

---

# Использование метода мотивационного интервьюирования при стоматологическом лечении высоко тревожных пациентов

Асп. Н.Ю. АНИСИМОВА<sup>1</sup>, к.м.н., доц. Е.Н. АНИСИМОВА<sup>1\*</sup>, д.м.н., проф. С.А. РАБИНОВИЧ<sup>1</sup>, д.м.н., проф. Н.А. СИРОТА<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Кафедра обезболивания в стоматологии (зав. — д.м.н., проф. С.А. Рабинович) стоматологического факультета, <sup>2</sup>кафедра клинической психологии (зав. — д.м.н., проф. Н.А. Сирота) факультета клинической психологии ГБОУ ВПО «Московский медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Минздрава России

## Use of motivational interviewing method with dental treatment in highly anxious patients

N.YU. ANISIMOVA<sup>1</sup>, E.N. ANISIMOVA<sup>1</sup>, S.A. RABINOVICH<sup>1</sup>, N.A. SIROTA<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Anesthetic Support in Stomatology (Head — S.A. Rabinovich) Stomatological Faculty, <sup>2</sup>Department of Clinical Psychology (Head — N.A. Sirota) Faculty of Clinical Psychology State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov Russian Ministry of Health

---

Метод мотивационного интервьюирования разработан на основе опыта психологического лечения пациентов, зависимых от алкоголя и наркотиков. В стоматологии данный метод применялся за рубежом для повышения мотивации пациентов соблюдать гигиену полости рта. Впервые используется в России как средство достижения приверженности стоматологическому лечению у пациентов с высоким уровнем ситуативной тревожности. **Цель исследования** — обеспечение проведения стоматологического лечения в полном объеме у пациентов, испытывающих психоэмоциональное напряжение перед стоматологическим приемом и не приверженных стоматологическому лечению и конструктивному взаимодействию с врачом. **Материал и методы.** Пациенты (84 человека — 48 мужчин, 36 женщин) в возрасте от 18 до 54 без соматической патологии в декомпенсированной форме, испытывающих сильный страх и напряжение перед стоматологическим вмешательством на терапевтическом приеме, были разделены на две группы: группа исследования (42 человека), где каждое посещение стоматолога сопровождалось мотивационным интервьюированием, и группу сравнения (42 человека), где прием проводился традиционно. Субъективными критериями оценки функционального состояния пациента явились измерения ситуативной тревожности (по Spielbergerу—Ханину) артериального давления, частоты сердечных сокращений, а объективную оценку составили показатели катехоламинергической системы — адреналин и норадреналин в слюне пациентов. Все показатели фиксировались до и после каждого вмешательства. **Результаты.** Показатель ситуативной тревожности в группе исследования в течение 7 посещений снизился на  $62,23 \pm 1,89\%$ , систолическое артериальное давление — на  $7,6 \pm 0,54\%$ , диастолическое — на  $7,23 \pm 0,48\%$ , частота сердечных сокращений — на  $13,75 \pm 1,09\%$ . В группе сравнения в течение семи посещений наблюдалась следующая динамика: уровень ситуативной тревожности снизился на  $23,09 \pm 0,19\%$ , систолическое артериальное давление — на  $0,8 \pm 0,02\%$ , диастолическое — на  $2,39 \pm 0,21\%$ , частота сердечных сокращений — на  $2,46 \pm 0,19\%$ . **Вывод.** Применение метода мотивационного интервьюирования снижает уровень ситуативной тревожности и нормализует гемодинамические показатели у пациентов, испытывающих страх, волнение и напряжение, т.е. обладает стресспротективным действием, что позволяет проводить стоматологическое лечение у пациентов в полном объеме и избегать неотложных состояний в условиях амбулаторного приема.

*Ключевые слова:* мотивационное интервьюирование, приверженность стоматологическому лечению, страх перед стоматологическими вмешательствами.

