Мотивационное интервьюирование в практике врача-стоматолога

Н.Ю. АНИСИМОВА*, асп.
С.А. РАБИНОВИЧ*, д.м.н., проф., зав. кафедрой
Е.Н. АНИСИМОВА*, к.м.н., доцент
Н.А. СИРОТА**, д.п.н., проф.
*Кафедра обезболивания в стоматологии
**Кафедра клинической психологии
МГМСУ им. А.И. Евдокимова

Motivational interviewing in dental practice

N.Yu. ANISIMOVA, S.A. RABINOVICH, E.N. ANISIMOVA, N.A. SIROTA

Резюме: **По данным литературы, около 5% взрослого населения испытывают чрезвычайный страх перед стоматологическим вмешательством, 20-30% испытывают сильный или умеренный страх. Визит к стоматологу для таких пациентов является психоэмоциональным стрессом. Впервые в амбулаторной стоматологической практике показана эффективность применения метода мотивационного интервьюирования (МИ) с целью снижения страха, волнения и тревожности пациентов. 224 человека (мужчины и женщины в возрасте от 18 до 57 лет) проходили тестирование по шкале Спилбергера-Ханина (ситуативная тревожность) и Шварцера, Ромека, Ерусалема (самоэффективность). Также проводили оценку изменений их функциональных показателей (АД, ЧСС, ЧД) до и после вмешательства. Использование мотивационного интервьюирования позволяет повысить безопасность стоматологических вмешательств, а познавание страхов и ожиданий пациента помогает избежать конфликтных ситуаций.**
Ключевые слова: **психоэмоциональное напряжение пациентов перед приемом, стоматофобия, мотивационное интервьюирование, ситуативная тревожность, функциональные показатели, безопасность вмешательства.**

Abstract: **According to the literature about 5% of the adult population experiencing extreme fear of dental treatment, 20-30% experience severe or moderate fear. A visit to the dentist for these patients is the psychoemotional stress. For the first time in outpatient dental practice, the efficiency of application of motivational interviewing (MI) to reduce fear, excitement and anxiety of patients was applied. 224 people (men and women aged 18 to 57 years) were tested on the scale of the Spielberger-Hanin (situational anxiety) and Schwarzer, Romek, Erusalema (self-efficacy). Assessed for changes in their functional parameters (blood pressure, heart rate, breathing rate) before and after the intervention. The use of motivational interviewing increases the safety of dental procedures, and cognition fears and expectations of the patient helps to avoid conflict situations.**
Key words: **patient's psycho-emotional pressure before dental treatment, fear of dental treatment, motivational interviewing, situational uneasiness, functional indicators, safety of dental intervention.**

Психология сегодня позволяет решать множество вопросов, связанных с взаимоотношениями людей во всем мире. Ее законы одновременно и так просты, и так многоформны, что иногда кажется – не ты владеешь ее навыками, а она тобой.

На стоматологическом приеме формируется модель взаимоотношений врача с пациентом, у которой есть множество особенностей [1, 2]: чаще всего пациент испытывает волнение, напряжение перед вмешательством [3, 5, 15]; ему необходимо довериться врачу, его рукам, мыслям, а также соблюдать приверженность стоматологическому лечению в дальнейшем. Не стоит также забывать, что любая система строится не на одном ките – врач тоже участвует в терапевтическом альянсе – тратит свои силы, эмоции, время [7, 8]. Исход практически всегда один – не знакомые друг другу люди начинают общую работу, а вот результаты разнятся [9].

Важно отметить, что для успешных взаимоотношений с пациентом врачу вне зависимости от его характера и типа темперамента [11, 12] следует придерживаться нескольких правил мотивационного интервьюирования [20, 21]. Ранее данный способ использовался при лечении больных, страдающих алкоголизмом и наркоманией [16 18, 21, 22], позднее стал применяться при ведении кардиологических больных в послеоперационном периоде [25]. Ведущей особенностью данного способа является то, что для пациента нет четких указаний: «Делайте так и никогда не делайте по другому». При существующих четких правилах человеку всегда хочется их нарушать [16, 20, 24], а в случае предоставления помощи стоматологическим пациентам, когда итоги работы видны сразу и стоят довольно дорого, несоблюдение некоторых рекомендаций врача может привести к конфликтной ситуации [19, 23].

