

Руководство

по проведению тренинга

Консультирование
по приверженности лечению
ВИЧ-инфекции и туберкулеза



WWW.HIVTB-ALMATY.KZ

Алматы 2016

Общественный фонд «СПИД Фонд Восток-Запад в Казахстане»
– казахстанская некоммерческая организация, работающая в
сфере общественного здравоохранения.

Наша миссия – создание условий, при которых, каждый жи-
тель Республики Казахстан, независимо от пола, возраста,
сексуальных, религиозных и других предпочтений или осо-
бенностей, имел бы беспрепятственный доступ к качествен-
ным услугам по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и дру-
гих социально-значимых заболеваний.

Данное руководство разработано в рамках проекта **«Усиление
роли негосударственного сектора в оказании качественных
услуг по ТБ и ВИЧ, ориентированных на нужды пациентов»**.

Проект финансируется правительством Нидерландов и реали-
зуется в партнёрстве с Представительством KNCV в Цен-
тральной Азии.

*** * ***

Оглавление

Общая информация.....	4
Тренинг	5
Вводная часть	5
Стратегии борьбы с ВИЧ и ТБ	5
Приверженность лечению	6
Консультирование.....	7
Общие вопросы консультирования	7
Клиент-центрированное консультирование	7
Мотивационное интервьюирование	8
Когнитивная психотерапия.....	8
Консультирование по приверженности лечению	9
Заключение	10
Раздаточные материалы.....	11
1. Стратегии борьбы с ВИЧ и ТБ.....	11
2. Приверженность лечению.....	12
3. Общие принципы консультирования	17
4. Клиент-центрированное консультирование	25
5. Мотивационное интервьюирование	28
6. Когнитивная психотерапия.....	30

* * *

Общая информация

Целевая аудитория:

Сотрудники неправительственных организаций г. Алматы, работающие в сфере общественного здравоохранения, имеющие опыт консультирования и проведения тренингов.

Цель тренинга:

Подготовить тренеров для обучения медицинских работников консультированию по приверженности лечению ВИЧ-инфекции и туберкулеза.

Ожидаемые результаты:

1. Участники тренинга знают:
 - Принципы взаимодействия медицинских учреждений и НПО в ведении пациентов с ВИЧ и/или ТБ.
 - Цель, задачи и принципы профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и туберкулеза;
 - Факторы, влияющие на приверженность пациентов лечению.
 - Принципы клиент-центрированного консультирования, мотивационного интервьюирования и когнитивной психотерапии.
2. Участники тренинга могут провести консультирование по приверженности лечению пациента с ВИЧ и/или ТБ

* * *

Тренинг

Вводная часть

Презентация организаций

Работа в малых группах. Участники тренинга делятся на группы по организациям (1 организация – 1 группа). Если организацию представляет 1 человек, значит, его «группа» будет состоять только из него.

Задание группам – подготовить презентацию своей организации, ответив на следующие вопросы:

1. Кто наши клиенты?
2. Что мы для них делаем?
3. Каких результатов ожидаем от своей работы?
4. Что мешает работать более эффективно?

Упражнение позволяет участникам не только познакомиться друг с другом, но и понять, чем занимается каждая организация и какова ее роль в системе оказания помощи пациентам. При обсуждении презентаций важно дать участникам возможность задавать друг другу любые вопросы. Задача тренера – уточнять малопонятные моменты, туманные объяснения, общие фразы, сокращения и т.д.

Стратегии борьбы с ВИЧ и ТБ

В форме интерактивной лекции предоставляется информация из раздаточного материала №1. Затем проводится работа в малых группах. Задания трем группам (каждой группе свое задание):

1. Что могут сделать НПО для достижения вышеуказанных целей по борьбе с ВИЧ и ТБ. Какие дополнительные знания и навыки им для этого необходимы.
2. Что могут сделать медицинские специалисты Центра по профилактике и борьбе со СПИД для достижения вышеуказанных целей по борьбе ТБ. Какие дополнительные знания и навыки им для этого необходимы.
3. Что могут сделать медицинские специалисты противотуберкулезного учреждения для достижения вышеуказанных целей по борьбе с ВИЧ. Какие дополнительные знания и навыки им для этого необходимы.

Ведущему необходимо заострить внимание участников на лечении, как средстве профилактики распространения инфекций и помочь участникам понять, что приверженность лечению – главная задача в этом направлении.

Приверженность лечению

В форме интерактивной лекции предоставляется информация из раздаточного материала №2. Затем проводится мозговой штурм – из-за чего чаще всего ваши пациенты прерывают лечение? Как они сами это объясняют?

Работа в малых группах. Участники делятся на четыре группы. Задание 1 группе – выписать, какие меры необходимы для повышения приверженности, касающиеся организации процесса лечения – что нужно изменить в работе больницы или амбулатории, чтобы создать условия для повышения приверженности. 2 группе – меры, касающиеся работы с побочными эффектами. 3 группе – меры, касающиеся факторов, зависящих лично от пациента. 4 группе – меры, касающиеся отношений между пациентом и медицинским работником. В процессе подведения итогов обсуждается реалистичность предложенных мер и какие из них можно принимать уже сейчас на своих рабочих местах силами участников тренинга.

Подводя итоги, важно обратить внимание на такие факторы формирования приверженности, как информированность пациента, понимание им принципов лечения, мотивацию к лечению и взаимоотношения с врачом или социальным работником. Все эти факторы в значительной мере зависят от специалистов, работающих с пациентом, от того, как они будут вести себя с ним. Таким образом, мы подходим к важнейшему инструменту, помогающему сформировать приверженность – консультированию.

* * *

Консультирование

ОБЩИЕ ВОПРОСЫ КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

В форме интерактивной лекции предоставляется информация из раздаточного материала №3. Затем проводится работа в малых группах. Задание – выделить плюсы и минусы представленного подхода в работе с клиентами. Подход оценивается с точки зрения достижения целей, стоящих перед профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и ТБ. Например, повысит ли по мнению участников такой подход мотивацию клиента/пациента к изменению поведения и т.д. После этого, в ходе общей дискуссии можно обсудить вопросы: Какие условия необходимы для развития позитивных и снижения негативных аспектов данного подхода.

КЛИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ

В форме интерактивной лекции предоставляется информация из раздаточного материала №4. Затем проводится практическая работа:

I. Демонстрация

Ведущий предлагает добровольцу из группы сыграть роль клиента (любого, но желательно из тех, с кем этот человек работает в реальной жизни). Ведущий играет роль консультанта. Можно взять список тем, которые следует обсудить в ходе того или иного варианта консультирования и демонстративно использовать его как шпаргалку. Это снизит напряжение в группе – даст учащимся понять, что вы не Бог и тоже можете ошибаться. Демонстрируя клиент-центрированный подход, необходимо в первую очередь продемонстрировать использование «парафразы» и «отражения чувств».

После демонстрации спросите «клиента» – как он себя чувствует и, получил ли он то, что хотел. После этого обратитесь к группе – «Кто, на что обратил внимание? Что, в моем поведении показалось вам странным или неправильным?». При получении критических замечаний ни в коем случае нельзя оправдываться (оправданием считается все, кроме слов – «Спасибо, понятно, что еще?» и т.д.). Вместо этого спросите – «Как бы вы повели себя в этой ситуации на месте консультанта?».