The motivational interviewing method has been developed based on the experience gained during the psychological treatment of the patients suffering from alcohol and drug addiction. This method was applied abroad to enhance motivation of the patients for the compliance with the oral hygiene procedures. It was for the first used in this country as a tool for the improvement of compliance with the dental treatment being prescribed to the patients characterized by the high level of anxiety. **The objective of the present study** was to create conditions for the provision of the comprehensive stomatological aid to the patients experiencing psychoemotional strain while stuck in the waiting room, not complying with the prescribed dental treatment, and not ready for the mutually beneficial relationships with the dentist. **Material and methods.** The study involved 84 patients (48 men and 36 women) at the age varying from 18 to 54 years without dental pathology in the decompensated form experiencing strong fear and strain when waiting for the stomatological treatment. The patients were allocated to two groups. Group 1 was comprised of 42 patients for whom each visit to the dentist's surgery was preceded by a motivational interview. Group 2 included 42 patients visiting the dentist's office without preliminary motivation. The results of the evaluation of situational anxiety based on the Spielberg-Khanin scale, arterial pressure and the heart rate served as the subjective criteria for the functional conditions of the patients. The objective criterion was the state of the catecholaminergic system estimated based on the adrenalin and noradrenalin levels in the saliva. All these variables were recorded before and after each treatment. **Results.** The situational anxiety score in the patients of group 1 decreased by  $62.23 \pm 1.89\%$ , systolic and diastolic arterial pressure by  $7.6 \pm 0.54\%$  and  $7.23 \pm 0.48\%$  respectively while the heart rate fell down by  $13.75 \pm 1.09\%$  after 7 visits to the dentist's office. **Discussion.** The use of the motivational interviewing method makes it possible to reduce the level of situational anxiety and normalize the hemodynamic characteristics in the patients experiencing fear, excitement, and strain in waiting of the dental treatment. In other words, this method has the stress-protecting

potential and thereby allows to carry out the full-scale dental treatment in the absence of emergency situations under conditions of an outpatient dentistry.

*Key words: motivational interviewing, compliance with dental treatment, fear of stomatological intervention.*

Метод мотивационного интервьюирования (МИ) создан в 1983 г. Уильямом Миллером с целью недорого, эффективно и относительно надолго решить проблемы наркозависимости у пациентов в США. В дальнейшем совместно со Стефаном Рольником в 1991 г. У. Миллер детально описал структуру, положения и принципы данного метода. Авторы продолжали свою деятельность в течение многих лет, провели более 26 психологических исследований различных видов зависимости и доказали высокую результативность метода МИ.

Метод МИ — это акцентированный на поведении человека способ общения с пациентом, направленный на достижение положительного результата. Он строится на выявлении у пациента внутренней мотивации к изменению и ее укреплении в последующем. Метод использовался в различных медицинских областях: в лечении зависимостей [12, 19]; расстройствах питания [25], табакокурении [23], у пациентов с хроническим обструктивными болезнями легких [13], в комплексном лечении инсультов [18], контролируемом приеме препаратов у подростков [24] и людей пожилого возраста [20], при ведении депрессивных и тревожных пациентов психотерапевтами [26], контроле диабетического питания [15], т.е. при состояниях, влияющих на здоровье полости рта. Метод МИ стал вводиться в образовательные программы студентов на первом году обучения (в том числе дистанционные формы) для выработки навыков консультирования [21] благодаря своей высокой эффективности и низкой себестоимости [22].

В стоматологии метод МИ используется по нескольким направлениям, в том числе для оценки приверженности пациентов к соблюдению гигиены полости рта [14]. В данном слепом рандомизированном исследовании авторы доказали, что нескольких поочередно проведенных МИ недостаточно для поддержания необходимого уровня гигиены после вмешательств на тканях пародонта.

