcohol outpatients. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 21,* 347–356.

Bien, T. H., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (1993). Brief interventions for alcohol problems: A review. *Addiction, 88,* 315–336.

Birgden, A. (2004). Therapeutic jurisprudence and responsivity: Finding the will and the way in offender rehabilitation. *Psychology, Crime and Law,* 10(3), 283–295.

Blanchard, K. H., & Johnson, S. (1982). *The one-minute manager.* New York: William Morrow.

Bohart, A. C., Elliott, R., Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2002). Empathy. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (pp. 89–108). New York: Oxford University Press.

Bohart, A. C., & Tallman, K. (1999). *How clients make therapy work: The process of*

active self-healing. Washington, DC: American Psychological Association.

Bolger, K., Carter, K., Curtin, L., Martz, D. M., Gagnon, S. G., & Michael, K. D. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation among college students. *Journal of College Student Psychotherapy,* 24(2), 116–129.

Bombardier, C. H., Bell, K. R., Temkin, N. R., Fann, J. R., Hoffman, J., & Dik– men, S. (2009). The efficacy of a scheduled telephone intervention for ameliorating depressive symptoms during the first year after traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation,* 24(4), 230–238.

Bombardier, C. H., & Rimmele, C. T. (1999). Motivational interviewing to prevent alcohol abuse after traumatic brain injury: A case series. *Rehabilitation Psychology, 44* (1), 52–67.

Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 16,* 252–260.

Borrelli, B., McQuaid, E. L., Novak, S. P., Hammond, S. K., & Becker, B. (2010). Motivating Latino caregivers of children with asthma to quit smoking: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 78(1), 34–43.

Borrelli, B., Novak, S., Hecht, J., Emmons, K., Papandonatos, G., & Abrams, D. (2005). Home health care nurses as a new channel for smoking cessation treatment: Outcomes from Project CARES (Community-nurse Assisted Research and Education on Smoking). *Preventive Medicine, 41,* 815–821.

Borrelli, B., Riekert, K. A., Weinstein, A., & Rathier, L. (2007). Brief motivational interviewing as a clinical strategy to promote asthma medication adherence. *Journal of Allergy and Clinical Immunology,* 120(5), 1023–1030.

Bowen, D., Ehret, C., Pedersen, M., Snetselaar, L., Johnson, M., Tinker, L., et al. (2002). Results of an adjunct dietary intervention program in the women's health initiative. *Journal of the American Dietetic Association,* 102(11), 1631–1637.

Boyatzis, R. E., Passarelli, A. M., Koenig, K., Lowe, M., Mathew, B., Stoller, J. K., et al. (2012). Examination of the neural substrates activated in memories of experiences with resonant and dissonant leaders. *Leadership Quarterly,* 23(2), 259–272.

Braithwaite, V. A., & Law, H. G. (1985). Structure of human values: Testing the adequacy of the Rokeach Value Survey. *Journal of Personality and Social Psychology,* 49(1), 250–263.

Brehm, S. S., & Brehm, J. W. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control.* New York: Academic Press.

Brown, J. M. (1998). Self-regulation and the addictive behaviors. In W. R. Miller & N. Heather (Eds.), *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 61–74). New York: Plenum Press.

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

Brown, R. A., Strong, D. R., Abrantes, A. M., Myers, M. G., Ramsey, S. E., & Kahler, C. W. (2009). Effects on substance use outcomes in adolescents receiving motivational interviewing for smoking cessation during psychiatric hospitalization. *Addictive Behaviors,* 34(10), 887–891.

Brown, T. G., Dongier, M., Latimer, E., Legault, L., Seraganian, P., Kokin, M., et al. (2007). Group-delivered brief intervention versus standard care for mixed alcohol/other drug problems. *Alcoholism Treatment Quarterly,* 24(4), 23–40.

Buber, M. (1971). *I and thou.* New York: Free Press.

Buber, M., Rogers, C. R., Anderson, R., & Cissna, K. N. (1997). *The Martin Buber-Carl Rogers dialogue: A new transcript with commentary.* Albany: State University of New York Press.

Buckner, J. D., & Schmidt, N. B. (2009). A randomized pilot study of motivation enhancement therapy to increase utilization of cognitive-behavioral therapy for social anxiety. *Behavior Research and Therapy,* 47(8), 710–715.

Burke, B. L., Vassilev, G., Kantchelov, A., & Zweben, A. (2002). Motivational interviewing with couples. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing:*

Preparing people for change (2nd ed., pp. 347–361). New York: Guilford Press.

Burke, P. J., Da Silva, J. D., Vaughan, B. L., & Knight, J. R. (2005). Training high school counselors on the use of motivational interviewing to screen for substance abuse. *Substance Abuse,* 26(3–4), 31–34.

Butler, C. C., Rollnick, S., Cohen, D., Bachmann, M., Russell, I., & Stott, N. (1999). Motivational consulting versus brief advice for smokers in general practice: A randomized trial. *British Journal of General Practice,* 49(445), 611–616.

Butterworth, S. (2007). Health coaching as an intervention in health management programs. *Disease Management and Health Outcomes,* 15(5), 299–307.

Butterworth, S., Linden, A., McClay, W., & Leo, M. C. (2006). Effect of motivational interviewing-based health coaching on employees' physical and mental health status. *Journal of Occupational Health Psychology,* 11(4), 358–365.

Campbell, M. K., Carr, C., DeVellis, B., Switzer, B., Biddle, A., Amamoo, M. A., et al. (2009). A randomized trial of tailoring and motivational interviewing to promote fruit and vegetable consumption for cancer prevention and control. *Annals of Behavioral Medicine,* 38(2), 71–85.

Campbell, S. D., Adamson, S. J., & Carter, J. D. (2010). Client language during motivational enhancement therapy and alcohol use outcomes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 38,* 399–415.

Carey, K. B., Maisto, S. A., Carey, M. P., & Purnine, D. M. (2001). Measuring readiness-to-change substance misuse among psychiatric outpatients: I. Reliability and validity of self-report measures. *Journal of Studies on Alcohol,* 62(1), 79–88.

Carr, S. (2011). *Scripting addiction: The politics of therapeutic talk and American sobriety.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Carroll, K. M., Ball, S. A., Nich, C., Martino, S., Frankforter, T. L., Farentinos, C., et al. (2006). Motivational interviewing to improve treatment engagement and outcome in individuals seeking treatment for substance abuse: A multisite effectiveness study. *Drug and Alcohol Dependence, 81,* 301–312.

Carroll, K. M., Connors, G. J., Cooney, N. L., DiClemente, C. C., Donovan, D. M., Kadden, R. R., et al. (1998). Internal validity of Project Match treatments: Discriminability and integrity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 66(2), 290–303.

Carroll, K. M., Libby, B., Sheehan, J., & Hyland, N. (2001). Motivational interviewing to enhance treatment initiation in substance abusers: An effectiveness study. *American Journal on Addictions,* 10(4), 335–339.

Carroll, K. M., Martino, S., Ball, S. A., Nich, C., Frankforter, T., Anez, L. M., et al. (2009). A multisite randomized effectiveness trial of motivational enhancement therapy for Spanish-speaking substance users. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 77(5), 993–999.

Catley, D., Harris, K. J., Mayo, M. S., Hall, S., Okuyemi, K. S., Boardman, T., et al. (2006). Adherence to principles of motivational interviewing and client within-session behavior. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 34(1), 43–56.

Chan, S. C., Lam, T. H., Salili, F., Leung, G. M., Wong, D. C. N., Botelho, R. J., et al. (2005). A randomized controlled trial of an individualized motivational intervention on smoking cessation for parents of sick children: A pilot study. *Applied Nursing Research,* 18(3), 178–181.

Chang, G., Fisher, N. D. L., Hornstein, M. D., Jones, J. A., Jauke, S. H., Niamkey, N., et al. (2011). Brief intervention for women with risky drinking and medical diagnoses: A randomized controlled trial. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 41(2), 105–114.

Chariyeva, Z., Golin, C. F., Earp, J. A., Maman, S., Suchindran, C., & Zimmer, C. (in press). The role of self-efficacy and motivation to explain the effect of motivational interviewing time on changes in risky sexual behavior among people living with HIV: A mediation analysis. *AIDS and Behavior*. doi:10.1007/ s10461–0115–8.

Charles, C., & Whelan, T. (1997). Shared decision making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes at least two to tango). *Social Science and Medicine,* 44(5), 681–692.

Chen, S. M., Creedy, D., Lin, H-S., & Wollin, J. (2012). Effects of motivational interviewing intervention on self-management, psychological and glycemic outcomes in type 2 diabetes: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing.* Posted online December 30, 2011 at *dx.doi.org/10.1016/j. ijnurstu.2011.11.011.*

Chick, J., Ritson, B., Connaughton, J., Stewart, A., & Chick, J. (1988). Advice versus extended treatment for alcoholism: A controlled study. *British Journal of Addiction, 83,* 159–170.

Childress, C. A. (1999). Interactive e-mail journals: A model for providing psycho–therapeutic interventions using the internet. *CyberPsychology and Behavior,* 2(3), 213–221.

Christensen, A., Miller, W. R., & Munoz, R. F. (1978). Expanding mental health service delivery. *Professional Psychology, 9,* 249–270.

Cialdini, R. B. (2007). *Influence: The psychology of persuasion.* New York: Collins Business.

Clark, M. D. (2005). Motivational interviewing for probation staff: Increasing the readiness to change. *Federal Probation,* 69(2), 22–28.

Clark, M. D., Walters, S., Gingerich, R., & Meltzer, M. (2006). Motivational interviewing for probation officers: Tipping the balance toward change. *Federal Probation,* 70(1), 38–44.

Connell, A. M., & Dishion, T. J. (2008). Reducing depression among at-risk early adolescents: Three-year effects of a family-centered intervention embedded within schools. *Journal of Family Psychology,* 22(4), 574–585.

Cook, P. F., Emiliozzi, S., Waters, C., & El Hajj, D. (2008). Effects of telephone counseling on antipsychotic adherence and emergency department utilization. *American Journal of Managed Care,* 14(12), 841–846.

Cooperrider, D. L., & Whitney, D. (2005). *Appreciative inquiry: A positive revolution in change.* San Francisco: Berrett-Koehler Publishers.

Cordova, J. V., Warren, L. Z., & Gee, C. B. (2001). Motivational interviewing as an intervention for at-risk couples. *Journal of Marital and Family Therapy,* 27(3), 315–326.

Cozby, P. C. (1973). Self-disclosure: A literature review. *Psychological Bulletin,* 79(2), 73–91.

Critcher, C. R., Dunning, D., & Armor, D. A. (2010). When self-affirmations reduce defensiveness: Timing is key. *Personality and Social Psychology Bulletin, 36* (7), 947–959.

Crits-Christoph, P., Hamilton, J. L., Ring-Kurtz, S. R. G., McClure, B., Kulaga, A., & Rotrosen, J. (2011). Program, counselor, and patient variability in the alliance: A multilevel study of the alliance in relation to substance use outcomes. *Journal of Substance Abuse Treatment, 40* (4), 405–413.

Cummings, C. C., Gordon, J. R., & Marlatt, G. A. (1980). Relapse: Prevention and prediction. In W. R. Miller (Ed.), *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuses, smoking and obesity* (pp. 291–321). New York: Pergamon Press.

D'Amico, E. J., Miles, J. N. V., Stern, S. A., & Meredith, L. S. (2008). Brief motivational interviewing for teens at risk of substance use consequences: A randomized pilot study in a primary care clinic. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 35(1), 53–61.

Daeppen, J.-B., Bertholet, N., Gmel, G., & Gaume, J. (2007). Communication during brief intervention, intention to change, and outcome. *Substance Abuse,* 28(3), 43–51.