II. Аквариум

После двух-трех демонстраций проведите ролевую игру, в которой роли клиента и консультанта будут играть участники тренинга. Все остальные участники, включая вас, замолкают и не вмешиваются в процесс до тех пор, пока «консультант» не скажет, что закончил. По завершении проводится такая же обратная связь, как и во время

демонстрации. Задача ведущего, удерживать дискуссию в конструктивном русле – «Все ли вопросы были обсуждены? Что можно было сделать по-другому? Зачем? и т.д.».

III. Работа в парах

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

Подводя итоги, важно сделать вывод о том, что, в принципе это возможно – помочь человеку, не прибегая к советам, морализаторству и т.д. Само по себе сопереживающее слушание, уже дает позитивный эффект.

МОТИВАЦИОННОЕ ИНТЕРВЬЮИРОВАНИЕ

В форме интерактивной лекции предоставляется информация из раздаточного материала №5. Затем, проводится отработка выявления амбивалентности и баланса принятия решения, по описанной выше схеме: демонстрация – аквариум – работа в парах.

При отсутствии достаточного количества времени, можно проводить одну демонстрацию и сразу работу в парах.

КОГНИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

В форме интерактивной лекции предоставляется информация из раздаточного материала №6. Затем, как пример одной из методик когнитивной психотерапии, проводится проработка автоматических мыслей по схеме: демонстрация – аквариум – работа в парах:

Декатастрофизация

Ведущий предлагает добровольцу из группы проработать автоматические мысли в присутствии всей группы. Первый вопрос клиенту – что в вашей работе пугает вас больше всего?

Следующий вопрос – что будет с вами, если ЭТО произойдет? Какие последствия это будет иметь для вас? Что изменится в вашей жизни? Следующий вопрос – Представьте, что все это уже произошло. Что будет с вами дальше? Какие последствия это будет иметь для вас? Что изменится в вашей жизни?

Вопросы задаются до тех пор, пока человек ни скажет что-то вроде – «Я приду в себя и моя жизнь пойдет по-прежнему» или «Я умру в нищете, покинутый всеми в глубоком отчаянии». В первом случае, вы говорите – «То есть, в принципе, можно сказать, что это не самое ужасное, что может случиться с вами в вашей жизни?». Во втором

случае, можно сказать – «Получается, что ваша работа таит в себе постоянный риск полного уничтожения вашей жизни». Что бы ни ответил клиент, можно сказать – «Как вы думаете, зная все это, можно ли что-то изменить сейчас, заранее?». После ответа участника упражнение завершается и проводится обратная связь.

КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПО ПРИВЕРЖЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЮ

Используя список факторов, снижающих приверженность лечению (составленный в процессе мозгового штурма при изучении темы «Приверженность лечению»), проводим работу в малых группах. Каждая группа (4-6 человек) берет себе несколько причин из списка и разрабатывает соответствующую стратегию консультирования. При этом, необходимо основываться на принципах клиент-центрированного консультирования и использовать техники мотивационного интервьюирования и когнитивной психотерапии. Далее группы пишут инструкции для консультанта к каждому конкретному случаю. После чего идет практика по общей схеме – демонстрация (только теперь, модели консультирования демонстрируют их разработчики), аквариум и работа в парах.

* * *

Заключение

До середины XX в. в медицине преобладал принцип патернализма. При назначении лечения предполагалось, что каждый больной (как правило, не разбирающийся в медицине, а нередко попросту безграмотный человек, не умеющий читать и писать) будет неукоснительно исполнять предписания врача (эксперта с непререкаемым авторитетом). И действительно, многие пациенты соблюдали рекомендации врачей. Однако постепенно ситуация изменилась и внимание медицинского сообщества все чаще стали привлекать случаи несоблюдения пациентами полученных рекомендаций.

Качество терапевтического сотрудничества зависит от комплекса различных факторов. Это и психологические особенности пациента, и клинические особенности заболевания, особенности терапевтической программы, социальные факторы и факторы, связанные с организацией медицинской помощи. В каждой из этих групп есть факторы, способствующие формированию приверженности и разрушающие ее.

Консультирование – важный и необходимый инструмент развития приверженности лечению. Приверженность повышается, когда пациент знает особенности своего заболевания, особенности лечения, применяемые препараты, возможные побочные эффекты, знает последствия нарушения режима терапии. Приверженность повышается, когда пациент чувствует себя полноправным участником процесса лечения, верит в то, что врач действует в его интересах, знает, что благоприятный исход заболевания возможен и это в значительной мере зависит от него самого. Решить все эти задачи и призвано грамотное консультирование, проводимое участниками тренинга на их рабочих местах. Мысль о том, что уровень качества жизни и сама жизнь пациентов зависит в том числе и от профессионально проводимого консультирования должна проходить красной нитью через весь тренинг. Итогом всех практических занятий данного тренинга должно стать осознание участниками того факта, что консультантом становятся, только консультируя и консультируя постоянно, при любой возможности – на работе, дома, с друзьями и т.д. Стать эффективным консультантом возможно, для этого нужно только консультировать.

* * *

Раздаточные материалы

1. Стратегии борьбы с ВИЧ и ТБ

Борьба с ВИЧ-инфекцией

В соответствии с [Глобальной стратегией Всемирной организации здравоохранения по ВИЧ на 2016-2021 годы](#), во всеобъемлющий комплекс мер профилактики ВИЧ необходимо включить следующие мероприятия:

- Расширение масштабов тестирования на ВИЧ.
- Обеспечение доступа к презервативам и смазкам.
- Снижение вреда для лиц, употребляющих инъекционные наркотики.
- Программы распространения стерильных игл и шприцев, опиоидная заместительная терапия для потребителей опиоидов и консультирование по вопросам снижения риска.
- Профилактика на основе антиретровирусных препаратов.
- Расширение охвата антиретровирусной терапией.
- Профилактика и лечение сочетанной инфекции ВИЧ/ТБ и других сочетанных с ВИЧ инфекций.
- Предоставление долгосрочной медико-санитарной помощи ЛЖВ, ориентированной на их интересы и нужды.

Стратегия ЮНЭЙДС «[90-90-90](#)» ставит следующие задачи в плане тестирования и лечения:

1. 90% всех ЛЖВ знают свой ВИЧ-статус
2. 90% всех ЛЖВ получают АРВ-терапию
3. 90% всех ЛЖВ, получающих АРВ-терапию, имеют неопределяемую вирусную нагрузку

Борьба с туберкулезом

[Стратегия Всемирной организации здравоохранения по ликвидации туберкулеза](#) предполагает обеспечение комплексного лечения и профилактики, ориентированных на пациента:

1. Ранняя диагностика туберкулеза, включая всеобщее тестирование на лекарственную чувствительность; систематический скрининг лиц, находившихся в контакте, и групп повышенного риска.
2. Лечение всех лиц с туберкулезом, включая туберкулез с лекарственной устойчивостью; поддержка пациентов.
3. Совместные меры борьбы с туберкулезом/ВИЧ и ведение сопутствующих заболеваний.
4. Профилактическое лечение лиц, подвергающихся повышенному риску, и вакцинация против туберкулеза.

Ожидаемые результаты работы с населением:

1. Все люди должны знать симптомы ТБ и владеть базовой информацией о профилактике и лечении ТБ.
2. Все люди с подозрением на ТБ должны быть обследованы на ТБ.
3. Все люди с выявленным туберкулезом, должны получить адекватное лечение.