Другой причиной применения способа мотивационного интервьюирования в амбулаторной практике врача стоматолога стал тот факт, что большинство заболеваний в челюстно лицевой области сопровождаются болезненными ощущениями. Нервно психическое напряжение и страх на приеме у врача стоматолога испытывают от 49% [15] до 84% [3] больных. Проведенные исследования свидетельствуют, что около 5% взросло

Таблица 1. **Результаты исследований (данные рассчитаны по системе t критерия парных выборок, p ≤ 0,05)**

Группа, кол во человек	Ситуационная тревожность		АД систолическое		АД диастолическое		ЧСС		ЧД	
	до МИ	после	до МИ	после	до МИ	после	до МИ	после	до МИ	после
I (32)	24,51 ± 3,93	15,52 ± 3,48	126,71 ± 8,27	119,34 ± 7,69	80,28 ± 5,99	78,15 ± 5,31	78,18 ± 3,71	71,03 ± 2,79	19,34 ± 1,61	16,31 ± 0,78
II (49)	37,22 ± 4,71	18,27 ± 3,02	129,81 ± 8,50	118,91 ± 5,17	79,08 ± 5,98	76,36 ± 4,76	80,69 ± 6,78	68,85 ± 5,09	19,45 ± 1,62	16,57 ± 0,91
III (34)	37,06 ± 4,36	15,65 ± 3,15	127,08 ± 8,20	119,26 ± 7,46	80,32 ± 5,81	78,17 ± 5,15	78,44 ± 3,75	70,08 ± 3,20	19,41 ± 1,63	16,38 ± 0,81
IV (52)	54,44 ± 5,77	16,59 ± 3,63	135,73 ± 9,20	117,93 ± 8,17	82,00 ± 6,21	78,02 ± 5,49	81,15 ± 5,30	69,53 ± 3,64	19,48 ± 1,46	16,52 ± 0,78
V (43)	54,14 ± 5,24	17,59 ± 3,71	136,23 ± 9,78	118,53 ± 8,13	81,09 ± 6,21	78,02 ± 6,03	80,39 ± 5,21	69,25 ± 3,35	19,20 ± 1,55	16,44 ± 0,88

го населения испытывают чрезвычайный страх перед стоматологическим вмешательством, 20 30% испытывают сильный или умеренный страх, то есть визит к стоматологу для них является психоэмоциональным стрессом [7, 11]. Лечение данных больных может вызвать обострения существующих соматических патологий [3, 13, 15], а также формирование стойкой боязни стоматологического лечения – стоматофобии.

Страх перед стоматологическим вмешательством у пациентов может не только выражаться в общем беспокойстве, тревожном настроении и панике, но также приводить к изменению гемодинамических показателей, дыхания, уровня сахара в крови, усилению потоотделения, а также неотложным состояниям [5, 10].

Таким образом, перед врачом стоят две основные задачи: обеспечение комфорта и безопасности проводимого вмешательства, которые приобретают особую актуальность при лечении больных с сопутствующей патологией.

От того, как выстроятся межличностные отношения, в значительной мере будет зависеть и результат лечения [4, 9]. Стоматолог не может рассчитывать на успех в своей работе, не применив индивидуальный психологический подход к каждому конкретному пациенту [2].

Существует опыт применения рациональной психотерапии и релаксации у пациентов, испытывающих страх перед вмешательством [14], растет популярность гипноза, как во взрослой, так и в детской практике.

Другим способом эффективной коррекции стоматофобии является метод поведенческой терапии, однако он насчитывает более 15 индивидуальных методик [6, 11], что значительно усложняет задачу врача стоматолога, не имеющего специальной подготовки.

Метод мотивационного интервьюирования (МИ) в стоматологической практике необходим для познавания страхов пациента, его ожиданий, устранения проблемы неприверженности стоматологическому лечению, неявки на последующие приемы, профилактики конфликтных ситуаций.

МИ – это системный консультативный подход к проблемам пациента, направленный на формирование мотивации пациента к изменению его поведения. Он основан на выявлении его побуждений к действию и оказании результативного влияния на внутренне мотивационную динамику поведения пациента. Стратегия врача при использовании данного способа подразумевает не диктат правил, а мобилизацию его внутренних мотивационных механизмов. Подходы метода опираются на следующие положения о природе мотивации: мотивация многомерна, динамична, неустойчива и интерактивна; мотивация – это ключ к изменению, который можно преобразовывать в ходе лечения; стиль работы врача и всего медицинского персонала сильно влияет на мотивацию пациента.

Главным компонентом личностного роста, который и дает толчок к постановке целей, является процесс самоактуализации и опыт человеческого внутреннего «я». В таком контексте мотивация приобретает новые свойства целенаправленного и позитивно ориентированного явления, работающего в интересах личности.