Daeppen, J.-B., Bertholet, N., & Gaume, J. (2010). What process research tells us about brief intervention efficacy. *Drug and Alcohol Review, 29,* 612–616.

Daley, D. C., Salloum, I. M., Suckoff, A., Kirisci, L., & Thase, M. E. (1998). Increasing treatment adherence among outpatients with depression and cocaine dependence: Results of a pilot study. *American Journal of Psychiatry, 155,* 1611–1613.

Daugherty, M. D. (2009). *A randomized trial of motivational interviewing with college students for academic success.* Doctoral dissertation, University of New Mexico, Albuquerque. Retrieved from *http://libproxy.unm.edu/login?url= http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2009–99060–447&a*

mp;login.asp&site=ehost-live&scope=site.

Davidson, D., Gulliver, S. B., Longabaugh, R., Wirtz, P. W., & Swift, R. (2007). Building better cognitive-behavioral therapy: Is broad-s pectrum treatment more effective than motivational enhancement therapy for alcohol-dependent patients treated with naltrexone? *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 68(2), 238–247.

Davis, T. M., Baer, J. S., Saxon, A. J., & Kivlahan, D. R. (2003). Brief motivational feedback improves post-incarceration treatment contact among veterans with substance use disorders. *Drug and Alcohol Dependence, 69,* 197–203.

de Jonge, J. M., Schippers, G. M., & Schaap, C. P. D. R. (2005). The motivational interviewing skill code: Reliability and a critical appraisal. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 33(3), 285–298.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior.* New York: Plenum Press.

Delaney, H. D., Miller, W. R., & Bisono, A. M. (2007). Religiosity and spirituality among psychologists: A survey of clinician members of the American Psychological Association. *Professional Psychology: Research and Practice, 38,* 538–546.

DeShazer, S., Dolan, Y., Korman, H., Trepper, T., McCollum, E., & Berg, I. K. (2007). *More than miracles: The state of the art of solution-focused brief therapy.* Binghamton, NY: Haworth Press.

Dia, D. A., Simmons, C. A., Oliver, M. A., & Cooper, R. L. (2009). Motivational interviewing for perpetrators of intimate partner violence. In P. Lehmann &

C. A. Simmons (Eds.), *Strengths-based batterer intervention: A new paradigm in ending family violence* (pp. 87–111). New York: Springer.

Diaz, R. M., & Berk, L. E. (Eds.). (1992). *Private speech: From social interaction to self-regulation.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Diaz, R. M., & Fruhauf, A. G. (1991). The origins and development of self– regulation: A developmental model on the risk for addictive behaviours. In N. Heather, W. R. Miller, & J. Greeley (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 83–106). Sydney: Maxwell Macmillan Publishing Australia.

Diaz, R. M., Neal, C. J., & Amaya-Williams, M. (1990). The social origins of self-regulation. In L. C. Moll (Ed.), *Vygotsky and education: Instructional implications and applications of sociohistorical psychology* (pp. 127–154). New York: Cambridge University Press.

Diaz, R. M., Winsler, A., Atencio, D. J., & Harbors, K. (1992). Mediation of self–regulation through the use of private speech. *International Journal of Cognitive Education and Mediated Learning,* 2, 155–167.

DiClemente, C. C. (2003). *Addiction and change: How addictions develop and addicted people recover.* New York: Guilford Press.

DiClemente, C. C., & Velasquez, M. M. (2002). Motivational Interviewing and the stages of change. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people for change.* (2nd ed., pp. 201–216). New York: Guilford Press.

DiLillo, V., Siegfried, N. J., & West, D. S. (2003). Incorporating motivational interviewing into behavioral obesity treatment. *Cognitive and Behavioral Practice,* 10(2), 120–130.

Dillard, J. P., & Shen, L. (2005). On the nature of reactance and its role in persuasive health communication. *Communication Monographs*, *72* (2), 144–168.

Donnelly, D. A., & Murray, E. J. (1991). Cognitive and emotional changes in written essays and therapy interviews. *Journal of Social and Clinical Psychology, 10,* 334–350.

Donovan, D. M., Kivlahan, D. R., Kadden, R. M., & Hill, D. (2001). Cognitive impairment as a client-treatment matching hypothesis. In R. Longabaugh & P. W. Wirtz (Eds.), *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses* (pp. 62–81). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Easton, C., Swan, S., & Sinha, R. (2000). Motivation to change substance use among

offenders of domestic violence. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 19(1), 1–5.

Edwards, G., Orford, J., Egert, S., Guthrie, S., Hawker, A., Hensman, C., et al. (1977). Alcoholism: A controlled trial of «treatment» and «advice.» *Journal of Studies on Alcohol, 38,* 1004–1031.

Elliot, D. L., Goldberg, L., Kuehl, K. S., Moe, E. L., Breger, R. K., & Pickering, M. A. (2007). The PHLAME (Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects) firefighter study: Outcomes of two models of behavior change. *Journal of Occupational and Environmental Medicine,* 49(2), 204–213.

Ellis, A., & MacLaren, C. (2005). *Rational emotive behavior therapy: A therapist's guide* (2nd ed.). Atascadero, CA: Impact.

Elvy, G., Wells, J., & Baird, K. (1988). Attempted referral as intervention for problem drinking in the general hospital. *British Journal of Addiction, 83,* 83–89.

Elwyn, G., Edwards, A., Kinnersley, P., & Grol, R. (2000). Shared decision making and the concept of equipoise: The competences of involving patients in healthcare choices. *British Journal of General Practice, 50* (460), 892899.

Enea, V., & Dafinoiu, I. (2009). Motivational/solution-focused intervention for reducing school truancy among adolescents. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies,* 9(2), 185–198.

Engle, D. E., & Arkowitz, H. (2006). *Ambivalence in psychotherapy: Facilitating readiness to change.* New York: Guilford Press.

Erickson, S. J., Gerstle, M., & Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health settings: A review. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 159,* 1173–1180.

Erol, S., & Erdogan, S. (2008). Application of a stage based motivational interviewing approach to adolescent smoking cessation: The transtheoretical model-based study. *Patient Education and Counseling,* 72(1), 42–48.

Evans, C. C., Sherer, M., Nakase-Richardson, R., Mani, T., & Irby, J. W., Jr. (2008). Evaluation of an interdisciplinary team intervention to improve therapeutic alliance in post-acute brain injury rehabilitation. *Journal of Head Trauma Rehabilitation, 23* (5), 329–338.

Farbring, C. A., & Johnson, W. R. (2008). Motivational interviewing in the correctional system: An attempt to implement motivational interviewing in criminal justice. In H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller, & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems* (pp. 304–323). New York: Guilford Press.

Feldstein, S. W., & Ginsburg, J. I. D. (2006). Motivational interviewing with dually diagnosed adolescents in juvenile justice settings. *Brief Treatment and Crisis Intervention,* 6(3), 218–233.

Feldstein Ewing, S. W., Filbey, F. M., Sabbineni, A., Chandler, L. D., & Hutchinson, K. E. (2011). How psychological alcohol interventions work: A preliminary look at what fMRI can tell us. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 35* (4), 643–651.

Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance.* Stanford, CA: Stanford University Press.

Field, C., & Caetano, R. (2010). The role of ethnic matching between patient and provider on the effectiveness of brief alcohol interventions with Hispanics. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 34(2), 262–271.

Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blase, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature.* Tampa, FL: National Implementation Research Network.

Flattum, C., Friend, S., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2009). Motivational interviewing as a component of a school-based obesity prevention program for adolescent girls. *Journal of the American Dietetic Association,* 109(1), 91–94.

Foley, K., Duran, B., Morris, P., Lucero, J., Jiang, Y., Baxter, B., et al. (2005). Using motivational interviewing to promote HIV testing at an American Indian substance

abuse treatment facility. *Journal of Psychoactive Drugs,* 37(3), 321–329.

Ford, M. E. (1992). *Motivating humans: Goals, emotions, and personal agency beliefs.* Newbury Park, CA: Sage.

Forsberg, L., Berman, A. H., Kallmen, H., Hermansson, U., & Helgason, A. R. (2008). A test of the validity of the motivational interviewing treatment integrity code. *Cognitive Behaviour Therapy,* 37(3), 1–9.

Forsberg, L., Kallmen, H., Hermansson, U., Berman, A. H., & Helgason, A. R. (2007). Coding counsellor behaviour in motivational interviewing sessions: Inter-rater reliability for the Swedish motivational interviewing treatment integrity code (MITI). *Cognitive Behaviour Therapy*, 36(3), 162–169.

Frank, J. D., & Frank, J. B. (1993). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.

Frankl, V. E. (2006). *Man's search for meaning.* Boston: Beacon Press.

Fromm, E., (1956). *The art of loving.* New York: Bantam Books.

Fuertes, J. N., Mislowack, A., Bennett, J., Paul, L., Gilbert, T. C., Fontan, G., et al. (2007). The physician-patient working alliance. *Patient Education and Counseling,* 66(1), 29–36.

Gance-Cleveland, B. (2007). Motivational interviewing: Improving patient education. *Journal of Pediatric Health Care*, 21(2), 81–88.

Gaume, J., Bertholet, N., Faouzi, M., Gmel, G., & Daeppen, J.-B. (2010). Counselor motivational interviewing skills and young adult change talk articulation during brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 39(3), 272–281.

Gaume, J., Gmel, G., & Daeppen, J.-B. (2008). Brief alcohol interventions: Do counsellors' and patients' communication characteristics predict change? *Alcohol and Alcoholism, 43,* 62–69.

Gaume, J., Gmel, G., Faouzi, M., & Daeppen, J. B. (2009). Counselor skill influences outcomes of brief motivational interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 37(2), 151–159.

Gendlin, E. T. (1961). Initiating psychotherapy with «unmotivated» patients. *Psychiatric Quarterly, 35,* 134–139.

Gilmore, S. K. (1973). *The counselor-in-training.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Ginott, H. G. (1965). *Between parent and child.* New York: Macmillan.

Gladwell, M. (2007). *Blink: The power of thinking without thinking.* New York: Little, Brown & Company.

Glasser, W. (1975). *Reality therapy: A new approach to psychiatry.* New York: Harper.

Glynn, L. H., Hallgren, K. A., Houck, J. M., McLouth, C. J., Fischer, D. J., & Moyers, T. B. (2011, June). *Introducing the "CACTI" sequential-coding software: A free, open-source program for rating client and provider speech.* Poster presented at the 34th annual meeting of the Research Society on Alcoholism National Conference, Atlanta, GA.

Glynn, L. H., & Moyers, T. B. (2010). Chasing change talk: The clinician's role in evoking client language about change. *Journal of Substance Abuse Treatment, 39,* 65–70.

Goddard, C., & Wierzbicka, A. (1994). *Semantic and lexical universals.* Amsterdam: John Benjamins Publishing.

Golin, C. E., Earp, J. A., Grodensky, C. A., Patel, S. N., Suchindran, C., Kali– chman, K. P., et al. (2012). Longitudinal effect of Safe Talk, a motivational interviewing-based program to improve safer sex practices among people living with HIV/AIDS. *AIDS and Behavior.* doi:10.1007/s/10461–011–0029–SC

Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: Simple effects of simple plans. *American Psychologist, 54,* 493–503.

Gollwitzer, P. M., & Schaal, B. (1998). Metacognition in action: The importance of implementation intentions. *Personality and Social Psychology Review, 2,* 124–136.

Gordon, T. (1970). *Parent effectiveness training.* New York: Wyden.

Gordon, T., & Edwards, W. S. (1997). *Making the patient your partner: Communication*

skills for doctors and other caregivers. New York: Auburn House Paperback.

Gordon-Reed, A. (2009). Jefferson's vision. *Newsweek, 153,* 61–64.