2. Приверженность лечению

Приверженность любому виду лечения определяет следующее поведение: своевременное обращение за медицинской помощью, выполнение врачебных предписаний, ответственный прием лекарств, проведение иммунизаций, строгое соблюдение назначений, изменение поведения, направленное на соблюдение личной гигиены, здоровое питание и повышение уровня физической активности и т.д. При этом подчёркивается, что роль врача не ограничивается озвучиванием предписаний, а роль пациента – пассивным их восприятием. Высокая приверженность к лечению проявляется открытым сотрудничеством врача и пациента, свободным обсуждением всех возможных аспектов лечения (не только медикаментозного), нюансов и затруднений, возникающих в его процессе. Очевидно, что для достижения такого уровня взаимодействия необходимы усилия самого пациента, лечащего врача и системы здравоохранения. Кроме того, само заболевание, в силу собственных клинических особенностей, может влиять на приверженность лечению. Таким образом, приверженность определяется целым рядом факторов, объединяемых в четыре группы: факторы, связанные с заболеванием, лечением, системой оказания медицинской помощи (включая отношение медицинского персонала к больному) и с самим пациентом.

Оценка приверженности

Существуют значительные затруднения в адекватной оценке приверженности, так как самоотчёты пациентов и мнение врача о приверженности, как правило, завышено, а методы оценки приверженности, основанные на определении концентрации лекарства в крови или электронной регистрации факта приёма препарата часто слишком дороги для рутинного применения.

Как правило, в рутинной практике приверженность оценивается:

1. На подсчёте оставшихся таблеток. Недостаток – пациенты имеют свойство выкидывать непринятые таблетки, чтобы выглядеть хорошими.
2. На измерении биохимических показателей крови, мочи. Например, гликированный гемоглобин – показатель трёхмесячного уровня контроля диабета. Недостатки: не для всех заболеваний/схем лечения существуют такие анализы; при неправильно назначенном лечении показатели будут неидеальны даже при идеальной приверженности.
3. На самоотчётах пациентов. Недостаток – они подвергаются внутренней цензуре ещё больше, чем количество таблеток. Пример: Шкала Мориски-Грин¹

¹ http://psylab.info/Шкала_комплаентности_Мориски_-_Грин

4. На основе клинических шкал, заполняемых специалистом. Недостаток: трудоёмкость использования и неидеальная корреляция с собственно приверженностью. Пример: Шкала комплаенса²

Неидеальная приверженность

Ситуация, касающаяся проблемы приверженности, характеризуется существованием серьёзных проблем во всех четырёх группах факторов, на неё влияющих, в том числе в силу распространения психических расстройств различного уровня. Недостаточная приверженность может выражаться в пропуске приёма дозы, приеме дозы в ненадлежащее время, приёме препарата в неправильной дозировке, «каникулах» – прекращении приёма препарата на некоторое время, преждевременном прерывании курса лечения и преднамеренном самостоятельном изменении дозировки с целью коррекции побочных эффектов. Недостаточная приверженность приводит к прогрессированию заболевания, ускорению появления осложнений, ухудшению качества жизни, более частым обращениям к врачам, большему количеству госпитализаций и к быстрому наступлению летального исхода. Многие инфекционные агенты быстро развивают устойчивость к препаратам при недостаточной приверженности, что приводит к краху лечения. Помимо рабочей нагрузки на здравоохранение, это повышает и финансовую нагрузку.

Для большинства заболеваний адекватной приверженностью считается уровень не менее 80% – то есть 20% приёмов препаратов пациент может пропустить без существенного вреда для здоровья. Однако для ряда заболеваний и схем лечения существуют более строгие нормы – например, для Высокоактивной антиретровирусной терапии при ВИЧ-инфекции максимальный уровень неприверженности составляет 5%, т.е. вчетверо ниже.

Факторы, влияющие на приверженность

Факторы, связанные с режимом

Сложность в соблюдении режима

Исследования показали, что в отношении многих хронических заболеваний приверженность уменьшается, так как увеличивается сложность соблюдения режима (т.е. количество таблеток на дозу и количество доз в день; необходимость соблюдать строгие требования, связанные с приемом пищи, и существование особых указаний относительно потребления жидкости). Некоторые режимы требуют нескольких доз лекарства в день вместе с различными требованиями или ограничениями в потреблении продуктов и других видах деятельности. Эти сложности, в дополнение к проблемам токсичности и побочных эффектов, могут значительно повлиять на индивидуальную готовность и способность соблюдения приверженности лечению.

² http://psylab.info/Шкала_медикаментозного_комплаенса

Многие врачи считают, что лекарственная нагрузка сильно влияет на приверженность лечению. Это влияние тесно связано со стадией заболевания. Пациенты с выраженной симптоматикой осознают высокий риск развития осложнений при неприверженности, в отличие от пациентов с бессимптомным течением заболевания. В лечении многих заболеваний однократные или двукратные приёмы предпочтительнее. Режимы, которые предусматривают тщательный контроль и серьёзные изменения образа жизни, совместно с побочными эффектами могут привести не только к разочарованию и усталости от лечения, но и, в конечном счете, к неуступчивости. Режимы, требующие меньшего количества изменений в образе жизни (например, меньшее количество таблеток в день и меньше ограничений в питании), вероятно, положительно влияют на приверженность лечению.

По мере возможности схемы лечения следует упрощать, сократив число таблеток и частоту лечения, и сводя к минимуму лекарственные взаимодействия и побочные эффекты, что особенно важно для пациентов со стойкими предубеждениями против многих таблеток и частых приёмов. Это является свидетельством того, что упрощенные схемы лечения, требующие меньшее количество таблеток и малое количество доз, улучшают приверженность. Подбирая соответствующую схему лечения, в рационе пациента должны быть рассмотрены и обговорены особые потребности в продуктах питания, поэтому пациент должен понять, что требуется, перед тем, как осознанно дать своё согласие на подобные ограничения. Схемы, требующие приёма препаратов на голодный желудок несколько раз в день, могут быть сложными для пациентов, страдающих от голода, так же, как схемы, требующие высокого потребления жира, могут быть сложными для пациентов с непереносимостью лактозы или отвращением к жирной пище.

Побочные эффекты

Побочные эффекты также были связаны со снижением приверженности, и пациенты, которые испытывают более двух побочных реакций, имеют меньше шансов для продолжения лечения. Степень, в которой побочные эффекты изменяют мотивацию пациента придерживаться режима лечения, зависит от контекста проблем, окружающих пациента. Данные литературы о побочных эффектах ясно показывают, что оптимальная приверженность осуществляется с помощью лекарственных препаратов, которые устраняют симптомы заболевания, тогда как приём лекарственных препаратов, сопровождающийся побочными эффектами, снижает приверженность.

Пациенты быстро прекращают лечение или требуют замены лекарства, если испытывают побочные эффекты. Одно крупное исследование более 860 ВИЧ-положительных пациентов в Италии показало, что более чем 25% пациентов прервали лечение в течение первого года из-за токсичности и других побочных эффектов.

В свете этих выводов, упрощенные схемы лечения с меньшим количеством таблеток и меньшими дозами и минимумом побочных эффектов являются наиболее подходящими для достижения максимальной приверженности.

Факторы, зависящие от пациента

Поведение пациента является важным связующим звеном между предписанной схемой лечения и результатом лечения. Даже самая эффективная схема лечения обречена на неудачу, если пациент не будет принимать лекарства согласно предписанию или вовсе откажется принимать их. Следовательно, при прочих равных условиях, наиболее важными факторами, влияющими на приверженность, являются факторы, зависящие от пациента.