Мотивация дана человеку с рождения, но, тем не менее, поддается влиянию посторонних людей и окружающих факторов, причем внутренние факторы – это основа изменений, а внешние – это условия изменений. На мотивацию личности влияет семья, друзья, личные переживания и поддержка общества.

Для эффективного взаимодействия с пациентом и настраивания его на волну изменений, врач может придерживаться следующей стратегии: сконцентрироваться на сильных сторонах пациента, не обращая внимания на его слабости; уважать независимость и самостоятельные решения пациента; сделать лечение индивидуальным, а пациента центром всего происходящего; развивать терапевтическое партнерство; проявлять сочувствие и не оказывать авторитарное давление; принять во внимание предыдущие попытки лечения; задать новые цели лечения, включая промежуточные, пошаговые и даже временные этапы достижения.

Мотивационное интервьюирование следует определенным принципам:

1. Выражать эмпатию (осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека без потери ощущения внешнего происхождения этого переживания).
2. Усиливать противоположности суждений пациента.
3. Не вызывать сопротивления пациента.
4. Подкреплять позитивную самооценку пациента.

Недостатком традиционного способа МИ является тот факт, что на него тратится более часа времени, что невозможно применить на стоматологическом приеме, так как в негосударственных клиниках на каждого пациента отводится период времени, равный часу, максимум двум, а в государственных поликлиниках на каждого пациента в среднем отводится лишь 20 минут.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обеспечение проведения стоматологического лечения в полном объеме у пациентов, испытывающих психоэмоциональное напряжение, не приверженных стоматологическому лечению и конструктивному взаи

модействию с врачом в амбулаторной стоматологической практике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Нами был разработан алгоритм проведения метода мотивационного интервьюирования в амбулаторной стоматологической практике, состоящий из следующих действий:

1. Знакомство с врачом стоматологом, проведение психологических тестирований: «Ситуативная тревожность» Спилбергера Ханина и «Самоэффективность» Шварцера, Ромека, Ерусалема.

2. Определение функционального состояния пациента: измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхания.

По результатам обследования всех пациентов делят на шесть групп:

0) пациенты с низкой тревожностью и высокой самоэффективностью;

I) пациенты с низкой тревожностью и низкой самоэффективностью;

II) пациенты со средней тревожностью и высокой самоэффективностью;

III) пациенты со средней тревожностью и низкой самоэффективностью;

IV) пациенты с высокой тревожностью и высокой самоэффективностью;

V) пациенты с высокой тревожностью и низкой самоэффективностью.

Для пациентов каждой группы были определены следующие действия:

1. Пациенты с низкой тревожностью и высокой самоэффективностью (0) способны побороться со своим незначительным волнением без посторонней помощи в случае внимательного обращения врача и грамотно составленного им плана лечения с полной информацией о каждом из предстоящих вмешательств.

2. Пациентам с низкой тревожностью и низкой самоэффективностью (I) необходимо провести мотивационное интервью на первом посещении, где следует ответить на все беспокоящие пациента вопросы и предоставить полную информацию о каждом виде вмешательства в доброжелательной атмосфере. Пациентам этой группы следует выражать поддержку любых шагов на пути к изменениям состояния здоровья полости рта, их оптимистичного настроя и позитивно оценивать их результаты.

3. Для эффективного сотрудничества с пациентами со средней тревожностью и высокой самоэффективностью (II) требуется от двух трех посещений с мотивационным интервью, во время проведения которых следует проявлять эмпатию через рефлективное слушание, избегать споров и открытого противостояния.

4. В случае взаимодействия с пациентами группы средней тревожности и низкой самоэффективности (III) необходимо провести пять посещений с мотивационным интервью. В начале каждой встречи проявлять эмпатию по отношению к пациенту, его ощущениям и мыслям, следует избегать конфронтаций с пациентом, плавно перенастраивать его сопротивление лечению и поддерживать любые положительные результаты.