Graeber, D. A., Moyers, T. B., Griffith, G., Guajardo, E., & Tonigan, S. (2003). A pilot study comparing motivational interviewing and an educational intervention in patients with schizophrenia and alcohol use disorders. *Community Mental Health Journal,* 39(3), 189–202.

Grant, J. E., Donahue, C. B., Odlaug, B. L., Kim, S. W., Miller, M. J., & Petry, N. M. (2009). Imaginal desensitisation plus motivational interviewing for pathological gambling: Randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry,* 195(3), 266–267.

Gray, R., Leese, M., Bindman, J., Becker, T., Burti, L., David, A., et al. (2006). Adherence therapy for people with schizophrenia: European multicentre randomised clinical trial. *British Journal of Psychiatry, 189,* 508–514.

Grodin, J. P. (2006). *Assessing therapeutic change mechanisms in motivational interviewing using the articulated thoughts in simulated situations paradigm.* Unpublished doctoral dissertation, University of Southern California, Los Angeles. Retrieved from *digitallibrary.usc.edu/assetserver/controller/item/ etd-Grodin-20060929.pdf.*

Grote, N. K., Swartz, H. A., & Zuckoff, A. (2008). Enhancing interpersonal psychotherapy for mothers and expectant mothers on low incomes: Adaptations and additions. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 38* (1), 23–33.

Haddock, G., Beardmore, R., Earnshaw, P., Fitzsimmons, M., Nothard, S., Butler, R., et al. (2012). Assessing fidelity to integrated motivational interviewing and CBT therapy for psychosis and substance use: The MI–CBT fidelity scale (MI–CTS). *Journal of Mental Health,* 21(1), 38–48.

Handmaker, N. S., Miller, W. R., & Manicke, M. (1999). Findings of a pilot study of motivational interviewing with pregnant drinkers. *Journal of Studies on Alcohol, 60,* 285–287.

Handmaker, N. S., & Wilbourne, P. (2001). Motivational interventions in prenatal clinics. *Alcohol Research and Health,* 25(3), 219–229.

Harland, J., White, M., Drinkwater, C., Chinn, D., Farr, L., & Howel, D. (1999). The Newcastle Exercise Project: A randomised controlled trial of methods to promote physical activity in primary care. *British Medical Journal, 319,* 828–832.

Harper, R., & Hardy, S. (2000). An evaluation of motivational interviewing as a method of intervention with clients in a probation setting. *British Journal of Social Work,* 30(3), 393–400.

Harris, K. B., & Miller, W. R. (1990). Behavioral self-control training for problem drinkers: Components of efficacy. *Psychology of Addictive Behaviors, 4,* 82–90.

Harris, K. J., Catley, D., Good, G. E., Cronk, N. J., Harrar, S., & Williams, K. B. (2010). Motivational interviewing for smoking cessation in college students: A group randomized controlled trial. *Preventive Medicine,* 51(5), 387–393.

Hartzler, B., & Espinoza, E. M. (2011). Moving criminal justice organizations toward adoption of evidence-based practice via advanced workshop training in motivational interviewing: A research note. *Criminal Justice Policy Review,* 22(2), 235–253.

Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change.* New York: Guil– ford Press.

Heather, N. (2005). Motivational interviewing: Is it all our clients need? *Addiction Research and Theory,* 13(1), 1–18.

Heather, N., Rollnick, S., Bell, A., & Richmond, R. (1996). Effects of brief counselling among male heavy drinkers identified on general hospital wards. *Drug and Alcohol Review,* 15(1), 29–38.

Heather, N., Whitton, B., & Robertson, I. (1986). Evaluation of a self-help manual for media-recruited problem drinkers: Six-month follow-up results. *British Journal of Clinical Psychology, 25,* 19–34.

Heffner, J. L., Tran, G. Q., Johnson, C. S., Barrett, S. W., Blom, T. J., Thompson, R. D., et al. (2010). Combining motivational interviewing with compliance enhancement therapy (MI–CET): Development and preliminary evaluation of a new, manual-guided psychosocial adjunct to

alcohol-dependence pharma– cotherapy. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 71(1), 61–70.

Hendrickson, S. M. L., Martin, T., Manuel, J. K., Christopher, P. J., Thiedeman, T., & Moyers, T. B. (2004). Assessing reliability of the Motivational Interviewing Treatment Integrity behavioral coding system under limited range. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 28(5), 74A.

Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 467–508). New York: Wiley.

Hester, R. K., Squires, D. D., & Delaney, H. D. (2005). The drinker's check-up: 12–month outcomes of a controlled clinical trial of a stand-alone software program for problem drinkers. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 28(2), 159–169.

Hettema, J., Steele, J., & Miller, W. R. (2005). Motivational interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology, 1,* 91–111.

Hibbard, J. H., Mahoney, E. R., Stock, R., & Tusler, M. (2007). Do increases in patient activation result in improved self-management behaviors? *Health Services Research,* 42(4), 1443–1463.

Hibbard, J. H., Stockard, J., Mahoney, E. R., & Tusler, M. (2004). Development of the patient activation measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Services Research, 39,* 1005–1026.

Hill, C. (2009). *Helping skills: Facilitating exploration, insight and action* (3rd ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Hill, S., & Kavookjian, J. (2012). Motivational interviewing as a behavioral intervention to increase HAART adherence in patients who are HIV-positive: A systematic review of the literature. *AIDS Care: Psychological and Socio– medical Aspects of AIDS/HIV,* 24(5), 583–592.

Hodgins, D. C., Ching, L. E., & McEwen, J. (2009). Strength of commitment language in motivational interviewing and gambling outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors, 23,* 122–130.

Hohman, M. M. (2012). *Motivational interviewing in social work practice.* New York: Guilford Press.

Hohman, M. M., & Matulich, W. (2010). Initial validation of the motivational interviewing measure of staff interaction. *Alcoholism Treatment Quarterly,* 28(2), 230–238.

Hohman, M. M. (1998). Motivational interviewing: An intervention tool for child welfare case workers working with substance-abusing parents. *Child Welfare,* 77(3), 275–289.

Hollis, J. F., Polen, M. R., Whitlock, E. P., Lichtenstein, E., Mullooly, J. P., Velicer, W. F., et al. (2005). Teen reach: Outcomes from a randomized, controlled trial of a tobacco reduction program for teens seen in primary medical care. *Pediatrics,* 115(4), 981–989.

Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1994). *The working alliance: Theory, research, and practice.* New York: Wiley.

Hubble, M. A., Duncan, B. L., & Miller, S. D. (Eds.). (1999). *The heart and soul of change: What works in therapy.* Washington, DC: American Psychological Association.

Hulse, G. K., & Tait, R. J. (2002). Six-month outcomes associated with a brief alcohol intervention for adult inpatients with psychiatric disorders. *Drug and Alcohol Review,* 21(2), 105–112.

Imel, Z. E., Wampold, B. E., & Miller, S. D. (2008). Distinctions without a difference: Direct comparisons of psychotherapies for alcohol use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors,* 22(4), 533–543.

Israel, M., & Hay, I. (2006). *Research ethics for social scientists.* Thousand Oaks, CA: Sage.

Ivey, A. E., Ivey, M. B., & Zalaquett, Z. P. (2009). *Intentional interviewing and counseling* (7th ed.). New York: Brooks/Cole.

Janis, I. L., & Mann, L. (1977). *Decision making: A psychological analysis of conflict, choice and commitment.* New York: Free Press.

Jensen, C. D., Cushing, C. C., Aylward, B. S., Craig, J. T., Sorell, D. M., & Steele, R. G. (2011). Effectiveness of motivational interviewing interventions for adolescent substance use behavior change: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 79(4), 433–440.

Johnson, V. E. (1986). *Intervention: How to help someone who doesn't want help.* Center City, MN: Hazelden.

Juarez, P., Walters, S. T., Daugherty, M., & Radi, C. (2006). A randomized trial of motivational interviewing and feedback with heavy drinking college students. *Journal of Drug Education,* 36(3), 233–246.

Kadden, R., Carroll, K., Donovan, D., Cooney, N., Monti, P., Abrams, D., et al.

(1992). *Cognitive-behavioral coping skills therapy manual* (Vol. 3). Rock– ville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Kanfer, F. H. (1970a). Self-monitoring: Methodological limitations and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 35,* 148–152.

Kanfer, F. H. (1970b). Self-regulation: Research, issues, and speculation. In C. Neuringer & J. L. Michael (Eds.), *Behavior modification in clinical psychology* (pp. 178–220). New York: Appleton-Century-Crofts.

Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2004). What do we know? Process analysis and the search for a better understanding of Project MATCH's anger-by-treatment matching effect. *Journal of Studies on Alcohol,* 65(4), 501–512.

Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2005a). An examination of how therapist direc– tiveness interacts with patient anger and reactance to predict alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol, 66,* 825–832.

Karno, M. P., & Longabaugh, R. (2005b). Less directiveness by therapists improves drinking outcomes of reactant clients in alcoholism treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 73(2), 262–267.

Karno, M. P., Longabaugh, R., & Herbeck, D. (2009). Patient reactance as a moderator of the effect of therapist structure on posttreatment alcohol use. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 70(6), 929–936.

Kass, J. D., & Lennox, S. (2005). Emerging models of spiritual development: A foundation for mature, moral, and health-promoting behavior. In W. R. Miller & H. D. Delaney (Eds.), *Judeo-Christian perspectives on psychology: Human nature motivation and change* (pp. 185–204). Washington, DC: American Psychological Association.

Kay-Lambkin, F. J., Baker, A. L., Lewin, T. J., & Carr, V. J. (2009). Computer– based psychological treatment for comorbid depression and problematic alcohol and/or cannabis use: A randomized controlled trial of clinical efficacy. *Addiction,* 104(3), 378–388.

Kelly, A. B., & Lapworth, K. (2006). The HYP program: Targeted motivational interviewing for adolescent violations of school tobacco policy. *Preventive Medicine,* 43(6), 466–471.

Kertes, A., Westra, H. A., Angus, L., & Marcus, M. (2011). The impact of motivational interviewing on client experiences of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder. *Cognitive and Behavioral Practice,* 18(1), 55–69.

Khalsa, S.-R., McCarthy, K. S., Sharpless, B. A., Barrett, M. S., & Barberr, J. P. (2011). Beliefs about the causes of depression and treatment preferences. *Journal of Clinical Psychology, 67* (6), 539–549.

Kiene, S. M., & Barta, W. D. (2006). A brief individualized computer-delivered sexual risk reduction intervention increases HIV/AIDS preventive behavior. *Journal of Adolescent Health,* 39(3), 404–410.

Kiresuk, T. J., Smith, A., & Cardillo, J. E. (Eds.). (1994). *Goal attainment scaling: Applications, theory, and measurement.* Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Kistenmacher, B. R., & Weiss, R. L. (2008). Motivational interviewing as a mechanism for change in men who batter: A randomized controlled trial. *Violence and Victims,* 23(5),

558–570.

Klag, S., O'Callaghan, F., Creed, P., & Zimmer-Gembeck, M. (2009). Motivating young people towards success: Evaluation of a motivational

interviewing-integrated treatment programme for COD clients in a residential therapeutic community. *Therapeutic Communities, 30* (4), 366–386.

Klein, W. M. P., & Harris, P. R. (2010). Self-affirmation enhances attentional bias toward threatening components of a persuasive message. *Psychological Sci* ence, 20(12), 1463–1467.

Knols, R., Aaronson, N. K., Uebelhart, D., Fransen, J., & Aufdemkampe, G. (2005). Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: A systematic review of randomized and controlled clinical trials [Meta– Analysis Review]. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology,* 23(16), 3830–3842.