Также МИ показывает положительные результаты в профилактике кариеса в детской стоматологии [17]. Установлено, что при многократном МИ достоверно снижался прирост интенсивности кариеса за счет повышения уровня гигиены полости рта у малышей в семьях афроамериканцев с низким уровнем дохода, однако при однократном проведе-

нии МИ снижения прироста кариеса у обследуемых детей не происходило.

Метод позволяет обрести навыки специализированного общения с пациентом, которые были введены в образовательную программу студентов стоматологического вуза в США. В своей клинической практике студенты должны были применять все принципы МИ и письменно фиксировать, какие из них удавались им больше всего при общении с пациентами и какие не получались совсем [16].

Помочь пациенту выбрать правильное решение или преодолеть трудности непросто, так как решения даются ему нелегко, и любые изменения будут способствовать переменам, к которым не всегда хочется привыкать. Пациент проходит несколько стадий: размышления (что происходит, как это должно поменяться), намерения (желание что-то поменять, действовать), собственно действия, затем положительный результат этих действий или срыв, т.е. возвращение к стадии размышления и опять по новому кругу. От действий врача зависит достаточно многое, в том числе и срок положительного результата, и профилактика срыва.

МИ следует нескольким принципам: выражение эмпатии пациенту (т.е. сочувствие пациенту, желание ему помочь: «Я понимаю, что вас сильно беспокоит неприятный запах изо рта, вам, видимо, из-за этого сложно общаться с людьми, но ваша проблема абсолютно решаема, необходимо лишь ваше активное участие»); усиление противоположностей суждений пациента (пример: «Вы не хотите чистить зубы дважды в день и приобрести ирригатор, как того требует лечение вашего заболевания, однако без этих манипуляций наши с вами вмешательства могут стать не такими эффективными, как нам с вами того бы хотелось и, как следствие, повлекут за собой новые проблемы, которые увеличат общую стоимость работы стоматолога.»); избегание открытого противостояния пациенту (пример: «Конечно, я понимаю, что после профессиональной гигиены вы испытывали дискомфорт, мы с вами говорили о возможных неприятных ощущениях после, и вы согласились, зато теперь у вас нет никакого неприятного запаха изо рта, и, по-моему, это вас радует»); поощрение положительных результатов, достигнутых пациентом и его позитивной самооценки (пример: «Так здорово, что уровень гигиены у вас луч-

ше и состояние десны тоже — это непременно заслуживает большой похвалы!»).

Использование МИ в стоматологии за рубежом проходило на приеме без оценки тревожности пациентов. Их приверженность гигиене полости рта оценивалась чаще всего после единожды проведенного МИ.

Причиной применения нами способа МИ в амбулаторной практике врача-стоматолога стал тот факт, что большинство заболеваний в челюстно-лицевой области сопровождается болезненными ощущениями. Нервно-психическое напряжение и страх на приеме у врача-стоматолога испытывают от 84% [2] до 49% [10] больных. Проведенные исследования свидетельствуют о том, что около 5% взрослого населения испытывают чрезвычайный страх перед стоматологическим вмешательством, 20—30% испытывают сильный или умеренный страх, т.е. визит к стоматологу для них является психоэмоциональным стрессом [5, 8]. Лечение данных больных может вызвать обострения существующих соматических патологий [2, 9, 10], 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 и приводить к изменению гемодинамических показателей, дыхания, уровня сахара в крови, усилению потоотделения, а также неотложным состояниям [4, 7, 11].

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 выстроится межличностные отношения, в значительной мере будет зависеть и успешность лечения [3, 9]. В процессе решения медицинских проблем между врачом и пациентом возникает связь, которая представляет собой системно организованное человеческое взаимоотношение. Оно может быть как положительным, так и отрицательным. От характера этих взаимоотношений во многом зависят эффективность, содержание и результаты лечения. Стоматолог не может рассчитывать на успех в своей работе, не применив индивидуальный психологический подход к каждому конкретному пациенту [1].