Психологические проблемы

Возможно, больше, чем что-либо другое, стресс может помешать надлежащей дозировке, и такой стресс переживают намного чаще и в большей степени лица с низким социально-экономическим статусом. Хотя в исследованиях большинства демографических характеристик пациентов не удалось установить их непосредственную связь с приверженностью лечению, несколько последних исследований описали некоторые изменения, устанавливающие возможную связь. Приверженность является, по-видимому, наиболее сложной для пациентов с низким уровнем образования и грамотности. Женщины ссылаются на стресс в связи с заботой о детях, который приводит к пропуску доз. Злоупотребление алкоголем, внутривенное введение наркотиков и наличие симптомов депрессии также были связаны с низкой приверженностью лечению.

Также было показано, что психологические расстройства влияют на приверженность лечению. Депрессия, стресс и способ, с помощью которого лица справляются со стрессом, являются одними из наиболее значимых предсказателей приверженности, но в совокупности с другими психическими заболеваниями прогноз ослабевает. Безднадежность и негативные переживания могут снизить мотивацию для ухода за собой, а также могут повлиять на способности пациента следовать комплексным инструкциям.

Общественная поддержка выступает в качестве буфера для многих психологических проблем, а также сказывается на приверженности. В дополнение к помощи, которая может предоставляться клиникой в виде хороших отношений между врачами и пациентами, рекомендации для повышения приверженности часто включают в себя предоставление телефонной линии консультирования, где пациент может оставить сообщение для медперсонала и заручиться их поддержкой.

Вера пациента

Знания и представления пациента о болезни и лекарствах могут влиять на приверженность. У пациентов, которые верили, что препараты эффективны, обнаружена лучшая приверженность.

Путаница и забывчивость

Трудность в понимании инструкций влияет на приверженность. Требования и/или ограничения на потребление пищи и воды или временные

последовательности дозирования могут быть непонятным. Недоразумения могут возникнуть в результате комплексной схемы лечения и/или из-за плохих инструкций врача. В Клинической группе ЛЖВ, получивших назначение принимать АРВ-терапию, 25% участников не смогли понять, как принимать назначенные им лекарства.

Отношения между пациентом и врачом

Содержательные и доброжелательные отношения между пациентом и лечащим врачом могут помочь преодолеть значительные препятствия в приверженности, но обычно мало врачей спрашивают о приверженности или дают совет. Факторы, которые укрепляют отношения между пациентом и врачом, включают восприятие компетентности врача, качество и четкость связи, сострадание, активное участие пациента в принятии решений о лечении и удобстве режима. И наоборот, пациенты недовольны врачами в тех случаях, когда возникают недоразумения, и лечение становится сложным, пациент обозначается как «плохой пациент» или побочные эффекты выходят из-под контроля. Эти разочарования могут привести к низкой приверженности.

Источник: <http://psylab.info/>

Приверженность лечению ВИЧ-инфекции и туберкулеза

Формирование приверженности при лечении ВИЧ-инфекции чрезвычайно важно, поскольку снижение дозы антиретровирусных препаратов всего лишь на 5–10% (от рекомендуемой) значительно ослабляет подавление репликации вируса и приводит к развитию его устойчивости к лечению. По данным ВОЗ, только треть пациентов с ВИЧ правильно выполняют медицинские рекомендации. ЛЖВ нередко сталкиваются с проблемой потери поддержки близкими и социальной изоляцией. Приверженности препятствуют психопатологические факторы (зависимость от психоактивных веществ, патохарактерологические особенности поведения, депрессия). Для удержания на лечении пациентов с ВИЧ-инфекцией необходима организация постоянной психологической помощи со стороны врачей, родственников, психологов и социальных работников. Большое значение имеют программы по бесплатному обеспечению лекарствами. Сравнительно хорошее качество терапевтического сотрудничества в начале терапии туберкулеза определяется осознанием больным тяжести своего состояния, осведомленностью о последствиях болезни. Однако приверженность может снижаться из-за плохой переносимости противотуберкулезной терапии и ее длительности. Соблюдению медицинских рекомендаций способствует система обязательного диспансерного наблюдения. Одновременно регулярность посещений больным врача приводит к формированию между ними личностных отношений, что также способствует поддержанию терапевтического сотрудничества. Сложнее всего обеспечить правильное соблюдение приема лекарств у больных алкоголизмом, психическими заболеваниями.

Источник: Данилов Д.С. «Терапевтическое сотрудничество (комплаенс)». <http://nnp.ima-press.net/nnp/article/view/387>

3. Общие принципы консультирования

Источник:

Рекомендации по основам консультирования в программах АРВ-терапии (Руководство ВОЗ «[Психическое здоровье и ВИЧ/СПИД](#)», стр. 13–38)

Что понимается под консультированием

Консультирование включает в себя:

- Целенаправленную беседу;
- Внимательное выслушивание клиента;
- Помощь клиенту в его рассказе;
- Предоставление достоверной информации;
- Помощь в принятии информированного решения;
- Помощь клиенту в определении и развитии его сильных сторон;
- Помощь в развитии позитивного отношения к жизни.

Консультирование не включает в себя:

- Советы;
- Принятие решений за клиента;
- Критику поступков клиента;
- Допрос клиента;
- Осуждение клиента;
- Нотации и наставления;
- Обещания невозможного;
- Навязывание клиенту собственных убеждений;
- Споры с клиентом.

Эффективный консультант

- Проявляет уважение к людям;
- Умеет слушать;
- Проявляет сострадание;
- Проявляет честность и заслуживает доверия;
- Владеет необходимой информацией;
- Проявляет терпение;
- Знает границы своей деятельности;
- Знает куда и к кому обращаться в тех или иных случаях;
- Четко осознает свои чувства, ценности и взгляды;
- Остается беспристрастным и объективным;
- Уверен в себе.

Роль консультанта может потребовать от Вас следующих умений:

- Помочь клиенту определить проблемы и установить степень их важности;
- Оказать клиенту эмоциональную поддержку;
- Помочь клиенту разобраться в жизненных альтернативах и поддержать его в принятии решения;
- Развивать у клиента навыки самостоятельного решения проблем;
- Предоставить в доступной форме всю необходимую достоверную информацию;
- Помочь клиенту определить другие доступные источники поддержки и ресурсы;
- Придерживаться конфиденциальности;
- Составлять и сохранять необходимую документацию.

Рекомендации по выстраиванию доверительных взаимоотношений с клиентом:

- Проявляйте уважение к клиентам;
- Определитесь с Вашей ролью консультанта;
- Сохраняйте нейтралитет и не принимайте ничью сторону в случае конфликта;
- Не работайте с близкими родственниками;
- Установите временные рамки сеанса консультирования. Таким образом клиент будет знать, сколько времени в Вашем распоряжении;
- Не позволяйте клиенту развить чувство зависимости от Вас. Ваша задача – помочь ему самостоятельно справиться с ситуацией.

Конфиденциальность

Конфиденциальность – это центральный вопрос, на котором строится доверие клиента к консультанту.