Koerber, A., Crawford, J., & O'Connell, K. (2003). The effects of teaching dental students brief motivational interviewing for smoking-cessation counseling: A pilot study. *Journal of Dental Education,* 67(4), 439–447.

Kristenson, H., Ohlin, H., Hulten-Nosslin, M., Hood, B., & Trell, E. (1983). Identification and intervention of heavy-drinking middle-aged men: Results and follow-up of 24–60 months on long-term studies with randomized centers. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 7,* 203–209.

Kuchipudi, V., Hobein, K., Flickinger, A., & Iber, F. L. (1990). Failure of a 2–hour motivational intervention to alter recurrent drinking behavior in alcoholics with gastrointestinal disease. *Journal of Studies on Alcohol,* 51(4), 356360.

Kurtz, E. (1991). *Not-God: A history of Alcoholics Anonymous* (Expanded ed.). Center City, MN: Hazelden.

LaBrie, J. W., Huchting, K., Tawalbeh, S., Pedersen, E. R., Thompson, A. D., She– lesky, K., et al. (2008). A randomized motivational enhancement prevention group reduces drinking and alcohol consequences in first-year college women. *Psychology of Addictive Behaviors,* 22(1), 149–155.

LaBrie, J. W., Lamb, T. F., Pedersen, E. R., & Quinlan, T. (2006). A group motivational interviewing intervention reduces drinking and alcohol-related consequences in adjudicated college students. *Journal of College Student Development,* 47(3), 267–280.

LaChance, H., Feldstein Ewing, S. W., Bryan, A. D., & Hutchison, K. E. (2009). What makes group MET work?: A randomized controlled trial of college student drinkers in mandated alcohol diversion. *Psychology of Addictive Behaviors, 23* (4), 598–612.

Lacrose, S., Chaloux, N., Monaghan, D., & Tarabulsy, G. M. (2010). Working alliance as a moderator of the impact of mentoring relationships among academically at-risk students. *Journal of Applied Social Psychology, 40* (10), 2656–2686.

Laine, C., & Davidoff, F. (1996). Patient-centered medicine: A professional evolution. *Journal of the American Medical Association,* 275(2), 152–156.

Lambert, M. J., Whipple, J., Smart, D., Vermeersch, D., Nielsen, S., & Hawkins, E. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research,* 11(1), 49–68.

Lander, N. R., & Nelson, D. (2005). *The integrity model of existential psychotherapy in working with the "difficult patient."* New York: Routledge.

Lasser, K. E., Murillo, J., Lisboa, S., Casimir, A. N., Valley-Shah, L., Emmons, K.

M., et al. (2011). Colorectal cancer screening among ethnically diverse, low– income patients: A randomized controlled trial. *Archives of Internal Medicine* , 171(10), 906–912.

Lawson, K., Wolever, R., Donovan, P., & Greene, L. M. (2009). *Health coaching for behavior change: Motivational interviewing methods and practice.* Manasquan, NJ: Healthcare Intelligence Network.

Leak, A., Davis, E. D., Houchin, L. B., & Mabrey, M. (2009). Diabetes management and self-care education for hospitalized patients with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing,*

13(2), 205–210.

Leake, G. J., & King, A. S. (1977). Effect of counselor expectations on alcoholic recovery. *Alcohol Health and Research World,* 11(3), 16–22.

Lee, C. S., Baird, J., Longabaugh, R., Nirenberg, T. D., Mello, M. J., & Woolard, R. (2010). Change plan as an active ingredient of brief motivational interventions for reducing negative consequences of drinking in hazardous drinking emergency-department patients. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 71(5), 726–733.

Lee, K. C. (1991). The problem of appropriateness of the Rokeach Value Survey in Korea. *International Journal of Psychology,* 26(3), 299–310.

Lewis, C. S. (1960). *The four loves.* New York: Harcourt Brace.

Lewis, T. F., & Osborn, C. J. (2004). Solution-focused counseling and motivational interviewing: A consideration of confluence. *Journal of Counseling and Development, 82,* 38–48.

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder.* New York: Guilford Press.

Linehan, M. M. (1997). Validation and psychotherapy. In A. C. Bohart & L. S. Greenberg (Eds.), *Empathy reconsidered: New directions in psychotherapy* (pp. 353–392). Washington, DC: American Psychological Association.

Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Shaw-Welch, S., Heagerty, P., et al. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation plus 12–step for the treatment of opioid-dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 67,* 13–26.

Longabaugh, R., & Wirtz, P. W. (Eds.). (2001). *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses* (Project MATCH Monograph Series, Vol. 8). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Longabaugh, R., Wirtz, P. W., Zweben, A., & Stout, R. L. (1998). Network support for drinking, Alcoholics Anonymous, and long-term matching effects. *Addiction, 93,* 1313–1333.

Longabaugh, R., Woolard, R. F., Nirenberg, T. D., Minugh, A. P., Becker, B., Clifford, P. R., et al. (2001). Evaluating the effects of a brief motivational intervention for injured drinkers in the emergency department. *Journal of Studies on Alcohol, 62* (6), 806–816.

Longabaugh, R., Zweben, A., LoCastro, J. S., & Miller, W. R. (2005). Origins, issues and options in the development of the combined behavioral intervention. *Journal of Studies on Alcohol Supplement(15),* 179–187.

Loudenburg, R. (2008). *South Dakota Public Safety DUI program: Four-year evaluation report.* Pierre, SD: Office of Highway Safety, South Dakota Department of Public Safety.

Maclean, L. G., White, J. R., Jr., Broughton, S., Robinson, J., Shultz, J. A., Weeks, D. L., et al. (2012). Telephone coaching to improve diabetes self-management for rural residents. *Clinical Diabetes,* 30(1), 13–16.

Madsen, W. C. (2009). Collaborative helping: A practice framework for family– centered services. *Family Process,* 48(1), 103–116.

Madson, M. B., & Campbell, T. C. (2006). Measures of fidelity in motivational enhancement: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment, 31,* 67–73.

Madson, M. B., Loignon, A. C., & Lane, C. (2009). Training in motivational interviewing: A systematic review. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 36, 101–109.

Magill, M., Apodaca, T. R., Barnett, N. P., & Monti, P. M. (2010). The route to change: Within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *Journal of Substance Abuse Treatment, 38,* 299–305.

Mallams, J. H., Godley, M. D., Hall, G. M., & Meyers, R. J. (1982). A social– systems approach to resocializing alcoholics in the community. *Journal of Studies on Alcohol, 43,* 1115–1123.

Mann, R. E., & Rollnick, S. (1996). Motivational interviewing with a sex offender who believed he was innocent. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 24(2), 127–134.

Mantler, T., Irwin, J. D., & Morrow, D. (2010). Assessing motivational interviewing

through co-active life coaching tools as a smoking cessation intervention: A demonstration study. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring,* 8(2), 49–63.

Marijuana Treatment Project Research Group. (2004). Brief treatments for canna– bis dependence: Findings from a randomized multisite trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 72(3), 455–466.

Markland, D., Ryan, R. M., Tobin, V., & Rollnick, S. (2005). Motivational interviewing and self-determination theory. *Journal of Social and Clinical Psychology, 24,* 785–805.

Marlatt, G. A., & Donovan, D. M. (Eds.). (2005). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Marsden, J., Stillwell, G., Barlow, H., Boys, A., Taylor, C., Hunt, N., et al. (2006). An evaluation of a brief motivational intervention among young ecstasy and cocaine users: No effect on substance and alcohol use outcomes. *Addiction,* 101(7), 1014–1026.

Martin, J. E., & Sihn, E. P. (2009). Motivational interviewing: Applications to Christian therapy and church ministry. *Journal of Psychology and Christianity,* 28(1), 71–77.

Martino, S., Canning-Ball, M., Carroll, K. M., & Rounsaville, B. J. (2011). A criterion-based stepwise approach for training counselors in motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment, 40,* 357–365.

Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review, 50,* 370–396.

Maslow, A. H. (1970). *Motivation and personality* (2nd ed.). New York: Harper & Row.

Mason, M., Pate, P., Drapkin, M., & Sozinho, K. (2011). Motivational interviewing integrated with social network counseling for female adolescents: A randomized pilot study in urban primary care. *Journal of Substance Abuse Treatment* , 41(2), 148–155.

McConnaughy, E. N., Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1983). Stages of change in psychotherapy: Measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 20,* 368–375.

McDonald, H. P., Garg, A. X., & Haynes, R. B. (2002). Interventions to enhance patient adherence to medication prescriptions. *Journal of the American Medical Association,* 288(22), 2868–2879.

McGregor, D. (2006). *The human side of enterprise* (Annotated ed.). New York: McGraw-Hill.

McMurran, M. (2002). *Motivating offenders to change: A guide to enhancing engagement in therapy.* Chichester, UK: Wiley.

McMurran, M. (2009). Motivational interviewing with offenders: A systematic review. *Legal and Criminological Psychology,* 14(1), 83–100.

McMurran, M., & Ward, T. (2004). Motivating offenders to change in therapy: An organizing framework. *Legal and Criminological Psychology,* 9(2), 295311.

McNamara, R., Robling, M., Hood, K., Bennet, K., Channon, S., Cohen, D., et al. (2010). Development and evaluation of a psychosocial intervention for children and teenagers experiencing diabetes (DEPICTED): A protocol for a cluster randomised controlled trial of the effectiveness of a communication skills training programme for healthcare professionals working with young people with type 1 diabetes. *BMC Health Services Research, 10* (36).

Mendel, E., & Hipkins, J. (2002). Motivating learning disabled offenders with alcohol-related problems: A pilot study. *British Journal of Learning Disabilities,* 30(4), 153–158.

Merlo, L. J., Storch, E. A., Lehmkuhl, H. D., Jacob, M. L., Murphy, T. K., Goodman, W. K., et al. (2010). Cognitive behavioral therapy plus motivational interviewing improves outcome for pediatric obsessive-compulsive disorder: A preliminary study. *Cognitive Behaviour Therapy,* 39(1), 24–27.

Merton, T. (1960). *Spiritual direction and meditation.* Collegeville, MN: Liturgical Press.

Meyers, R. J., Miller, W. R., Smith, J. E., & Tonigan, J. S. (2002). A randomized trial of two methods for engaging treatment-refusing drug users through concerned significant others. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70,* 1182–1185.

Meyers, R. J., & Smith, J. E. (1995). *Clinical guide to alcohol treatment: The community reinforcement approach.* New York: Guilford Press.

Meyers, R. J., & Wolfe, B. L. (2004). *Get your loved one sober: Alternatives to nagging, pleading and threatening.* Center City, MN: Hazelden Publishing and Educational Services.

Miller, N. H. (2010). Motivational interviewing as a prelude to coaching in healthcare settings. *Journal of Cardiovascular Nursing,* 25(3), 247–251.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sorrell, R., & Chalk, M. B. (2006). Using formal client feedback to improve retention and outcome: Making ongoing real-time assessment feasible. *Journal of Brief Therapy,* 5(1), 5–22.

Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The Partners for Change outcome management system. *Journal of Clinical Psychology,* 61(2), 199–208.

Miller, W. R. (1978). Behavioral treatment of problem drinkers: A comparative outcome study of three controlled drinking therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46,* 74–86.

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

Miller, W. R. (1985a). *Living as if: How positive faith can change your life.* Philadelphia: Westminster Press.

Miller, W. R. (1985b). Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin, 98,* 84–107.

Miller, W. R. (1994). Motivational interviewing: III. On the ethics of motivational intervention. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 22,* 111–123.

Miller, W. R. (1996). What is a relapse? Fifty ways to leave the wagon. *Addiction, 91* (Suppl.), S15–S27.

Miller, W. R. (2000). Rediscovering fire: Small interventions, large effects. *Psychology of Addictive Behaviors, 14,* 6–18.