5. У пациентов с высокой тревожностью и высокой самоэффективностью (IV) проведение мотивационного интервью необходимо на каждом посещении с преобладанием стиля ведения беседы, снижающего сопротивление пациента. Таким пациентам необходима поддержка врача, семьи и близких друзей, а постоянно присутствующая эмпатия в отношениях между врачом и пациентом усиливает эффективность лечения. Такие пациенты любят вступать в споры и долговременные обсуждения вопросов, часто слыша лишь себя, поэтому врачу стоматологу желательно перевести акцент на амбивалентность суждений пациента. В первое посещение таких пациентов не рекомендуется подвергать травматичным вмешательствам, а только познакомить с обстановкой кабинета и, внимательно обследовав, провести профессиональную гигиену, конечно, если причина обращения не острая боль. Нужно отметить, что в случае длительного алгоритма лечения некоторых заболеваний перерывы между посещениями не должны превышать 10 дней. Это связано с периодом выживания мотивации к лечению и профилактикой прохождения стадии срыва у пациента. Реабилитационные перерывы не стоит продлевать более четырех месяцев.

6. В группе пациентов с высокой тревожностью и низкой самоэффективностью (V) первым этапом взаимодействия может стать фармакологическая коррекция эмоционального состояния (тенотен, грандаксин, гомеопатические препараты). Так же, как и в вышеописанной группе, этих пациентов следует оберегать травматических вмешательств в первые три посещения, чтобы адаптация к новой обстановке, вызывающей сопротивление и сильный страх, прошла мягче. Ощущения понимания и эмпатии со стороны врача помогают пациентам этой группы преодолевать эмоциональное сопротивление лечению. Срывы у таких пациентов происходят чаще на 45%, чем у пациентов с высокой тревожностью и высокой самоэффективностью, что связано с отсутствием выраженного самоуважения, поэтому эффективность взаимодействия врача с пациентом и, соответственно, результаты лечения будут во много зависеть от поддержки родственников и близких людей. Сомнения этих пациентов и нежелание что либо менять в состоянии полости рта должны быть озвучены врачом и скорректированы согласно положению об амбивалентности (двойственность отношения к чему либо) суждений. Посещение врача стоматолога такими пациентами может происходить в присутствии родственников и близких людей, чье поведение должно быть тоже скорректировано врачом стоматологом, согласно принципам мотивационного интервью.

Объективная оценка эффективности метода мотивационного интервью определялась следующими способами:

Измерением динамики уровня ситуативной тревожности по шкале Спилбергера Ханина, которая проводилась до и после лечения. Проведенное мотивационное интервью считалось успешным, если уровень тревожности по отношению к исходному снижался до значений низкого уровня тревожности в группах с I по V. Артериальное давление и частота сердечных сокращений измерялись тонометром Omron2, частота дыхания – по количеству экскурсий грудной клетки в минуту.

Ситуативная тревожность снижалась: в группе I – на 9,0%, в группе II – 18,9%, в группе III – на 21,41%, в группе IV – на 37,86%, в группе V – на 37,34%. Объективный контроль функционального состояния проводился с помощью измерения АД, ЧСС, ЧД до и после лечения. При успешном его проведении, АД систолическое снижалось: в группе I – на 8,37%, в группе II – на 10,89%, в группе III – на 7,82%, в группе IV – на 17,8%, в группе V – на 17,69% ($p <= 0,05$). АД диастолическое снижалось: в группе I – на 2,12%, в группе II – на 2,71%, в группе III – на 2,14%, в группе IV – на 3,57%, в группе V – на 3,9% ($p <= 0,05$). Показатель ЧСС снижался: в группе I – на 9,1%, в группе II – на 14,4%, в группе III – на 15,6%, в группе IV – на 17,3%, в группе V – на 18,1%

(p <= 0,05). Частота дыхания снижалась: в группе I – на 13,8%, в группе II – на 14,1%, в группе III – на 14,8%, в группе IV – на 15,3%, в группе V – на 15,9% (p <= 0,05). Полученные результаты приведены в табл. 1.

Следует учитывать, что в случае планирования длительного лечения некоторых заболеваний перерывы между посещениями не должны превышать более 10 дней. Это связано с периодом выживания мотивации к лечению и профилактикой прохождения стадии срыва у пациента. Реабилитационные перерывы не стоит продлевать более четырех месяцев.

Таким образом, метод мотивационного интервью снижает как эмоциональное сопротивление пациента (волнение, страх), так и его функциональные проявления (артериальное давление, пульс, частота дыхания), уменьшая потребность в использовании медикаментозной коррекции. Сопротивление пациента зависит от настроя врача: его внимания к проблемам пациента, умения сопереживать, а также оказывать поддержку и позитивно направлять мысли пациента. Безусловно, успешное использование данного метода требует навыков, выработанных врачом стоматологом в ходе специальных обучающих семинаров при участии профессиональных клинических психологов, однако этот путь профилактики неотложных состояний пациента, а также конфликтных ситуаций менее затратный, чем конфликтные и судебные разбирательства.