Целью настоящей работы явилось обеспечение проведения стоматологического лечения в полном объеме у пациентов, испытывающих психоэмоциональное напряжение перед стоматологическим приемом и не приверженных стоматологическому лечению и конструктивному взаимодействию с врачом.

## Материал и методы

Нами был разработан алгоритм выявления пациентов с высоким уровнем тревожности перед приемом, включающий следующие действия:

1. Знакомство с врачом-стоматологом, проведение психологического тестирования: «Ситуативная тревожность».

2. Определение функционального состояния пациента: измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений (с помощью автоматизированного тонометра).

Затем пациенты с высокой ситуативной тревожностью (84 человека: 48 мужчин и 36 женщин в возрасте от 18 до 54 лет без сопутствующей соматической патологии в декомпенсированной форме) были разделены на две группы (в каждой по 42 человека — 24 мужчины и 18 женщин): группа исследования и группа сравнения.

В группе исследования проведение МИ проходило 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.

МИ в этой группе проводилось преимущественно с выражением эмпатии пациентам, внимательным выслушиванием их жалоб с помощью рефлексивного слушания. Например, при жалобе пациента на неострую боль от температурных раздражителей ответить согласно принципу рефлексивного слушания: «Правильно ли я понимаю, что вам хотелось бы есть с удовольствием, не обращая внимания на температуру пищи?».

Или на жалобу пациента о сильной кровоточивости десен и категорическом нежелании при этом чистить зубы из-за боязни ухудшения состояния зубов ответить так: «Вы утверждаете, что чем больше вы работаете зубной щеткой в данном месте, тем больше десна начинает кровоточить? Я уверена, что это прекратится, когда мы устраним истинную причину — поддесневой зубной камень — с помощью специального оборудования, и вам больше не придется так из-за этого переживать». Желательно также избегать споров и открытого противостояния с данной группой пациентов, так как строгое научение и назидания обычно вызывают у них лишь сопротивление.

Например, на нежелание пациента удалять зубы по поводу пародонтита тяжелой степени рекомендуется отвечать следующим способом: «Я понимаю, что вам не хочется удалять эти зубы, потому что затем дефект следует либо замещать, либо с ним остаться. А Ваша мнимая надежда, что зубы еще могут жевать или выполнять какую-либо эстетическую функцию, — это обман, однако не следует ему поддаваться, так как кроме хронической инфекции и сильного неприятного запаха изо рта они нам никак не служат». Или если у пациента наблюдается нарушение краевого прилегания пломбы на депульпированном зубе, который никак его не беспокоит, с

множеством незначительных сколов, и пациент не хочет лечиться, то можно так рассмотреть данную ситуацию: «Очень хорошо, что этот зуб вас никак не беспокоит, значит, возможно эндодонтически он пролечен правильно, что мы сейчас должны увидеть на прицельной рентгенограмме, однако пока он имеет незначительные дефекты, восстановить его будет проще, легче и дешевле, что тоже важно, потому как если допустить скол части зуба, который будет продолжаться под десной, то зуб придется либо удалять, либо восстанавливать коронкой».

В случае нежелания пациента восстанавливать отсутствующий зуб каким-либо из возможных ортопедических или хирургических способов, а оставить все без изменений, следует не угрожать, что со временем ситуация ухудшится, а плавно перенастроить пациента: «Я понимаю, что любой из возможных вариантов лечения довольно дорогостоящий, и вы боитесь отсутствия гарантий и допустимых рисков, однако вы достойны того, чтобы жевать пищу полноценно, не перегружая одну из сторон и подвергая как раз соседние с дефектом зубы риску сколов и переломов». А в случае нежелания консультироваться у врача-ортодонта, помощь которого необходима в данном клиническом случае, желательно согласиться с выбором пациента, оставив ему свободу выбора и предложив перенести эту консультацию на следующий визит. Пациенты с высокой тревожностью зачастую не справляются с поддержанием своей мотивации к стоматологическому лечению самостоятельно, поэтому врачу необходимо контролировать их запись на прием самому, без помощи ассистентов или администраторов. Такие пациенты любят вступать в споры и долговременные обсуждения вопросов, часто слыша лишь себя, поэтому врачу-стоматологу жела-

тельно перевести акцент на амбивалентности суждений пациента. В первое посещение таких пациентов не рекомендуется подвергать травматичным вмешательствам, а нужно только познакомить с обстановкой кабинета и, внимательно обследовав, провести профессиональную гигиену, конечно, если причина обращения не острая боль.