Miller, W. R. (2008). *Living as if: Your road, your life.* Carson City, NV: The Change Companies.

Miller, W. R. (Ed.). (2004). *Combined Behavioral Intervention manual: A clinical research guide for therapists treating people with alcohol abuse and dependence* (Vol. 1). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Miller, W. R., & Atencio, D. J. (2008). Free will as a proportion of variance. In J. Baer, J. C. Kaufman, & R. F. Baumeister (Eds.), *Are we free?: Psychology and free will* (pp. 275–295). New York: Oxford University Press.

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

Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61,* 455–461.

Miller, W. R., & Brown, J. M. (1991). Self-regulation as a conceptual basis for the prevention and treatment of addictive behaviours. In N. Heather, W. R. Miller, & J. Greeley (Eds.), *Self-control and the addictive behaviours* (pp. 3–79). Sydney: Maxwell Macmillan Publishing Australia.

Miller, W. R., & C'de Baca, J. (2001). *Quantum change: When epiphanies and sudden insights transform ordinary lives.* New York: Guilford Press.

Miller, W. R., & Danaher, B. G. (1976). Maintenance in parent training. In J. D. Krumboltz & C. E. Thoresen (Eds.), *Counseling methods* (pp. 434–444). New York: Holt, Rinehart & Winston.

Miller, W. R., Forcehimes, A. A., & Zweben, A. (2011). *Treating addiction: Guidelines for professionals.* New York: Guilford Press.

Miller, W. R., Gribskov, C. J., & Mortell, R. L. (1981). Effectiveness of a self– control

manual for problem drinkers with and without therapist contact. *International Journal of the Addictions, 16,* 1247–1254.

Miller, W. R., & Heather, N. (Eds.). (1986). *Treating addictive behaviors: Processes of change.* New York: Plenum Press.

Miller, W. R., & Heather, N. (Eds.). (1998). *Treating addictive behaviors* (2nd ed.). New York: Plenum Press.

Miller, W. R., & Jackson, K. A. (1995). *Practical psychology for pastors: Toward more effective counseling* (2nd ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Miller, W. R., & Johnson, W. R. (2008). A natural language screening measure for motivation to change. *Addictive Behaviors, 33,* 1177–1182.

Miller, W. R., Leckman, A. L., Delaney, H. D., & Tinkcom, M. (1992). Long-term follow-up of behavioral self-control training. *Journal of Studies on Alcohol, 53,* 249–261.

Miller, W. R., LoCastro, J. S., Longabaugh, R., O'Malley, S., & Zweben, A. (2005). When worlds collide: Blending the divergent traditions of pharmaco– therapy and psychotherapy outcome research. *Journal of Studies on Alcohol, Supplement No. 15,* 17–23.

Miller, W. R., & Manuel, J. K. (2008). How large must a treatment effect be before it matters to practitioners? An estimation method and demonstration. *Drug and Alcohol Review, 27,* 524–528.

Miller, W. R., & Martin, J. E. (Eds.). (1988). *Behavior therapy and religion: Integrating spiritual and behavioral approaches to change.* Newbury Park, CA: Sage.

Miller, W. R., & Mee-Lee, D. (2010). *Self-management: A guide to your feelings, motivation, and positive mental health.* Carson City, NV: The Change Companies.

Miller, W. R., & Meyers, R. J. (1995, Spring). Beyond generic criteria: Reflections on life after clinical science wins. *Clinical Science,* 4–6.

Miller, W. R., Meyers, R. J., & Tonigan, J. S. (1999). Engaging the unmotivated in treatment for alcohol problems: A comparison of three strategies for intervention through family members. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67,* 688–697.

Miller, W. R., & Mount, K. A. (2001). A small study of training in motivational interviewing: Does one workshop change clinician and client behavior? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 29,* 457–471.

Miller, W. R., & Moyers, T. B. (2006). Eight stages in learning motivational interviewing. *Journal of Teaching in the Addictions,* 5(1), 3–17.

Miller, W. R., Moyers, T. B., Arciniega, L., Ernst, D., & Forcehimes, A. A. (2005). Training, supervision and quality monitoring of the COMBINE study behavioral interventions. *Journal of Studies on Alcohol,* 66(Suppl. 15), S188–S195.

Miller, W. R., & Munoz, R. F. (1976). *How to control your drinking.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Miller, W. R., & Munoz, R. F. (2005). *Controlling your drinking: Tools to make moderation work for you.* New York: Guilford Press.

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

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

Miller, W. R., & Rollnick, S. (2009). Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 37,* 129–140.

Miller, W. R., & Rose, G. S. (2009). Toward theory of motivational interviewing. *American Psychologist, 64,* 527–537.

Miller, W. R., & Sanchez, V. C. (1994). Motivating young adults for treatment and lifestyle change. In G. Howard (Ed.), *Issues in alcohol use and misuse by young adults* (pp. 55–82). Notre Dame, IN: University of Notre Dame Press.

Miller, W. R., Sorensen, J. L., Selzer, J., & Brigham, G. (2006). Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions. *Journal of*

Substance Abuse Treatment, 31, 25–39.

Miller, W. R., & Sovereign, R. G. (1989). The check-up: A model for early intervention in addictive behaviors. In T. Loberg, W. R. Miller, P. E. Nathan, & G. A. Marlatt (Eds.), *Addictive behaviors: Prevention and early intervention* (pp. 219–231). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.

Miller, W. R., Sovereign, R. G., & Krege, B. (1988). Motivational interviewing with problem drinkers: II. The Drinker's Check-up as a preventive intervention. *Behavioural Psychotherapy, 16* , 251–268.

Miller, W. R., & Taylor, C. A. (1980). Relative effectiveness of bibliotherapy, individual and group self-control training in the treatment of problem drinkers. *Addictive Behaviors, 5,* 13–24.

Miller, W. R., Taylor, C. A., & West, J. C. (1980). Focused versus broad spectrum behavior therapy for problem drinkers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 48,* 590–601.

Miller, W. R., Toscova, R. T., Miller, J. H., & Sanchez, V. (2000). A theory-based motivational approach for reducing alcohol/drug problems in college. *Health Education and Behavior, 27,* 744–759.

Miller, W. R., Wilbourne, P. L., & Hettema, J. (2003). What works?: A summary of alcohol treatment outcome research. In R. K. Hester & W. R. Miller (Eds.), *Handbook of alcoholism treatment approaches: Effective alternatives* (3rd ed., pp. 13–63). Boston: Allyn & Bacon.

Miller, W. R., Yahne, C. E., Moyers, T. B., Martinez, J., & Pirritano, M. (2004). A randomized trial of methods to help clinicians learn motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72,* 1050–1062.

Miller, W. R., Yahne, C. E., & Tonigan, J. S. (2003). Motivational interviewing in drug abuse services: A randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71,* 754–763.

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. C. (1992). *Motivational enhancement therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence* (Vol. 2, Project MATCH Monograph Series). Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Moe, E. L., Elliot, D. L., Goldberg, L., Kuehl, K. S., Stevens, V. J., Breger, R. K., et al. (2002). Promoting healthy lifestyles: Alternative models' effects (PHLAME). *Health Education Research,* 17(5), 586–596.

Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Gwaltney, C. J., Spirito, A., Rohse– now, D. J., et al. (2007). Motivational interviewing versus feedback only in emergency care for young adult problem drinking. *Addiction,* 102(8), 12341243.

Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., et al. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 67(6), 989–994.

Monti, P. M., Kadden, R. M., Rohsenow, D. J., Cooney, N. L., & Abrams, D. B. (2002). *Treating alcohol dependence: A coping skills training guide* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Morrill, M. I., Eubanks-Fleming, C. J., Harp, A. G., Sollenberger, J. W., Darling, E. V., & Cordova, J. V. (2011). The marriage check-up: Increasing access to marital health care. *Family Process, 50,* 471–485.

Mowrer, O. H. (1966). Integrity therapy: A self-help approach. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 3,* 114–119.

Mowrer, O. H., Vattano, A. J., & Others. (1974). *Integrity groups: The loss and recovery of community.* Urbana, IL: Integrity Groups.

Mowrer, O. H., & Vattano, A. J. (1976). Integrity groups: A context for growth in honesty, responsibility, and involvement. *Journal of Applied Behavioral Sciences, 12,* 419–431.

Moyers, T. (2004). History and happenstance: How motivational interviewing got its start. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 18,* 291–298.

Moyers, T. B., Manuel, J. K., Wilson, P. G., Hendrickson, S. M. L., Talcott, W., & Durand, P. (2008). A randomized trial investigating training in motivational interviewing for behavioral health providers. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,* 36(2), 149–162.

Moyers, T. B., & Martin, T. (2006). Therapist influence on client language during motivational interviewing sessions. *Journal of Substance Abuse Treatment, 30,* 245–252.

Moyers, T. B., Martin, T., Catley, D., Harris, K. J., & Ahluwalia, J. S. (2003). Assessing the integrity of motivational interventions: Reliability of the Motivational Interviewing Skills Code. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy,*

31, 177–184.

Moyers, T. B., Martin, T., Christopher, P. J., Houck, J. M., Tonigan, J. S., & Amrhein, P. C. (2007). Client language as a mediator of motivational interviewing efficacy: Where is the evidence? *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 31* (Suppl.), 40S-47S.

Moyers, T. B., Martin, T., Houck, J. M., Christopher, P. J., & Tonigan, J. S. (2009). From in-session behaviors to drinking outcomes: A causal chain for motivational interviewing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 77(6), 1113–1124.

Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., Hendrickson, S. M., & Miller, W. R. (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 28(1), 19–26.

Moyers, T. B., Miller, W. R., & Hendrickson, S. M. L. (2005). How does motivational interviewing work? Therapist interpersonal skill predicts client involvement within motivational interviewing sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73,* 590–598.

Murphy, C. M., & Maiuro, R. D. (2009). *Motivational interviewing and stages of change in intimate partner violence.* New York Springer.

Murray, E. J., & Segal, D. L. (1994). Emotional processing in vocal and written expression of feelings about traumatic experiences. *Journal of Traumatic Stress, 7,* 391–405.

Naar-King, S., Outlaw, A., Green-Jones, M., Wright, K., & Parsons, J. T. (2009).

Motivational interviewing by peer outreach workers: A pilot randomized clinical trial to retain adolescents and young adults in HIV care. *AIDS Care,* 21(7), 868–873.

Naar-King, S., & Suarez, M. (Eds.). (2011). *Motivational interviewing with adolescents and young adults.* New York: Guilford Press.

National Research Council. (2009). *On being a scientist* (3rd ed.). Washington, DC: National Academies Press.

Neighbors, C. J., Barnett, N. P., Rohsenow, D. J., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2010). Cost-effectiveness of a motivational intervention for alcohol-involved youth in a hospital emergency department. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 71(3), 384–394. *New Revised Standard Version.* (1989). New York: Oxford University Press.

Newnham-Kanas, C., Morrow, D., & Irwin, J. D. (2010). Motivational coaching: A functional juxtaposition of three methods for health behaviour change: Motivational interviewing, coaching, and skilled helping. *International Journal of Evidence Based Coaching and Mentoring,* 8(2), 27–48.

Nock, M. K., & Kazdin, A. E. (2005). Randomized controlled trial of a brief intervention for increasing participation in parent management training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 73(5), 872–879.

Norcross, J. C. (Ed.). (2002). *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients.* New York: Oxford University Press.

Norcross, J. C., & Wampold, B. E. (2011). Evidence-based therapy relationships: Research conclusions and clinical practices. *Psychotherapy,* 48(1), 98–102.

Nouwen, H. J. M. (2005). *In memoriam.* Notre Dame, IN: Ave Maria Press.