- Всегда обсуждайте вопрос конфиденциальности с каждым новым клиентом. Объясните ему, что полученная информация не будет предоставлена третьим лицам, за исключением особых обстоятельств, предусмотренных законодательством;
- Объясните клиенту, что иногда необходимо поделиться полученной информацией с членами семьи или с другими, значимыми для клиента людьми. Но в любом случае это происходит только тогда, когда это может помочь клиенту, и только по его решению;
- Объясните клиенту, что с целью предоставления более качественной помощи, Вам, возможно, необходимо будет обсудить, полученную от него информацию с другими специалистами. В любом случае, информация о клиенте не будет выходить за пределы команды специалистов. Иногда возникают ситуации, когда спе-

специалист считает, что решение и поступки клиента могут угрожать его жизни или жизни других людей. В этом случае специалист и клиент постараются прийти к соглашению о дальнейших действиях. Специалист может принять самостоятельное решение нарушить конфиденциальность, если существует угроза человеческой жизни. Если Вы сомневаетесь, что предпринять в подобных ситуациях, обратитесь за помощью к более опытному консультанту.

Персональные ценности и убеждения

Ваши взгляды и убеждения могут влиять на способность устанавливать доверительные отношения с клиентом. Вы можете придерживаться определенной позиции по поводу:

- Религии;
- Стиля жизни (например, употребление наркотиков или секса за плату);
- Сексуальной ориентации;
- Таких вопросов, как аборт, раскрытие ВИЧ-статуса, беременность, грудное вскармливание.

Вы имеете право на собственные взгляды, но, как специалист, Вы не должны подвергать дискриминации своих клиентов потому, что их ценности и убеждения отличаются от Ваших. Не позволяйте своим убеждениям мешать процессу консультирования. Если Вы чувствуете что не в состоянии оказывать качественную помощь определенному клиенту, переведите его к другому специалисту.

Обстановка для проведения консультирования

Обратите внимание на обстановку, в которой будет проходить консультирование. Если Вы располагаете отдельным кабинетом, подготовьте его следующим образом:

- Убедитесь, что Вас ничто не будет отвлекать. Выключить телефон, радио и компьютер;
- Расположите стулья под углом 90 градусов на удобном расстоянии. Садитесь так, чтобы стол не находился между Вами и клиентом;
- Повесьте на дверь табличку с просьбой о том, чтобы Вас не беспокоили.

Если консультирование проходит в больничной палате, дома у клиента и т.д., обратите внимание на следующее:

- Найдите удобное место, где Вы и Ваш клиент могли бы присесть и поговорить без помех;
- Обеспечьте конфиденциальность беседы. Никто не должен подслушивать или подглядывать за Вами;

- Обеспечьте безопасность – свою и клиента. Некоторые люди идут на риск, рассказывая о личных проблемах (например, о случаях семейного насилия). Вы ответственны за то, что бы ни Вы, ни Ваш клиент в результате не пострадали.

Техника консультирования

Активное слушание

- Расслабьтесь. Отгоните посторонние мысли и личные заботы;
- Полностью сконцентрируйтесь на том, что говорит клиент;
- Проявляйте свою заинтересованность в выслушивании рассказа клиента, невербально (кивание), словами и междометиями (да, ага и др.);
- Не спешите с вопросами или комментариями, даже если в разговоре наступает пауза. Не бойтесь молчания. Возможно, в этот момент клиент размышляет или собирается с духом рассказать что-то важное.

Умение задавать вопросы

- Задавайте простые и недвусмысленные вопросы;
- Не задавайте несколько вопросов одновременно;
- При необходимости повторите вопрос;
- Дайте клиенту время обдумать ответ.

Эмпатия

- Покажите, что Вы способны понять, через что клиенту приходится проходить. Например, можно сказать: «Я вижу, Вам это было нелегко пережить».
- Не позволяйте Вашей обеспокоенности судьбой клиента зайти слишком далеко. Сохраняйте долю отстраненного восприятия ситуации;
- Не переводите разговор на свои личные проблемы: «Меня, например, тоже вчера забыли» или «Иногда я переживаю тоже самое».

Опора на сильные стороны клиента

- Помогите клиенту определить, что ему уже удалось сделать, чтобы преодолеть трудности;
- Помогите клиенту вспомнить, как он преодолевал трудности раньше – что получалось, а что нет, почему тот или иной прием срабатывал или нет;
- Помогите клиенту определить цель и разработать план действий по ее достижению.

Подведение итогов

Ниже приведены ситуации, в которых полезно вкратце повторить сказанное клиентом, подводя некий промежуточный итог беседы:

- В начале следующего сеанса консультирования клиента, которого Вы уже знаете, чтобы актуализировать пройденную/текущую тему беседы;
- Если Вы чувствуете, что не до конца понимаете точку зрения клиента;
- Перед тем, как сделать перерыв;
- Перед переходом к новой теме консультирования;
- Если Вы не уверены, как поступить дальше;
- В конце сеанса консультирования.

Процесс консультирования

Подготовка к сеансу консультирования

- Вы должны точно знать, сколько времени имеется в Вашем распоряжении;
- Убедитесь, что Ваше душевное состояние не повлияет на качество консультирования. оставьте личные проблемы за дверью;
- Вы должны выглядеть респектабельно;
- Если это повторный сеанс, перечитайте свои предыдущие записи;
- Подготовьте материалы, которые могут оказаться полезными для клиента (информационные материалы, презервативы и др.).

Начало сеанса консультирования

- поприветствуйте клиента и предложите ему присесть;
- Представьте сами и попросите представиться клиента;
- Объясните цель сеанса консультирования;
- Условьтесь о продолжительности сеанса;
- Расскажите о своей роли и о принципах работы;
- Разъясните клиенту принцип конфиденциальности;
- Попросите разрешения делать записи во время консультирования;
- Обсудите ожидания друг друга от совместной работы.

Проведение сеанса консультирования

- Обсудите причину обращения;
- Помогите клиенту определить его проблемы и решить, какие из них требуют незамедлительного вмешательства;
- Предоставьте клиенту необходимую информацию, чтобы помочь ему принять обоснованное решение;
- Обсудите с клиентом методы, выбранные им для решения сложных ситуаций в прошлом, и результаты их применения;

- Помогите клиенту найти и обсудите с ним другие возможные варианты выхода из сложной ситуации;
- Поддерживайте клиента в его выборе и принятии решений. Обсудите с ним возможные последствия принятых решений.

Завершение сеанса консультирования

- Подведите итог всему, что вы обсудили, пройдитесь по основным моментам разработанного клиентом плана действий;
- Спросите клиента, есть ли у него вопросы;
- Спросите у клиента его впечатления о пройденном сеансе консультирования. Спросите, нет ли у него каких-либо замечаний или предложений;
- Поблагодарите клиента за сотрудничество;
- Договоритесь о том, каким будет следующий шаг Вашей совместной работы;
- Договоритесь о дате и времени следующего сеанса;
- Направьте клиента к другим специалистам, если Вы об этом договорились;
- Проводите клиента до двери.

Принципы консультирования лесбиянок, геев и бисексуалов

Отношение к гомосексуальности и бисексуальности:

- Консультанты понимают, что гомосексуальность и бисексуальность не являются показателями психического расстройства.
- Консультанты мотивированы на то, чтобы осознавать, насколько их отношение и знание о проблемах лесбиянок, геев и бисексуалов может быть уместным для диагностики и лечения, и в случае необходимости стремятся получить консультации или направить клиентов в другие службы.
- Консультанты стараются понять, каким образом социальная стигматизация (например, предубеждения, дискриминация и насилие) повышает риск психических расстройств и ставит под угрозу благополучие лесбиянок, геев и бисексуальных клиентов.
- Консультанты стараются понять, каким образом предвзятые взгляды на гомосексуальность или бисексуальность клиента могут повлиять на его поведение и процесс лечения.