Данные о виде и количестве стоматологических вмешательств, проводимых у пациентов группы исследования, представлены в **табл. 1**.

Субъективной оценкой эффективности применяемого метода снижения тревожности являлся тест Спилбергера—Ханина, который проводился до и после каждого посещения.

Динамика ситуативной тревожности представлена на **рис. 1**.

Так, исходное значение ситуативной тревожности в данной группе составило  $51,13 \pm 1,95$  балла ( $p < 0,05$ ), после 3-го посещения это значение составило  $37,22 \pm 1,67$  балла ( $p < 0,05$ ), что является уже показателем средней ситуативной тревожности, к началу 5-го посещения цифра снизилась до  $25,41 \pm 0,79$  балла ( $p < 0,05$ ), и к концу 7-го уже до  $19,23 \pm 0,85$  балла ( $p < 0,05$ ). Метод МИ позволил снизить ситуативную тревожность пациентов группы исследования на 62,23%.

Изменения регистрации функциональных показателей артериального давления и частоты сердечных сокращений представлены в **табл. 2**.

Таким образом, наблюдается следующая динамика: систолическое артериальное давление снизилось на 7,6%, диастолическое — на 7,23%, частота сердечных сокращений — на 13,75%.

В группе сравнения коррекция высокой тревожности пациентов не проводилась, но было гарантировано внимательное отношение врача и тщатель-

**Таблица 1. Стоматологические вмешательства, проводимые пациентам в группе исследования**

| Вид стоматологического вмешательства                  | Количество манипуляций |         |
|---|------------------------|---------|
|   | мужчины                | женщины |
| Осмотр, консультации                                  | 24                     | 18      |
| Проведение местного обезболивания                     | 41                     | 35      |
| Проведение профессиональной гигиены                   | 21                     | 12      |
| Лечение кариеса                                       | 39                     | 31      |
| Лечение пульпита                                      | 9                      | 7       |
| Лечение периодонтита                                  | 6                      | 7       |
| Консервативное лечение заболеваний пародонта          | 20                     | 10      |
| Удаление зубов по поводу пародонтита                  | 5                      | 2       |
| Снятие оттисков, изготовление диагностических моделей | 19                     | 10      |

**Таблица 2. Изменения функциональных показателей у пациентов в группе исследования ( $p \leq 0,05$ )**

| Посещение | Систолическое артериальное давление, мм рт.ст. | Диастолическое артериальное давление, мм рт.ст. | Частота сердечных сокращений (уд/мин) |
|-----------|--|---|---------------------------------------|
| 1-е       | $131,23 \pm 9,23$                              | $83,08 \pm 6,99$                                | $80,04 \pm 6,78$                      |
| 3-е       | $127,45 \pm 8,33$                              | $78,61 \pm 5,82$                                | $75,09 \pm 5,81$                      |
| 5-е       | $123,91 \pm 8,23$                              | $79,84 \pm 6,68$                                | $71,88 \pm 6,81$                      |
| 7-е       | $121,08 \pm 7,09$                              | $77,09 \pm 5,79$                                | $69,07 \pm 4,68$                      |