Поступила 03.07.2013

Координаты для связи с авторами:
127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20/1
МГМСУ им. А.И. Евдокимова
Кафедра обезболивания в стоматологии

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алекминская А. Ф. Врач-стоматолог: психологический анализ личностных особенностей в профессиональной деятельности // Институт стоматологии. 2006. №4 (33). С. 18-19.

Alekminskaja A. F. Vrach-stomatolog: psihologicheskij analiz lichnostnyh osobennostej v professional'noj dejatel'nosti // Institut stomatologii. 2006. №4 (33). S. 18-19.

2. Айер У. Психология в стоматологической практике. – СПб., 2008. – 212 с.

Ajer U. Psihologija v stomatologicheskoj praktike. – SPb., 2008. – 212 s.

3. Бизяев А. Ф. Обезболивание у больных с сопутствующей патологией в условиях стоматологической поликлиники: Автореф. … дис. канд. мед. наук. – М., 1989. – С. 30-31.

Bizjaev A. F. Obezbolivanie u bol'nyh s soputstvujushchej patologiej v uslovijah stomatologicheskoj polikliniki: Avtoref. … dis. kand. med. nauk. – M., 1989. – S. 30-31.

4. Гросицкая И. К. Отсроченные визиты к стоматологу и их связь с личностными особенностями пациента: Дис. ... канд. мед. наук. – М.: МГМСУ, 2002. – С. 36-51.

Grosickaja I. K. Otsrochennye vizity k stomatologu i ih svjaz' s lichnostnymi osobennostjami pacienta: Dis. ... kand. med. nauk. – M.: MGMSU, 2002. – S. 36-51.

5. Гуревич К. Г. Индивидуальные особенности реакций регуляторных систем организма на стресс и методы их коррекции: Дис. … д-ра мед. наук. – М., 2002. – С. 94-110.

Gurevich K. G. Individual'nye osobennosti reakcij reguljatornyh sistem organizma na stress i metody ih korrekcii: Dis. … d-ra med. nauk. – M., 2002. – S. 94-110.

6. Карвасарский Б. Д. Психотерапия. – СПб., 2011. – С. 45-51.

Karvasarskij B. D. Psihoterapija. – SPb., 2011. – S. 45-51.

7. Ларенцова Л. И. Профессиональный стресс стоматологов. – СПб.: Мед. книга, 2006. – С. 98-113.

Larencova L. I. Professional'nyj stress stomatologov. – SPb.: Med. kniga, 2006. – S. 98-113.

8. Ларенцова Л. И. Психологические подходы в стоматологической практике. – М.: Мед. книга, 2007. – С. 11-38.

Larencova L. I. Psihologicheskie podhody v stomatologicheskoj praktike. – M.: Med. kniga, 2007. – S. 11-38.

9. Максимовский Ю. М., Ларенцова Л. И. Межличностные взаимоотношения стоматолога с пациентом – важная составляющая в стоматологической практике // Стоматология для всех. 2006. №4. С. 34-37.

Maksimovskij Ju. M., Larencova L. I. Mezhlichnostnye vzaimootnoshenija stomatologa s pacientom – vazhnaja sostavljajushchaja v stomatologicheskoj praktike // Stomatologija dlja vseh. 2006. №4. S. 34-37.

10. Михальченко В. Ф. Системные механизмы формирования эмоционального напряжения человека в условиях стоматологического приема: Дис. ... д-р мед. наук. – Волгоград: ВМА, 2002. – С. 53-84.

Mihal'chenko V. F. Sistemnye mehanizmy formirovanija emocional'nogo naprjazhenija cheloveka v uslovijah stomatologicheskogo priema: Dis. ... d-r med. nauk. – Volgograd: VMA, 2002. – S. 53-84.

11. Молчанов А. С. Технология управлением поведением по Б.Ф. Скиннеру // Педагогика и психология в высшем медицинском образовании: сборник научных статей фак-та педагогического образования в высшей медицинской школе. Ч. 1. – М.: МГМСУ, 2011. – С. 27-38.

Molchanov A. S. Tehnologija upravleniem povedeniem po B.F. Skinneru // Pedagogika i psihologija v vysshem medicinskom obrazovanii: sbornik nauchnyh statej fak-ta pedagogicheskogo obrazovanija v vysshej medicinskoj shkole. Ch. 1. – M.: MGMSU, 2011. – S. 27-38.