Nowinski, J., Baker, S., & Carroll, K. M. (1992). *Twelve step facilitation therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence.* Rockville, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Nuro, K. F., Maccarelli, L., Baker, S. M., Martino, S., Rounsaville, B. J., & Carroll, K.

M. (2005). *Yale Adherence and Competence Scale (YACS II) guidelines* (2nd ed.). West Haven, CT: Yale University Press.

O'Leary, C. C. (2001, January). The early childhood family check-up: A brief intervention for at-risk families with preschool-aged children. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering, 62* (6–B), 2992.

Olsen, S., Smith, S. S., Oei, T. P., & Douglas, J. (2012). Motivational interviewing (MINT) improves continuous positive airway pressure (CPAP) acceptance and adherence: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 80(1), 151–163.

Ondersma, S. J., Chase, S. K., Svikis, D. S., & Schuster, C. R. (2005). Computer– based brief motivational intervention for perinatal drug use. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 28(4), 305–312.

Ondersma, S. J., Svikis, D. S., & Schuster, C. R. (2007). Computer-based brief intervention a randomized trial with postpartum women. *American Journal of Preventive Medicine,* 32(3), 231–238.

Ondersma, S. J., Winhusen, T., Erickson, S. J., Stine, S. M., & Wang, Y. (2009).

Motivation enhancement therapy with pregnant substance-abusing women: Does baseline motivation moderate efficacy? *Drug and Alcohol Dependence,* 101(1–2), 74–79.

Pantalon, M. V. (2011). *Instant influence: How to get anyone to do anything– FAST.* New York: Little, Brown.

Parks, G. A., & Woodford, M. S. (2005). CHOICES about alcohol: A brief alcohol abuse prevention and harm reduction program for college students. In G. R. Walz & R. K. Rep (Eds.), *Vistas: Compelling perspectives on counseling 2005* (Article 36). Alexandria, VA: American Counseling Association.

Parr, G., Haberstroh, S., & Kottler, J. (2000). Interactive journal writing as an adjunct in group work. *Journal for Specialists in Group Work,* 25(3), 229242.

Parsons, J. T., Golub, S. A., Rosof, E., & Holder, C. (2007). Motivational interviewing and cognitive-behavioral intervention to improve HIV medication adherence among hazardous drinkers: A randomized controlled trial. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes,* 46(4), 443–450.

Passmore, J. (2007). Addressing deficit performance through coaching: Using motivational interviewing for performance improvement at work. *International Coaching Psychology Review,* 2(3), 265–275.

Passmore, J., & Whybrow, A. (2008). Motivational interviewing: A specific approach for coaching psychologists. In S. Palmer & A. Whybrow (Eds.), *Handbook of coaching psychology: A guide for practitioners* (pp. 160–173). New York: Routledge.

Patel, S. H., Lambie, G. W., & Glover, M. M. (2008). Motivational counseling: Implications for counseling male juvenile sex offenders. *Journal of Addictions and Offender Counseling,* 28(2), 86–100.

Patterson, G. R. (1974). *Living with children: New methods for parents and teachers.* New York: Research Press.

Patterson, G. R. (1975). *Families: Applications of social learning to family life* (rev. ed.). New York: Research Press.

Patterson, G. R., & Chamberlain, P. (1994). A functional analysis of resistance during patient training therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice,* 1(1), 53–70.

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

Pennebaker, J. W. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological Science, 8* (3), 162–165.

Persson, L.-G., & Hjalmarson, A. (2006). Smoking cessation in patients with diabetes mellitus: Results from a controlled study of an intervention programme in primary healthcare in Sweden. *Scandinavian Journal of Primary Health Care,* 24(2), 75–80.

Pettinati, H. M., Weiss, R. D., Dundon, W., Miller, W. R., Donovan, D. M., Ernst, D. B., et al. (2005). A structured approach to medical management: A psy– chosocial intervention to support pharmacotherapy in the treatment of alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs, Supplement 15,* 170–178.

Pierson, H. M., Hayes, S. C., Gifford, E. V., Roget, N., Padilla, M., Bissett, R., et al. (2007). An examination of the Motivational Interviewing Treatment Integrity code. *Journal of Substance Abuse Treatment, 32,* 11–17.

Polcin, D. L., Galloway, G. P., Palmer, J., & Mains, W. (2004). The case for high– dose motivational enhancement therapy. *Substance Use and Misuse,* 39(2), 331–343.

Pollak, K. I., Alexander, S. C., Coffman, C. J., Tulsky, J. A., Lyna, P., Dolor, R. J., et al. (2010). Physician communication techniques and weight loss in adults: Project CHAT. *American Journal of Preventive Medicine,* 39(4), 321–328.

Pollak, K. I., Alexander, S. C., 0stbye, T., Lyna, P., Tulsky, J. A., Dolor, R. J., et al. (2009). Primary care physicians' discussions of weight-related topics with overweight and obese adolescents: Results from the Teen CHAT Pilot Study. *Journal of Adolescent Health,* 45(2), 205–207.

Premack, D. (1972). Mechanisms of self-control. In W. A. Hunt (Ed.), *Learning mechanisms in smoking* (pp. 107–123). Chicago: Aldine.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1984). *The transtheoretical approach: Crossing traditional boundaries of therapy.* Homewood, IL: Dow/Jones Irwin.

Proctor, S. L., Cowin, C. J., Hoffmann, N. G., & Allison, S. (2009). A tool to engage jail inmates: A trademarked journaling process shows promise in giving offenders insight on their substance use. *Addiction Professional,* 7(1), 22–26.

Proctor, S. L., Hoffman, N. G., & Allison, S. (2012). The effectiveness of interactive journaling in reducing recidivism among substance dependent jail inmates. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology,* 56(2), 317–332.

Progoff, I. (1975). *At a journal workshop.* New York: Dialogue House Library.

Project MATCH Research Group. (1993). Project MATCH: Rationale and methods for a multisite clinical trial matching patients to alcoholism treatment. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 17,* 1130–1145.

Project MATCH Research Group. (1997a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. *Journal of Studies on Alcohol,* 58(1), 7–29.

Project MATCH Research Group. (1997b). Project MATCH secondary *a priori* hypotheses. *Addiction, 92,* 1671–1698.

Project MATCH Research Group. (1998a). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH three-year drinking outcomes. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 22,* 1300–1311.

Project MATCH Research Group. (1998b). Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Treatment main effects and matching effects on drinking during treatment. *Journal of Studies on Alcohol,* 59(6), 631–639.

Project MATCH Research Group. (1998c). Therapist effects in three treatments for alcohol problems. *Psychotherapy Research, 8,* 455–474.

Quenk, N. L. (2009). *Essentials of the Myers-Briggs Type Indicator assessment* (2nd ed.). New York: Wiley.

Rachman, A. W. (1990). Judicious self-disclosure in group analysis. *Group,* 14(3), 132–144.

Rao, S. A. (1999). *The short-term impact of the family check-up: A brief motivational intervention for at-risk families.* Ph. D. Dissertation, University of Oregon, Eugene.

Reid, A. E., Cialdini, R. B., & Aiken, L. S. (2010). Social norms and health behavior. In A. Steptoe (Ed.), *Handbook of behavioral medicine: Methods and approaches* (pp. 263–274). New York: Springer.

Reinke, K., Herman, K. C., & Sprick, R. (2001). *Motivational interviewing for effective*

classroom management: The classroom check-up. New York: Guil– ford Press.

Resnicow, K., Jackson, A., Blissett, D., Wang, T., McCarty, F., Rahotep, S., et al. (2005). Results of the healthy body healthy spirit trial. *Health Psychology, 24* (4), 339–348.

Resnicow, K., Jackson, A., Braithwaite, R., Diiorio, C., Blisset, D., Rahotep, S., et al. (2002). Healthy Body/Healthy Spirit: A Church-Based Nutrition and Physical Activity Intervention. *Health Education Research,* 17(5), 562–573.

Resnicow, K., Jackson, A., Wang, T., De, A. K., McCarty, F., Dudley, W. N., et al. (2001). A motivational interviewing intervention to increase fruit and vegetable intake through Black churches: Results of the Eat for Life trial. *American Journal of Public Health,* 91(10), 1686–1693.

Resnicow, K., Kramish Campbell, M., Carr, C., McCarty, F., Wang, T., Periasamy, S., et al. (2004). Body and soul: A dietary intervention conducted through African-American churches. *American Journal of Preventive Medicine,* 27(2), 97–105.

Richardson, L. (2012). Motivational interviewing: Helping patients move toward change. *Journal of Christian Nursing,* 29(1), 18–24.

Rise, J., Thompson, M., & Verplanken, B. (2003). Measuring implementation intentions in the context of the theory of planned action. *Scandinavian Journal of Psychology, 44,* 87–95.

Roberts, M. (2001). *Horse sense for people.* Toronto, ON: Knopf.

Robles, R. R., Reyes, J. C., Colon, H. M., Sahai, H., Marrero, C. A., Matos, T. D., et al. (2004). Effects of combined counseling and case management to reduce HIV risk behaviors among Hispanic drug injectors in Puerto Rico: A randomized controlled study. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 27(2), 145–152.

Roffman, R. A., Edleson, J. L., Neighbors, C., Mbilinyi, L., & Walker, D. (2008). The men's domestic abuse check-up: A protocol for reaching the nonadjudi– cated and untreated man who batters and who abuses substances. *Violence Against Women,* 14(5), 589–605.

Rogers, C. R. (1942). *Counseling and psychotherapy.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1954). *Psychotherapy and personality change.* Chicago: University of Chicago Press.

Rogers, C. R. (1959). A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. In S. Koch (Ed.), *Psychology: The study of a science (Vol. 3). Formulations of the person and the social contexts* (pp. 184–256). New York: McGraw-Hill.

Rogers, C. R. (1962). The nature of man. In S. Doniger (Ed.), *The nature of man in theological and psychological perspective* (pp. 91–96). New York: Harper & Brothers.

Rogers, C. R. (1965). *Client-centered therapy.* New York: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1967). The interpersonal relationship: The core of guidance. In C. R. Rogers & B. Stevens (Eds.), *Person to person: The problem of being human* (pp. 89–103). Moab, UT: Real People Press.

Rogers, C. R. (1980a). Beyond the watershed: And where now? In C. R. Rogers (Ed.), *A way of being* (pp. 292–315). New York: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (Ed.). (1980b). A *way of being.* Boston: Houghton Mifflin.

Rogers, C. R. (1989). The interpersonal relationship: The core of guidance. In C. R. Rogers & B. Stevens (Eds.), *Person to person: The problem of being human* (pp. 89–103). Moab, UT: Real People Press.

Rogers, C. R., & Sanford, R. (1989). Client-centered psychotherapy. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (5th ed.). Baltimore, MD: Williams & Wilkins.

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology, 91,* 93–114.

Rohsenow, D. J., Monti, P. M., Martin, R. A., Colby, S. M., Myers, M. G., Gulliver, S. B., et al. (2004). Motivational enhancement and coping skills training for cocaine abusers: Effects on substance use outcomes. *Addiction,* 99(7), 862874.

Rokeach, M. (1973). *The nature of human values.* New York: Free Press.

Rollnick, S., Mason, P., & Butler, C. (1999). *Health behavior change: A guide for practitioners.* New York: Churchill Livingstone.

Rollnick, S., & Miller, W. R. (1995). What is motivational interviewing? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23,* 325–334.

Rollnick, S., Miller, W. R., & Butler, C. C. (2008). *Motivational interviewing in health care: Helping patients change behavior.* New York: Guilford Press.

Rollnick, S., Miller, W. R., & Heather, N. (1998). Readiness, importance, and confidence: Critical conditions of change in treatment *Treating addictive behaviors* (2nd ed., pp. 49–60). New York: Plenum Press.