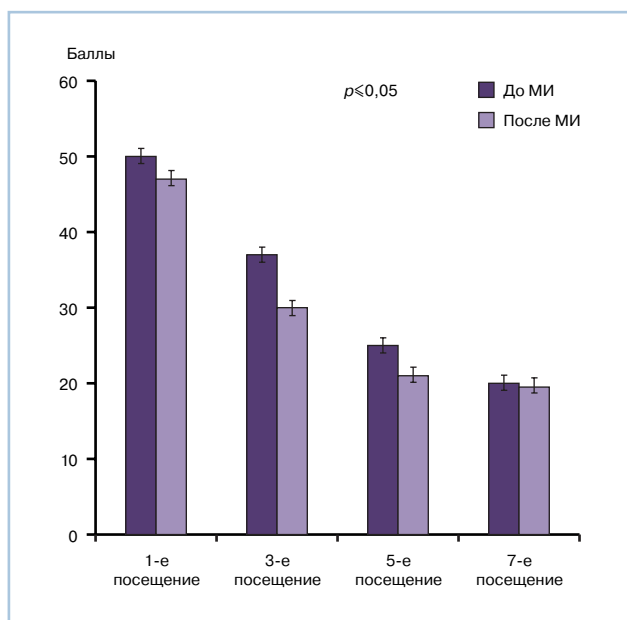


Рис. 1. Динамика ситуативной тревожности пациентов с высокой тревожностью в группе исследования.

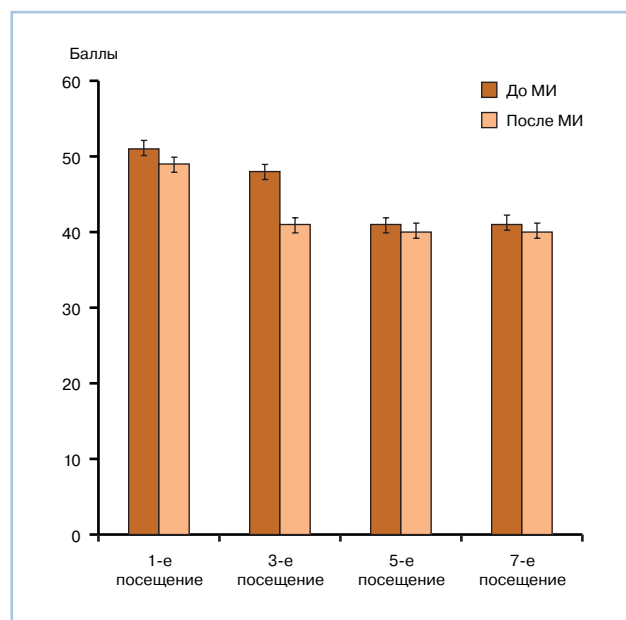


Рис. 2. Динамика ситуативной тревожности пациентов с высокой тревожностью в группе сравнения.

Таблица 3. Стоматологические вмешательства у пациентов группы сравнения

| Вид стоматологического вмешательства                  | Количество манипуляций |         |
|---|------------------------|---------|
|   | мужчины                | Женщины |
| Осмотр, консультации                                  | 24                     | 18      |
| Проведение местного обезболивания                     | 21                     | 16      |
| Проведение профессиональной гигиены                   | 19                     | 13      |
| Лечение кариеса                                       | 14                     | 9       |
| Лечение пульпита                                      | 5                      | 3       |
| Лечение пародонтита                                   | 4                      | 2       |
| Консервативное лечение заболеваний пародонта          | 15                     | 7       |
| Удаление зубов по поводу пародонтита                  | 1                      | 0       |
| Снятие оттисков, изготовление диагностических моделей | 0                      | 0       |

ный сбор анамнеза. На приеме у пациента регистрировались функциональные показатели, а также оценивалась ситуативная тревожность до и после вмешательства. Однако в случае нежелания пациента продолжать лечение или его несогласия с планом лечения окончательное решение оставалось за ним. Запись на последующий прием не контролировалась, поэтому пациенты могли оставить за собой определенное время посещения и не придти. Таким образом, они решали вопросы острой боли или сильно беспокоящих дефектов, но план лечения зачастую не выполняли до конца.