Взаимоотношения и семья:

- Консультанты стремятся узнать и признают значимость взаимоотношений в среде лесбиянок, геев и бисексуалов.
- Консультанты стараются понять особые обстоятельства и трудности, с которыми сталкиваются родители лесбиянок, геев и бисексуалов.

- Консультанты признают, что семьи лесбиянок, геев и бисексуалов могут включать людей, которые не связаны юридически или биологически.
- Консультанты стараются понять, как гомо и бисексуальная ориентация человека может оказывать влияние на его или ее семью и взаимоотношения с этой семьей.

Индивидуальный подход:

- Консультанты мотивированы на то, чтобы осознать особые жизненные обстоятельства или трудности, которые испытывают лесбиянки, геи и бисексуалы, принадлежащие расовым и этническим меньшинствам. Это связано с многочисленными (зачастую противоречивыми) культурными и социальными нормами, ценностями и убеждениями.
- Консультанты мотивированы на то, чтобы осознавать специфические проблемы, которые испытывают бисексуальные люди.
- Консультанты стараются понять специфические проблемы и риски, которые имеются у молодых лесбиянок, геев и бисексуалов.
- Консультанты учитывают разницу в поколениях в среде лесбиянок, геев и бисексуалов и особые трудности, которые могут испытывать пожилые лесбиянки, геи и бисексуалы.
- Консультанты мотивированы на то, чтобы осознать особые трудности, которые испытывают лесбиянки, геи и бисексуалы с двигательными, психическими/эмоциональными расстройствами.

Обучение специалистов:

- Консультанты поддерживают процесс профессионального образования и обучения по вопросам лесбиянок, геев и бисексуалов.
- Консультанты мотивированы на то, чтобы повышать свои знания и понимание проблем, связанных с гомосексуальностью и бисексуальностью, через постоянное обучение, супервизию и консультации.
- Консультанты предпринимают разумные усилия, чтобы познакомиться с соответствующими службами и ресурсами на уровне сообществ для лесбиянок, геев и бисексуалов.

Создание дружественной атмосферы для геев в медицинских учреждениях

Беседы на тему сексуальной ориентации, раскрытие информации, касающейся сексуальной принадлежности, могут вызывать у человека состояние недоверия и тревоги. Чтобы этого избежать, необходимо создать комфортную, доверительную атмосферу. Врачи должны учитывать каждый аспект своей работы, когда они создают дружественную для геев атмосферу.

Среда

Для создания атмосферы, благоприятной для геев, врачи могут предпринять следующие шаги: принять участие в программах социального сопровождения, проводимых в гей-организациях, или разместить рекламу вашей практики в гей-СМИ. Эти шаги помогут сформировать среду, привлекательную для геев еще до того, как пациент открывает дверь вашего кабинета. Плакаты или буклеты с позитивным имиджем продемонстрируют ваше дружественное расположение к геям, приходящим на прием.

Прием пациента

У пациентов часто возникают сомнения по поводу адекватности диалога с врачом, исходя из вопросов, которые он задавал на первом приеме. Принимая это во внимание, врачу следует обращать внимание на слова и обороты, которые он использует в процессе общения:

- 1) лучше употреблять выражение «статус отношений», а не «семейный статус»;
- 2) задавая вопросы о «значимом другом», использовать понятие «партнер», а не «супруг/супруга» или «муж/жена».

Опрос пациента

1. Как и со всеми другими пациентами, начните опрос, демонстрируя эмпатию, открытость и непредвзятость.
2. Используйте гендерно-нейтральный язык, когда спрашиваете о половых партнерах или других значимых лицах.
3. При обсуждении вопросов сексуального здоровья во время первого приема или, если показано, на последующих приемах:
 - начните с заявления, что сбор сексуального анамнеза является вашей рутинной практикой;
 - старайтесь не говорить о сексуальной ориентации, сконцентрируйтесь на сексуальном поведении;
 - с самого начала оцените уровень знаний пациента о рисках заражения ИППП в зависимости от типов сексуальных практик.
 - попросите пациента расшифровать понятия или типы поведения, с которыми вы не знакомы;
 - уважайте желание пациента не отвечать на «щекотливые» вопросы. Предложите поговорить об этом позже.

* * *

4. Клиент-центрированное консультирование

Клиент-центрированный подход в консультировании основан на следующих предположениях (гипотезах) :

1. Каждый человек имеет способность и внутреннюю потребность (если не явную, то потенциальную), к развитию своей личности.

То есть каждый из нас несет в себе некое позитивное начало, желание быть здоровым и счастливым (иногда неосознаваемое). Это относится к врачам, пациентам, ключевым группам населения, ко всем людям, включая нас с вами. Доказать постулат невозможно, но принято считать, что, если человек не верит в его истинность, ему будет сложно работать в рамках клиент-центрированного подхода (поскольку человек делает то, во что не верит, это часто приводит к развитию синдрома эмоционального выгорания).

2. Человека невозможно научить чему бы то ни было. Человек может научиться только сам.

Он должен захотеть услышать, узнать, сделать (изменить поведение). Даже если мы применим метод поощрения и запугивания, как только с горизонта исчезнет пряник или кнут, человек вернется к прежнему поведению.

3. Человек делает только то, что считает важным для себя.

Все остальное, что могут просить или требовать от него другие люди, либо вообще не воспринимается («проходит мимо ушей»), либо очень быстро забывается и уж точно не способно изменить поведение. Вспомним предметы в школе или институте, которые были нам неинтересны; после экзамена голова полностью очищалась от ненужной информации, и мы уже были не в силах что-либо вспомнить.

4. Человек всегда сопротивляется всему новому, исходящему извне.

То есть, все новое, навязываемое другими людьми, до чего человек не «дошел» самостоятельно, вызывает протест и неприятие. Например, разговор о клиент-центрированном подходе может вызывать вполне обоснованное сопротивление, если тема является новой, но ее настоятельно рекомендуют вам извне.

Предполагается, что все вышеперечисленное изначально заложено в нас природой. И заложено с одной лишь целью – помочь выжить. Человек избегает идти на поводу у других, делает только то, что считает важным для самого себя, и сопротивляется новому (все новое может быть потенциально опасным и разрушительным) – все это помогает нам сохранить себя, остаться целыми и невредимыми. А поскольку это наша человеческая природа, то бороться против нее бессмысленно: некоторые люди разбегутся, другие ползут в драку (и будут

правы – ведь они защищают свою безопасность). И при всем при этом мы хотим изменить поведение многих людей.

Ситуация сложная, но не безвыходная. Клиент-центрированный подход предлагает:

1. Не навязывать и поучать, а создавать условия для самостоятельного осознания своих потребностей и возможностей;
2. Выяснить, что именно важно для тех людей, с которыми мы работаем, и выстраивать стратегию, исходя из их потребностей;
3. Поддерживать специальную атмосферу для смягчения сопротивления.