Rosen, P. J., Hiller, M. L., Webster, J. M., Staton, M., & Leukefeld, C. (2004). Treatment motivation and therapeutic engagement in prison-based substance use treatment. *Journal of Psychoactive Drugs,* 36(3), 387–396.

Rosenblum, A., Foote, J., Cleland, C., Magura, S., Mahmood, D., & Kosanke, N. (2005). Moderators of effects of motivational enhancements to cognitive behavioral therapy. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse,* 31(1), 35–58.

Rosengren, D. B. (2009). *Building motivational interviewing skills: A practitioner workbook.* New York: Guilford Press.

Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T., & Christensen, B. (2005). Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice,* 55(513), 305–312.

Rubino, G., Barker, C., Roth, T., & Fearon, P. (2000). Therapist empathy and depth of interpretation in response to potential alliance ruptures: The role of therapist and patient attachment styles. *Psychotherapy Research, 10,* 408420.

Runyon, M. K., Deblinger, E., & Schroeder, C. M. (2009). Pilot evaluation of outcomes of combined parent-child cognitive-behavioral group therapy for families at risk for child physical abuse. *Cognitive and Behavioral Practice,* 16(1), 101–118.

Rush, B. R., Dennis, M. L., Scott, C. K., Castel, S., & Funk, R. R. (2008). The interaction of co-occurring mental disorders and recovery management checkups on substance abuse treatment participation and recovery. *Evaluation Review,* 32(1), 7–38.

Safran, J. D., Crocker, P., McMain, S., & Murray, P. (1990). Therapeutic alliance rupture as a therapy event for empirical investigation. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training,* 27(2), 154–165.

Safren, S. A., Otto, M. W., Worth, J. L., Salomon, E., Johnson, W., Mayer, K., et al. (2001). Two strategies to increase adherence to HIV antiretroviral medication: Life-steps and medication monitoring. *Behaviour Research and Therapy,* 39(10), 1151–1162.

Sanders, L. (2011). *Values-based motivational interviewing: Effectiveness for smoking cessation among New Mexico veterans.* Doctoral Dissertation, University of New Mexico, Albuquerque.

Santa Ana, E. J., Wulfert, E., & Nietert, P. J. (2007). Efficacy of group motivational interviewing (GMI) for psychiatric inpatients with chemical dependence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 75(5), 816–822.

Schaus, J. F., Sole, M. L., McCoy, T. P., Mullett, N., & O'Brien, M. C. (2009). Alcohol screening and brief intervention in a college student health center: A randomized controlled trial. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs Supplements* (16), 131–141.

Schermer, C. R. (2005). Feasibility of alcohol screening and brief intervention. *Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care,* 59(Suppl. 3), S119– S123.

Schermer, C. R., Moyers, T. B., Miller, W. R., & Bloomfield, L. A. (2006). Trauma center brief interventions for alcohol disorders decrease subsequent driving under the influence arrests. *Journal of Trauma,* 60(1), 29–34.

Schermer, C. R., Qualls, C. R., Brown, C. L., & Apodaca, T. R. (2001). Intoxicated motor vehicle passengers: An overlooked at-risk population. *Archives of Surgery, 136,* 1244–1248.

Schmidt, U., & Treasure, J. (1997). *Clinician's guide to getting better bit(e) by bit(e): A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders.* Hove, UK: Psychology Press/Erlbaum.

Schmiege, S. J., Broaddus, M. R., Levin, M., & Bryan, A. D. (2009). Randomized trial of group interventions to reduce HIV/STD risk and change theoretical mediators among detained adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 77(1), 38–50.

Scholl, M. B., & Schmitt, D. M. (2009). Using motivational interviewing to address college client alcohol abuse. *Journal of College Counseling,* 12(1), 57–70.

Scott, C. K., & Dennis, M. L. (2009). Results from two randomized clinical trials evaluating the impact of quarterly recovery management checkups with adult chronic substance users. *Addiction,* 104(6), 959–971.

Secades-Villa, R., Fernande-Hermida, J. R., & Arnaez-Montaraz, C. (2004). Motivational interviewing and treatment retention among drug user patients: A pilot study. *Substance Use and Misuse,* 39(9), 1369–1378.

Sellman, J. D., MacEwan, I. K., Deering, D. D., & Adamson, S. J. (2007). A comparison of motivational interviewing with non-directive counseling. In G. Tober & D. Raistrick (Eds.), *Motivational dialogue: Preparing addiction*

professionals for motivational interviewing practice (pp. 137–150). New York: Routledge.

Sellman, J. D., Sullivan, P. F., Dore, G. M., Adamson, S. J., & MacEwan, I. (2001). A randomized controlled trial of motivational enhancement therapy (MET) for mild to moderate alcohol dependence. *Journal of Studies on Alcohol,* 62(3), 389–396.

Senft, R. A., Polen, M. R., Freeborn, D. K., & Hollis, J. F. (1997). Brief intervention in a primary care setting for hazardous drinkers. *American Journal of Preventive Medicine, 13* (6), 464–470.

Severson, H. H., Peterson, A. L., Andrews, J. A., Gordon, J. S., Cigrang, J. A., Danaher, B. G., et al. (2009). Smokeless tobacco cessation in military personnel: A randomized controlled trial. *Nicotine and Tobacco Research,* 11(6), 730–738.

Sherman, D. A. K., Nelson, L. D., & Steele, C. M. (2000). Do messages about health risks threaten self?: Increasing the acceptance of threatening health messages via self-affirmation. *Personality and Social Psychology Bulletin,* 26(9), 1046–1058.

Sherman, M. D., Fischer, E., Bowling, U. B., Dixon, L., Ridener, L., & Harrison, D. (2009). A new engagement strategy in a VA-based family psychoeducation program. *Psychiatric Services,* 60(2), 254–257.

Simmons, R. G., Marine, S. K., & Simmons, R. L. (1987). *Gift of life: The effect of organ transplantation on individual, family, and societal dynamics* (2nd ed.). New Brunswick, NJ: Transaction.

Simon, S. B. (1978). *Negative criticism: Its swath of destruction and what you can do about it.* Niles, IL: Argus Communications.

Sinclair, K. S., Campbell, T. S., Carey, P. M., Langevin, E., Bowser, B., & France, C. R. (2010). An adapted postdonation motivational interview enhances blood donor retention. *Transfusion,* 50(8), 1778–1786.

Slagle, D. M., & Gray, M. J. (2007). The utility of motivational interviewing as an adjunct to exposure therapy in the treatment of anxiety disorders. *Professional Psychology: Research and Practice,* 38(4), 329–337.

Slavet, J. D., Stein, L. A., Klein, J. L., Colby, S. M., Barnett, N. P., & Monti, P. M. (2005). Piloting the family check-up with incarcerated adolescents and their parents. *Psychological Services,* 2(2), 123–132.

Smart, R. G. (1974). Employed alcoholics treated voluntarily and under constructive coercion: A follow-up study. *Quarterly Journal of Studies on Alcohol, 35,* 196–209.

Smith, D. C., Hall, J. A., Jang, M., & Arndt, S. (2009). Therapist adherence to a motivational-interviewing intervention improves treatment entry for substance-misusing adolescents with low problem perception. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs,* 70(1),

101–105.

Smith, D. E., Heckemeyer, C. M., Kratt, P. P., & Mason, D. A. (1997). Motivational interviewing to improve adherence to a behavioral weight-control program for older obese women with NIDDM: A pilot study. *Diabetes Care, 20* (1), 52–54.

Smith, J. E., & Meyers, R. J. (2004). *Motivating substance abusers to enter treatment: Working with family members.* New York: Guilford Press.

Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope.* New York: Free Press.

Sobell, L. C., Sobell, M. B., & Agrawal, S. (2009). Randomized controlled trial of a cognitive-behavioral motivational intervention in a group versus individual format for substance use disorders. *Psychology of Addictive Behaviors,* 23(4), 672–683.

Soria, R., Legido, A., Escolano, C., Lopez Yeste, A., & Montoya, J. (2006). A randomised controlled trial of motivational interviewing for smoking cessation. *British Journal of General Practice,* 56(531), 768–774.

Spirito, A., Monti, P. M., Barnett, N. P., Colby, S. M., Sindelar, H., Rohsenow, D. J., et al. (2004). A randomized clinical trial of a brief motivational intervention for alcohol-positive adolescents treated in an emergency department. *Journal of Pediatrics,* 145(3), 396–402.

Squires, D. D., & Hester, R. K. (2004). Using technical innovations in clinical practice: The Drinker's Check-up software program. *Journal of Clinical Psychology,* 60(2), 159–169.

Steele, C. M. (1988). The psychology of self-affirmation: Sustaining the integrity of the self. *Advances in Experimental Social Psychology, 21,* 261–302.

Stein, L. A. R., Colby, S. M., Barnett, N. P., Monti, P. M., Golembeske, C., & Lebeau-Craven, R. (2006). Effects of motivational interviewing for incarcerated adolescents on driving under the influence after release. *American Journal on Addictions,* 15(Suppl. 1), S50–S57.

Stein, M. D., Charuvastra, A., Maksad, J., & Anderson, B. J. (2002). A randomized trial of a brief alcohol intervention for needle exchangers (BRAINE). *Addiction,* 97(6), 691–700.

Stephenson, W. (1953). *The study of behavior: Q-technique and its methodology.* Chicago: University of Chicago Press.

Stitzer, M., & Petry, N. (2006). Contingency management for treatment of substance abuse. *Annual Review of Clinical Psychology, 2,* 411–434.

Stitzer, M. L., Petry, N. M., & Peirce, J. (2010). Motivational incentives research in the National Drug Abuse Treatment Clinical Trials Network. *Journal of Substance Abuse Treatment,* 38(Suppl. 1), S61–S69.

Stott, N., Rollnick, S., Rees, M., & Pill, R. (1995). Innovation in clinical method: Diabetes care and negotiating skills. *Family Practice,* 12(4), 413–418.

Stotts, A. L., Schmitz, J. M., Rhoades, H. M., & Grabowski, J. (2001). Motivational interviewing with cocaine-dependent patients: A pilot study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 69(5), 858–862.

Strang, J., & McCambridge, J. (2004). Can the practitioner correctly predict outcome in motivational interviewing? *Journal of Substance Abuse Treatment,* 27(1), 83–88.

Suarez, M. (2011). Application of motivational interviewing to neuropsychology practice: A new frontier for evaluations and rehabilitation. In M. R. Schoen– berg & J. G. Scott (Eds.), *The little black book of neuropsychology: A syndrome-based approach* (pp. 863–872). New York: Springer.

Sullivan, H. S. (1970). *The psychiatric interview.* New York: Norton.

Swan, M., Schwartz, S., Berg, B., Walker, D., Stephens, R., & Roffman, R. (2008). The teen marijuana check-up: An in-school protocol for eliciting voluntary self-assessment of marijuana use. *Journal of Social Work Practice in the Addictions,* 8(3), 284–302.

Switzer, G. E., Simmons, R. G., & Dew, M. A. (1996). Helping unrelated strangers:

Physical and psychological reactions to the bone marrow donation process among anonymous donors. *Journal of Applied Social Psychology, 26,* 469490.

Taveras, E. M., Gortmaker, S. L., Hohman, K. H., Horan, C. M., Kleinman, K. P., Mitchell, K., et al. (2011). Randomized controlled trial to improve primary care to prevent and manage

childhood obesity: The High Five for Kids study. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine,* 165(8), 714–722.

Tevyaw, T. O., Borsari, B., Colby, S. M., & Monti, P. M. (2007). Peer enhancement of a brief motivational intervention with mandated college students. *Psychology of Addictive Behaviors,* 21(1), 114–119.