Данные о виде и количестве стоматологических вмешательств, проводимых у пациентов группы сравнения, представлены в **табл. 3**.

Динамика ситуативной тревожности данных пациентов оценивалась по результатам нескольких посещений. Данные представлены на **рис. 2**.

Так, исходное значение ситуативной тревожности в данной группе составило  $52,18 \pm 1,15$  балла ( $p \leq 0,05$ ), после 3-го посещения оно составило  $41,12 \pm 1,12$  балла ( $p \leq 0,05$ ) — данное значение относится к группе высокой тревожности, к началу 5-го посещения цифра снизилась лишь до  $40,21 \pm 1,42$  балла ( $p \leq 0,05$ ) и к концу 7-го посещения — до  $40,13 \pm 1,51$  балла ( $p \leq 0,05$ ). Таким образом, без коррекции эмоционального состояния пациента, в течение семи посещений, ситуативная тревожность пациента снизилась на 23,09%, что практически в 3 раза меньше, чем в группе исследования.

Динамика функциональных показателей у пациентов группы сравнения представлена в **табл. 4**.

Анализ изменения функциональных показателей выявил снижение систолического артериального давления на 0,8%, диастолического — на 2,39%, частоты сердечных сокращений — на 2,46%.

Таблица 4. Изменения функциональных показателей в группе сравнения ( $p \leq 0,05$ )

| Посещение | Систолическое артериальное давление, мм рт.ст. | Диастолическое артериальное давление, мм рт.ст. | Частота сердечных сокращений (уд/мин) |
|-----------|--|---|---------------------------------------|
| 1-е       | 130,14±9,19                                    | 82,81±7,15                                      | 80,04±6,78                            |
| 3-е       | 129,51±8,17                                    | 81,61±6,81                                      | 79,09±6,63                            |
| 5-е       | 129,91±8,13                                    | 80,41±6,84                                      | 79,89±6,81                            |
| 7-е       | 129,08±8,31                                    | 80,39±6,79                                      | 78,07±6,06                            |

## Вывод

Таким образом, применение метода МИ снижает уровень ситуативной тревожности и нормализует гемодинамические показатели у пациентов, испыты-