12. Молчанов А. С. Бихевиористский подход в образовании // Педагогика и психология в высшем медицинском образовании: сб. научн. статей фак-та педагогического образования в высшей медицинской школе. Ч. 1. – М.: МГМСУ, 2011. – С. 38-47.

Molchanov A. S. Bihevioristskij podhod v obrazovanii // Pedagogika i psihologija v vysshem medicinskom obrazovanii: sb. nauchn. statej fak-ta pedagogicheskogo obrazovanija v vysshej medicinskoj shkole. Ch. 1. – M.: MGMSU, 2011. – S. 38-47.

13. Московец О. Н., Демина Н. А., Рабинович С. А. Влияние эмоционального состояния на болевую чувствительность зубов у пациентов на амбулаторном стоматологическом приеме // Стоматология. 2003. №1. С. 44-47.

Moskovec O. N., Demina N. A., Rabinovich S. A. Vlijanie emocional'nogo sostojanija na bolevuju chuvstvitel'nost' zubov u pacientov na ambulatornom stomatologicheskom prieme // Stomatologija. 2003. №1. S. 44-47.

14. Райнов Н. А. Комплексное лечение стоматологических больных в клинике терапевтической стоматологии с применением психотерапии: Дис. … канд. мед. наук. – М., 1986. – С. 112-120.

Rajnov N. A. Kompleksnoe lechenie stomatologicheskih bol'nyh v klinike terapevticheskoj stomatologii s primeneniem psihoterapii: Dis. … kand. med. nauk. – M., 1986. – S. 112-120.

15. Рабинович С. А. Оценка потребности в проведении местной анестезии на амбулаторном стоматологическом приеме // Клиническая стоматология. 2011. №3. С. 15.

Rabinovich S. A. Ocenka potrebnosti v provedenii mestnoj anestezii na ambulatornom stomatologicheskom prieme // Klinicheskaja stomatologija. 2011. №3. S. 15.

16. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. – М.: ИЦ «Академия», 2003. – 176 с.

Sirota N. A., Jaltonskij V. M. Profilaktika narkomanii i alkogolizma: Uchebnoe posobie dlja studentov vysshih uchebnyh zavedenij. – M.: IC «Akademija», 2003. – 176 s.

17. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Мотивация в контексте первичной, вторичной и третичной профилактики наркоманий // Наркология. 2002. №8.

Sirota N. A., Jaltonskij V. M. Motivacija v kontekste pervichnoj, vtorichnoj i tretichnoj profilaktiki narkomanij // Narkologija. 2002. №8.

18. Сирота Н. А., Ялтонский В. М. Работа с мотивацией // Рук-во по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ / под ред. Ю.В. Валентика, Н.А. Сирота. – М.: Литера, 2002.

Sirota N. A., Jaltonskij V. M. Rabota s motivaciej // Ruk-vo po reabilitacii bol'nyh s zavisimost'ju ot psihoaktivnyh veshchestv / pod red. Ju.V. Valentika, N.A. Sirota. – M.: Litera, 2002.

19. Baker A., Dixon J. Motivational interviewing for HIV risk reduction in W.R. Miller, S. Rollnick B.P. (ed) Motivational interviewing: preparing people to change addictive behavior. –New York: Guilford Press, 1991. – P. 293-302.

20. Miller W. R. Motivation enhancement therapy: description of counseling approach. Approaches to drug abuse counseling // NIDA. 2000. July. P. 99-106.

21. Miller W. R., Sovereign R. G. The chek-up: a model for early intervention in addictive behaviors in T. Loberg, W.R. Miller, P.E. Nathan, G.A. Marlatt (ed) Addictive behaviors: prevention and early intervention. – Amsterdam: Swets and Zeitlinger, 1989. – P. 219-231

22. Miller W. R., Sanches V. C. Motivating young adults for treatment and lifestyle change in G. Howard (ed) Issues in alcohol use and misuse by young adults. – Notre Dame: University Notre Dame Press, 1994. – P. 55, 82.

23. Prochaska J., DiClemente C., Norcross J. In search of how people change: Applications to addictive behaviors // American Psychologist. 1992. №47. P. 1102-1114, 19-34.

24. Rawitscher L. A., Saitz R., Friedman L. S. Adolescents preferences regarding human immunodeficiency virus (HIV)-related physician counseling and HIP testing // Pediatrics. 1995. P. 114.

25. Rollinck S., Mason P., Putler C. Health behavior change. A Guide for practitioners. Churchill Livingston, 1999. – P. 98-113.