Tevyaw, T. O., & Monti, P. M. (2004). Motivational enhancement and other brief interventions for adolescent substance abuse: Foundations, applications, and evaluations. *Addiction,* 99(Suppl. 2), S63–S75.

The Dalai Lama, & Ekman, P. (2008). *Emotional awareness.* New York: Times Books.

Thevos, A. K., Kaona, F. A., Siajunza, M. T., & Quick, R. E. (2000). Adoption of safe water behaviors in Zambia: Comparing educational and motivational approaches. *Education for Health,* 13(3), 366–376.

Thevos, A. K., Olsen, S. J., Rangel, J. M., Kaona, F. A. D., Tembo, M., & Quick, R. E. (2002). Social marketing and motivational interviewing as community interventions for safe water behaviors: Follow-up surveys in Zambia. *International Quarterly of Community Health Education,* 21(1), 51–65.

Thevos, A. K., Quick, R. E., & Yanduli, V. (2000). Motivational interviewing enhances the adoption of water disinfection practices in Zambia. *Health Promotion International,* 15(3), 207–214.

Thomas, M. L., Elliott, J. E., Rao, S. M., Fahey, K. F., Paul, S. M., & Mias– kowski, C. (2012). A randomized, clinical trial of education or motivational– interviewing-based coaching compared to usual care to improve cancer pain management. *Oncology Nursing,* 39(1), 39–49.

Thrasher, A. D., Golin, C. E., Earp, J. A., Tien, H., Porter, C., & Howie, L. (2006). Motivational interviewing to support antiretroviral therapy adherence: The role of quality counseling. *Patient Education and Counseling,* 62(1), 64–71.

Trice, H. M., & Beyer, J. M. (1984). Work-related outcomes of the constructive–confrontation strategy in a job-based alcoholism program. *Journal of Studies on Alcohol, 45,* 393–404.

Truax, C. B. (1966). Reinforcement and non-reinforcement in Rogerian psychotherapy. *Journal of Abnormal Psychology, 71,* 1–9.

Truax, C. B., & Carkhuff, R. R. (1967). *Toward effective counseling and psychotherapy.* Chicago: Aldine.

Uebelacker, L. A., Hecht, J., & Miller, I. W. (2006). The family check-up: A pilot study of a brief intervention to improve family functioning in adults. *Family Process,* 45(2), 223–236.

UKATT Research Team. (2001). United Kingdom alcohol treatment trial (UKATT): Hypotheses, design and methods. *Alcohol and Alcoholism,* 36(1), 11–21.

UKATT Research Team. (2005). Effectiveness of treatment for alcohol problems: Findings of the randomized UK alcohol treatment trial (UKATT). *British Medical Journal, 331,* 541–544.

Vader, A. M., Walters, S. T., Prabhu, G. C., Houck, J. M., & Field, C. A. (2010).

The language of motivational interviewing and feedback: Counselor language, client language, and client drinking outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors,* 24(2), 190–197.

Valanis, B., Lichtenstein, E., Mullooly, J. P., Labuhn, K., Brody, K., Severson, H. H., et al. (2001). Maternal smoking cessation and relapse prevention during health care visits. *American Journal of Preventive Medicine,* 20(1), 1–8.

Valanis, B., Whitlock, E. E., Mullooly, J., Vogt, T., Smith, S., Chen, C., et al. (2003). Screening rarely screened women: Time-to-service and 24–month outcomes of tailored interventions. *Preventive Medicine,* 37(5), 442–450.

Valle, S. K. (1981). Interpersonal functioning of alcoholism counselors and treatment outcome. *Journal of Studies on Alcohol, 42,* 783–790.

van Keulen, H. M., Mesters, I., Ausems, M., van Breukelen, G., Campbell, M., Resnicow, K., et al. (2011). Tailored print communication and telephone motivational interviewing are equally successful in improving multiple lifestyle behaviors in a randomized controlled trial. *Annals of*

Behavioral Medicine, 41, 104–118.

Van Ryzin, M. J., Stormshak, E. A., & Dishion, T. J. (2012). Engaging parents in the family check-up in middle school: Longitudinal effects on family conflict and problem behavior through the high school transition. *Journal of Adolescent Health.*

VanWormer, J. J., & Boucher, J. L. (2004). Motivational interviewing and diet modification: A review of the evidence. *The Diabetes Educator,* 30(3), 404406, 408–410, 414–406, passim.

Velasquez, M. M., von Sternberg, K., Dodrill, C., Kan, L., & Parsons, J. (2005). The transtheoretical model as a framework for developing substance abuse interventions. *Journal of Addictions Nursing,* 16(1), 31–40.

Velasquez, M. M., Maurer, G. G., Crouch, C., & DiClemente, C. C. (2001). *Group treatment for substance abuse: A stages of change therapy manual.* New York: Guilford Press.

Villanueva, M., Tonigan, J. S., & Miller, W. R. (2007). Response of Native American clients to three treatment methods for alcohol dependence. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse,* 6(2), 41–48.

Viscott, D. S. (1972). *The making of a psychiatrist.* Westminster, MD: Arbor House.

Vong, S. K., Cheing, G. L., Chan, F., So, E. M., & Chan, C. C. (2011). Motivational enhancement therapy in addition to physical therapy improves motivational factors and treatment outcomes in people with low back pain: A randomized controlled trial. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation, 92* (2), 176–183.

Vuchinich, R. E., & Heather, N. (Eds.). (2003). *Choice, behavioral economics, and addiction.* New York: Pergamon.

Wagener, T. L., Leffingwell, T. R., Mignogna, J., Mignogna, M. R., Weaver, C. C., Cooney, N. J., et al. (2012). Randomized trial comparing computer-delivered and face-to-face personalized feedback interventions for high-risk drinking among college students. *Journal of Substance Abuse Treatment.*

Wagner, C. C., & Ingersoll, K. S. (2009). Beyond behavior: Eliciting broader change with motivational interviewing. *Journal of Clinical Psychology,* 65(11), 1180–1194.

Wagner, C. C., & Ingersoll, K. S. (in press). *Motivational interviewing in groups.* New York: Guilford Press.

Wahab, S., Menon, U., & Szalacha, L. (2008). Motivational interviewing and colorectal cancer screening: A peek from the inside out. *Patient Education and Counseling, 72,* 210–217.

Waldron, H. B., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (2001). Client anger as a predictor of differential response to treatment. In R. Longabaugh & P. W. Wirtz (Eds.), *Project MATCH hypotheses: Results and causal chain analyses* (Vol. 8, pp. 134–148). Bethesda, MD: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism.

Walker, D. D., Roffman, R. A., Picciano, J. F., & Stephens, R. S. (2007). The check-up: In-person, computerized, and telephone adaptations of motivational enhancement treatment to elicit voluntary participation by the contemplator. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 2,* 2.

Walker, D. D., Roffman, R. A., Stephens, R. S., Wakana, K., Berghuis, J., & Kim, W. (2006). Motivational enhancement therapy for adolescent marijuana users: A preliminary randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 74(3), 628–632.

Walters, S. T., Clark, M. D., Gingerich, R., & Meltzer, M. L. (2007). *Motivating offenders to change: A guide for probation and parole.* Washington, DC: National Institute of Corrections, U. S. Department of Justice.

Walters, S. T., Hester, R. K., Chiauzzi, E., & Miller, E. (2005). Demon rum: Hightech solutions to an age-old problem. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 29* (2), 270–277.

Walters, S. T., Ogle, R., & Martin, J. E. (2002). Perils and possibilities of group– based motivational interviewing. In W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change* (2nd ed., pp. 377–390). New York: Guilford Press.

Walters, S. T., Vader, A. M., Nguyen, N., Harris, T. R., & Eells, J. (2010). Motivational

interviewing as a supervision strategy in probation: A randomized effectiveness trial. *Journal of Offender Rehabilitation,* 49(5), 309–323.

Walton, M. (1986). *The Deming management method.* New York: Perigee.

Wampold, B. E. (2007). Psychotherapy: The humanistic (and effective) treatment. *American Psychologist,* 62(8), 855–873.

Watkins, C. L., Auton, M. F., Deans, C. F., Dickinson, H. A., Jack, C. I., Light– body, C. E., et al. (2007). Motivational interviewing early after acute stroke: A randomized, controlled trial. *Stroke,* 38(3), 1004–1009.

Watkins, C. L., Wathan, J. V., Leathley, M. J., Auton, M. F., Dickinson, H. A., Sutton, C. J., et al. (2011). The 12–month effects of early motivational interviewing after acute stroke: A randomized controlled trial. *Stroke, 42* (7), 1956–1961.

Webber, K. H., Tate, D. F., & Quintiliani, L. M. (2008). Motivational interviewing in internet groups: A pilot study for weight loss. *Journal of the American Dietetic Association,* 108(6), 1029–1032.

Weinstein, P., Harrison, R., & Benton, T. (2004). Motivating parents to prevent caries in their young children: One-year findings. *Journal of the American Dental Association,* 135(6), 731–738.

Weinstein, P., Harrison, R., & Benton, T. (2006). Motivating mothers to prevent

caries: Confirming the beneficial effect of counseling. *Journal of the American Dental Association,* 137(6), 789–793.

Welch, G., Rose, G., Hanson, D., Lekarcyk, J., Smith-Ossman, S., Gordon, T., et al. (2003). Changes in Motivational Interviewing Skills Code (MISC) scores following motivational interviewing training for diabetes educators. *Diabetes,* 52(Suppl. 1), A421.

Welch, G., Zagarins, S. E., Feinberg, R. G., & Garb, J. L. (2011). Motivational interviewing delivered by diabetes educators: Does it improve blood glucose control among poorly controlled type 2 diabetes patients? *Diabetes Research and Clinical Practice,* 91(1), 54–60.

Westerberg, V. S., Miller, W. R., & Tonigan, J. S. (2000). Comparison of outcomes for clients in randomized versus open trials of treatment for alcohol use disorders. *Journal of Studies on Alcohol, 61,* 720–727.

Westra, H. A. (2012). *Motivational interviewing in the treatment of anxiety.* New York: Guilford Press.

White, W. L., & Miller, W. R. (2007). The use of confrontation in addiction treatment: History, science, and time for a change. *The Counselor,* 8(4), 12–30.

Woodall, W. G., Delaney, H., Rogers, E., & Wheeler, D. (2000). A randomized trial of victim impact panels' DWI deterrence effectiveness. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 24(Suppl.), 113A (abstract).

Woodall, W. G., Delaney, H. D., Kunitz, S. J., Westerberg, V. S., & Zhao, H. (2007). A randomized trial of a DWI intervention program for first offenders: Intervention outcomes and interactions with antisocial personality disorder among a primarily American-Indian sample. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research,* 31(6), 974–987.

Worthington, E. L., Jr. (2003). *Forgiving and reconciling: Bridges to wholeness and hope.* Downers Grove, IL: InterVarsity Press.

Worthington, E. L., Jr. (Ed.). (2005). *Handbook of forgiveness.* New York: Rout– ledge.

Wulfert, E., Blanchard, E. B., Freidenberg, B. M., & Martell, R. S. (2006). Retaining pathological gamblers in cognitive behavior therapy through motivational enhancement: A pilot study. *Behavior Modification,* 30(3), 315–340.

Yahne, C. E., & Miller, W. R. (1999). Evoking hope. In W. R. Miller (Ed.), *Integrating spirituality into treatment: Resources for practitioners* (pp. 217–233). Washington, DC: American Psychological Association.

Yevlahova, D., & Satur, J. (2009). Models for individual oral health promotion and their effectiveness: A systematic review. *Australian Dental Journal,* 54(3), 190–197.

Zweben, A. (1991). Motivational counseling with alcoholic couples. In W. R. Miller &

S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing: Preparing people to change addictive behavior* (pp. 225–235). New York: Guilford Press.