вающих страх, волнение и напряжение, т.е. оказывает стресспротективное действие, что позволяет проводить стоматологическое лечение у пациентов в полном объеме и избегать неотложных состояний в условиях амбулаторного приема.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Айер У. Психология в стоматологической практике. СПб 2008. 212 с.
2. Бизяев А.Ф. Обезболивание у больных с сопутствующей патологией в условиях стоматологической поликлиники: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М 1989: 30—31.
3. Гросицкая И.К. Отсроченные визиты к стоматологу и их связь с личностными особенностями пациента: Дис. ... канд. мед. наук. Московский государственный медико-стоматологический университет (МГМСУ) 2002: 36—51.
4. Гуревич К.Г. Индивидуальные особенности реакций регуляторных систем организма на стресс и методы их коррекции: Дис. ... д-ра мед. наук. М 2002: 94—110.
5. Ларенцова Л.И. Профессиональный стресс стоматологов. СПб: Мед. книга 2006: 98—113.
6. Максимовский Ю.М., Ларенцова Л.И. Межличностные взаимоотношения стоматолога с пациентом — важная составляющая в стоматологической практике. Стоматология для всех 2006; 4: 34—37.
7. Михальченко В.Ф. Системные механизмы формирования эмоционального напряжения человека в условиях стоматологического приема: Дис. ... д-ра мед. наук. Волгоградская медицинская академия (ВМА) 2002: 53—84.
8. Молчанов А.С. Технология управления поведением по Б.Ф. Скиннеру. А.С. Молчанов. Педагогика и психология в высшем медицинском образовании: сборник научных статей фак-та педагогического образования в высшей медицинской школе М: МГМСУ 2011. ч. 1: 27—38.
9. 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: 44—47.
10. Райнов Н.А. Комплексное лечение стоматологических больных в клинике терапевтической стоматологии с применением психотерапии: Дис. ... канд. мед. наук. М 1986: 112—120.
11. Рабинович С.А. Оценка потребности в проведении местной анестезии на амбулаторном стоматологическом приеме. Клиническая стоматология 2011; 3: 15.
12. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Профилактика наркомании и алкоголизма: Учебное пособие для студентов высших учебных заведений. Издательский центр «Академия» 2003. 176 с.
13. Benzo R.P. Mindfulness and motivational interviewing: two candidate methods for promoting self-management. Chron Respir Dis 2013; 10: 3: 175—182.
14. Brand V.S., Bray K.K., MacNeil S., Catley D., Williams K. Impact of single-session motivational interviewing on clinical outcomes following periodontal maintenance therapy. J Dent Hyg 2013; 11: 2: 134—141.
15. Carino J.L., Coke L., Gulanick M. Using motivational interviewing to reduce diabetes risk. Prog Cardiovascular Nurs 2004; 19: 4: 149—154.
16. Hinz J.G. Teaching dental students motivational interviewing techniques: analysis of a third-year class assignment. J Dent Educ 2010; 74: 12: 1351—1356.
17. Ismail A.I., Ondersma S., Jedele J.M., Little R.J., Lepkowski J.M. Evaluation of a brief tailored motivational intervention to prevent early childhood caries. Community Dental Oral Epidemiol 2011; 39: 5: 433—448.
18. Krishnamurthi R., Witt E., Baker-Collo S., McPherson K., Davis-Martin K., Rush E., Suh E., Starkey N. Reducing recurrent stroke: Methodology of the motivational interviewing in stroke (MIST) randomized clinical trial. Int J Stroke 2014; 9: 1: 133—139.
19. Martens M.P., Smith A.E., Murphy J.G. The efficacy of single-component brief motivational interventions among at-risk college drinkers. J Consult Clin Psychol 2013; 81: 4: 691—701.
20. Perrula de Torres L.A., Pulido Ortega, Perula de Torres C., Gonzalez Lama J., Olaya Caro I., Ruiz Moral R. Efficacy of motivational interviewing for reducing medication errors in chronic patients over 65 years with polypharmacy: Results of a cluster randomized trial. Med Clin (Barc) 2013.
21. Poirier M.K., Clark M.M., Cerhan J.H., Pruthi S., Geda Y.E., Dale L.C. Teaching motivational interviewing to first-year medical students to improve counseling skills in health behavior change. Mayo Clin Proc 2004; 79: 3: 327—331.
22. Shafer M.S., Rhode R., Chong J. Using distance education to promote the transfer of motivational interviewing skills among behavioral health professionals. J Subst Abuse Treat 2004; 26: 2: 141—148.
23. Steinberg M.L., Ziedonis D.M., Krejci J.A., Brandon T.H. Motivational interviewing with personalized feedback: a brief intervention for motivating smokers with schizophrenia to seek treatment for tobacco dependence. J Consult Clin Psychol 2004; 72: 4: 723—728.
24. Stevens J., Hayes J., Pakalnis A. A randomized trial of telephone-based motivational interviewing for adolescent chronic headache with medication overuse. Cephalalgia 2013.
25. Walpole B., Dettmer E., Morrongiello B.A., Mc Crindle B.W., Hamilton J. Motivational interviewing to enhance self-efficacy and promote weight loss in overweight and obese adolescents: a randomized controlled trial. J Pediatr Psychol 2013; 38: 9: 944—953.
26. Wesrta H.A. Managing resistance in cognitive behavioural therapy: the application of motivational interviewing in mixed anxiety and depression. Cogn Behav Ther 2004; 33: 4: 161—175.