Что касается атмосферы, в которой человек смягчается и вместо сопротивления начинает доверять консультанту, клиент-центрированный подход предлагает три условия:

1. Безусловное принятие людей такими, какие они есть, независимо от их установок и поведения. Имеется в виду признание за человеком права решать, что ему чувствовать, думать и делать в те или иные моменты жизни. Попытки спорить, убеждать, навязывать свое мнение могут привести только к еще большему сопротивлению.
2. Эмпатия (сопереживание). Стремление увидеть мир глазами другого человека, чтобы лучше понять его переживания и мотивы поведения. Человек делает что-то именно так, а не иначе не из-за глупости или вредности, а потому, что считает этот путь наиболее безопасным для себя.
3. Конгруэнтность. Соответствие нашего поведения и наших чувств (честность, прежде всего, перед самим собой). Верите ли вы в то, что делаете? Верите ли вы, что люди способны изменить свою жизнь? Если нет, значит, вы пытаетесь достичь цели, сомневаясь в ее реалистичности. Ваше настроение передается людям, с которыми вы работаете. Результат подобной работы может оказаться печальным, впрочем, как вы и предполагали.

Важным моментом в консультировании является мягкость. Мы не требуем, не навязываем, не умоляем и не вынуждаем. Мы информируем и предлагаем.

Парафраз

Парафраз – это отражение или подытоживание слов клиента в утвердительной форме. Парафраз – главная техника клиент-центрированного консультирования, помогает клиенту как бы услышать себя со стороны и осознать, что он на самом деле чувствует и хочет. Кроме того, парафраз (если он проводится мягко с желанием помочь, а не напоминает допрос у следователя) помогает установить доверительные отношения, снизить сопротивление клиента.

После того как клиент высказал какую-либо законченную мысль, консультант в краткой форме подытоживает все услышанное.

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

Консультант: То есть Вы обратились бы к врачу, если бы знали, что Вас не поставят на учет и отнесутся как к обычному пациенту...

Клиент: Да, мне легче самому выпустить этот гной...

Применяя парафраз, консультант получает возможность уточнить, правильно ли он понял клиента. Таким образом, и клиент, услышав свои мысли со стороны, начинает осознавать, что им движет.

Следует отметить, что отражаются, не только мысли, но и чувства клиента. Это помогает клиенту разобраться в мотивах своего поведения. Для этого мы, как бы, уточняем, правильно ли мы поняли, что клиент в определенных ситуациях испытывает те или иные чувства.

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

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

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

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

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

Дополнительная литература :

1. Карл Роджерс «О становлении личностью. Психотерапия глазами психотерапевта».
<http://psylib.org.ua/books/roger01/index.htm>
2. Карл Роджерс «Консультирование и психотерапия».
<http://www.klex.ru/97m>

* * *

5. Мотивационное интервьюирование

Мотивационное интервьюирование (МИ) – это техника консультирования, в которой консультант становится помощником в процессе изменения поведения. МИ – это процесс, совместно с консультантом рассмотрения мотивов, побуждающих его к принятию решений, действию или бездействию по отношению к какой-либо ситуации. Основываясь на принципах клиент-центрированного подхода, тем не менее, МИ является директивным методом работы, в том смысле, что консультант не идет полностью за клиентом, а направляет беседу так, чтобы он:

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

В целом это создает условия для развития в клиенте осознанности, самостоятельности и ответственности за свою жизнь.

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

Консультант может применять мотивационное интервьюирование в случаях, когда клиент «подумывает» об изменении поведения, но испытывает сомнения, растерян или затрудняется самостоятельно найти оптимальный выход.

Баланс принятия решения

Важно понимать, что любое деструктивное с нашей точки зрения поведение, несет в себе и определенные плюсы. Например, состояние наркотического опьянения может перевешивать для клиента все связанные с этим негативные последствия. А менее рискованное поведение, может таить в себе определенные минусы.

Консультант: Давайте представим, что будет, если вы прекратите принимать таблетки – что Вам это даст?

Клиент: Я буду чувствовать себя лучше, мне не надо будет нервничать из-за этого, скрываться от родных, что я лечусь, прекратятся побочные эффекты.

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

Клиент: Нуу, может мои CD-клетки упадут. Не знаю, я слышал, что лечиться рано или поздно придется, а после перерыва эти таблетки могут уже не действовать...

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

Исследование амбивалентности

Для того чтобы помочь клиенту разглядеть противоречивость своих желаний (амбивалентность), консультант может использовать парфраз. Важно помнить, что отражение амбивалентности ни в коем случае не предполагает издевательского, насмешливого тона. Консультант не «ловит» клиента на слове, а корректно уточняет, правильно ли он его понял.

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

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

Дополнительная литература:

1. Методические рекомендации «Мотивационное интервьюирование лиц, употребляющих инъекционные наркотики».
<http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/our/motivationinterview/pdf/mg6.pdf>
2. Мотивационное интервьюирование – руководство для тренера.
<http://www.twirpx.com/file/729115/>

* * *

6. Когнитивная психотерапия

Когнитивная психотерапия (КТ) – директивный, структурированный и ориентированный на мишени подход, в основе которого лежит когнитивная модель различных расстройств или дисфункционального поведения. На основе этой модели КТ интегрирует множество различных техник, как оригинальных, так и заимствованных из других психотерапевтических систем – гештальт-терапии, психодрамы, поведенческой и клиент-центрированной терапии. Однако конечная цель всех процедур, используемых в КТ, заключается в модификации дисфункциональных убеждений и ошибочных способов переработки информации. Отличительная особенность КТ заключается в тщательной экспериментальной проверке всех теоретических построений, лежащих в основе терапевтических принципов, и кропотливых оценках ее эффективности.

Основные положения когнитивной модели расстройств

Когнитивная модель психических расстройств отводит центральную роль процессам переработки информации: то, как люди думают, определяет – что они чувствуют и как действуют. С этой точки зрения, патологические эмоциональные состояния и дисфункциональное поведение есть результат «неадаптивных» когнитивных процессов.

Когнитивная модель любого расстройства предполагает наличие трех основных параметров:

- когнитивных элементов;
- когнитивных процессов;
- когнитивного содержания.

В процессе когнитивной терапии специалисты имеют дело с когнитивными элементами двух уровней:

1. так называемыми «автоматическими» образами и мыслями, связанными с переработкой текущей информации и являются реакцией на происходящее в настоящий момент;
2. базисными послылками, представляющими собой систему глубинных представлений индивида о себе и об окружающем мире, в которой фиксирован его прошлый опыт.

Техники когнитивной терапии

Техники выявления автоматических мыслей

Автоматические мысли выявляются путем расспросов клиента. Если клиент с трудом вспоминает мысли, то необходимо отыскать неадаптивные визуальные образы. Кроме того, используется техника проигрывания ролей, в рамках которой клиент побуждается к отслеживанию собственных автоматических мыслей. Но автоматические мысли обнаруживаются скорее в реальной, а не в терапевтической ситуации. Реальная психотравмирующая ситуация вызывает эмоции и актуализацию

неадаптивных мыслей, которые становятся «горячими». Такие «горячие» мысли и образы более доступны наблюдению. Следует проверить, является ли найденная клиентом (с помощью консультанта) автоматическая мысль мифологемой или имеет место в действительности (хотя и не осознавалась) и связывает между собой травматическую ситуацию и психопатологические эмоциональные реакции. Поэтому эти мысли проверяются непосредственными поведенческими фактами и/или логическим анализом.

Например, если мужчина открыл в себе автоматическую мысль: «Я не могу разговаривать с красивыми женщинами», его поощряют проверить эту мысль в реальном общении. Может оказаться, что она подлежит корректировке, например, «Я боюсь властных женщин» или «Я боюсь быть отвергнутым» и т. п. В основе нескольких разных автоматических мыслей может лежать одно неадаптивное убеждение, например – «Я никчемный человек». Очевидно, что это убеждение проявляется в ряде самых различных мыслей, таких как «Жена меня не любит», «У меня не получится это сделать» и т. п. Консультант может помочь клиенту выявить общее в этих различных автоматических мыслях. Консультант не должен навязывать клиенту это обобщение, не должен интерпретировать его поведение.

Техники проверки обоснованности автоматических мыслей и когнитивного реконструирования

Клиент может отказаться от неадаптивной мысли только тогда, когда будет убежден в том, что она неверна – «Господи, а я столько лет жил с этой мыслью. Какой же я был дурак!». Убедиться в абсурдности своей мысли – значит сделать шаг к тому, чтобы, во-первых, диссоциироваться от нее и, во-вторых, отказаться от нее. В когнитивной терапии используются различные когнитивные и поведенческие техники, способствующие тому, чтобы клиент отказался от неадаптивных мыслей.

1. Проверка обоснованности автоматической мысли следствиями из нее.

Клиент. Если я провалюсь – это катастрофа.

Консультант. А что произойдет, если вы провалитесь? Умрут ваши родственники, от вас уйдет жена?

Клиент. Нет, я просто буду плохо себя чувствовать.

Консультант. Представьте, что будет, если вы получите два.

Клиент. Я буду плохо себя чувствовать.

Консультант. И как долго?

Клиент. Дня два.

Консультант. И поэтому, вы считаете эту ситуацию катастрофой.

2. Побуждение к проверке неадаптивной мысли в реальном действии.

Например, у депрессивного клиента имеется мысль: «Я ни к чему не способен». Клиента побуждают к маленьким, но реальным успешным

действиям. Например, женщину побуждают к тому, чтобы она приготовила обед и т.п. Клиент выполняет всё более трудные задания.

3. Сравнение с другими.

Клиент. Жизнь бесполезна, так как я ничего не достиг в профессии и ничего из себя не представляю.

Консультант. Вы встречали людей, которые не достигают высот в профессии и тем не менее счастливы?

Клиент. Да.

Консультант. Выходит, это не главное условие счастья?

4. Метод выявления логических несоответствий в системе убеждений клиента.

Консультант. Почему вы хотите покончить с собой?

Клиент. Без мужа я ничто... Без мужа мне не будет счастья... Но я не могу спасти наш брак.

Консультант. Какими были ваши супружеские отношения?

Клиент. Несчастливыми с самого начала... Муж вечно мне изменял. Я почти не видела его последние пять лет.

Консультант. Вы говорите, что не будете счастливы без мужа... Но счастливы ли вы рядом с ним?

Клиент. Нет, мы все время ссоримся.

Консультант. Вы говорите, что без мужа вы ничто. Вы были этим «ничто» и до встречи с мужем?

Клиент. Нет, мне казалось, что я из себя что-то представляю.

Консультант. Если вы что-то из себя представляли до знакомства с мужем, почему сейчас вам для этого необходим он?

Клиент (озадаченно). Гм...

Консультант. Были ли у вас приятели до встречи с мужем?

Клиент. Я пользовалась тогда довольно большой популярностью.

Консультант. Почему вы считаете, что не будете пользоваться популярностью теперь?

Клиент. Потому что не смогу привлечь другого мужчину.

Консультант. Проявляли ли мужчины интерес к вам после замужества?

Клиент. Множество мужчин приставали ко мне, но я их игнорировала.

Консультант. Если вы будете свободны, сможете ли вы их заинтересовать?

Клиент. Не знаю... думаю, что смогу.

Консультант. Вы говорите, что не можете вынести мысль о разрыве брака. Правда ли, что вы не видели мужа последние пять лет?

Клиент. Да, я видела его лишь пару раз в году.

Консультант. А не может ли случиться, что вы встретите другого мужчину, более верного, чем ваш нынешний муж?

Клиент. Думаю, что это возможно.

Консультант. Есть ли шансы, что вы снова сойдёте с мужем?

Клиент. Нет... У него другая женщина. Я ему не нужна.

Консультант. Тогда что вы теряете, разорвав брак?

Клиент. Не знаю.

Консультант. Если ваш брак был не настоящим, что вы реально теряете, разорвав его?

Клиент (после длительной паузы). Думаю, что ничего.

5. Метод катарсиса.

Если у клиента наблюдаются печаль и неприятие себя как личности, консультант побуждает его к аффективной вербализации своего состояния и плачу. Когда клиент плачет, он начинает себя жалеть. Поэтому происходит смена неадаптивной мысли отрицания себя на симпатию к самому себе.

6. Метод идентификации.

Консультант рассказывает клиенту о другом клиенте с подобными проблемами. Клиент идентифицирует себя с героем рассказа, сочувствует ему и переносит это на себя. Вследствие этого когнитивные установки могут меняться.

7. Метод записи событий дня.

Клиент. Сын меня не слушается.

Консультант. Ставьте знак «+» в листе наблюдений всякий раз, когда сын послушался вас, и знак «-», когда не послушался.

Если клиент жалуется: «Все люди агрессивны настроены по отношению ко мне», то консультант дает такой же совет – отмечать «+» или «-» каждое взаимодействие с людьми.

8. Имагинальная техника.

Клиент. Я не смогу.

Консультант. Вы можете вообразить это?

Клиент. Да (рассказывает о своих воображаемых действиях).

Консультант. Теперь вы можете попробовать сделать первый маленький шаг в этом направлении?

9. Метод разыгрывания ролей.

Пример: консультант играет роль сурового критика, встав на позицию, с которой депрессивный клиент постоянно критикует самого себя, т.е. консультант критикует пациента его словами и мыслями. Клиент начинает осознавать перегибы собственной критики.

12. Метод трех колонок.

В первой колонке описывается ситуация. Во второй – неадаптивные мысли. В третьей – коррективные мысли. Этот метод позволяет исследовать неадаптивные мысли и сформировать адаптивные.

13. Реатрибуция.

При использовании этой техники клиент поощряется к формулировке и проверке других объяснений причин событий. Данная техника особенно полезна тогда, когда клиент во всем винит себя. Техника реатрибуции поощряет к проверке реальности и поиску адекватной атрибуции ответственности путем проверки всех факторов, воздействующих на ситуацию.

14. Переопределение.

Позволяет определить собственную проблему более адаптивным образом. Например, утверждение «Никто не уделяет мне внимания» можно переформулировать так: «Я нуждаюсь в том, чтобы другие протянули мне руки и позаботились обо мне».

15. Децентрация.

Используется в работе с тревожными клиентами, которые ошибочно убеждены, что находятся в центре чье-либо внимания. У клиента спрашивают: «Каким образом окружающие могут читать ваши мысли?». Клиент поощряется к проверке своего утверждения. Так, один студент очень стеснялся говорить, отвечать в аудитории, так как был убежден, что сокурсники постоянно смотрели на него и подсмеивались. Ему было дано задание наблюдать за ними вместо того, чтобы фокусироваться на собственных эмоциях. В результате он пришел к другим мыслям.

В когнитивной терапии также используются домашние задания, заключающиеся в том, что клиент должен отслеживать свои автоматические мысли в той или иной психотравмирующей ситуации. Помимо этого, домашняя работа может включать чтение определенных книг, помогающих избавиться от неадаптивных убеждений, а также прослушивание и критический анализ аудиозаписей терапевтических сессий с целью выявления иррациональных верований.

Дополнительная литература:

- Джудит Бек. «Когнитивная терапия – полное руководство».
<http://www.klex.ru/8e4>