

---

**КОНСТРУКТИВНЫЕ РЕСУРСЫ ИНТЕРНЕТА  
В СОВРЕМЕННОЙ МЕДИЦИНЕ**  
**CONSTRUCTIVE RESOURCES OF THE INTERNET  
IN MODERN MEDICINE**

---

**ДИНАМИКА  
ФАКТОРОВ РИСКА  
ЗАБОЛЕВАНИЙ СЕРДЦА  
ПОД ВЛИЯНИЕМ  
ДИСТАНЦИОННОГО  
МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО  
КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ**

**Н.А. СИРОТА\***,  
ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России,  
Москва, Россия,  
sirotan@mail.ru

**Для цитаты:**

*Сирота Н.А., Сивакова О.В., Ялтонский В.М.* Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 3. С. 175—196. doi: 10.17759/cpp.20192703011

\* *Сирота Наталья Александровна*, доктор медицинских наук, декан факультета клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова» Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: sirotan@mail.ru

**О.В. СИВАКОВА\*\***,  
ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России,  
ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России,  
Москва, Россия,  
sivoksana@yandex.ru

**В.М. ЯЛТОНСКИЙ\*\*\***,  
ФГБОУ ВО МГМСУ имени А.И. Евдокимова Минздрава России,  
Москва, Россия,  
Yaltonsky@mail.ru

Проблема профилактического лечения людей с факторами риска сердечно-сосудистых заболеваний (ФР ССЗ) чрезвычайно важна. В то же время, несмотря на доказанную высокую эффективность профилактического лечения ФР ССЗ, приверженность ему пациентов все еще остается низкой. В связи с этим актуальной является разработка новых подходов контроля и улучшения профиля ФР ССЗ. В статье приведены результаты применения инновационной методики медико-психологического консультирования. Данная методика объединяет важнейшие достижения трех крупных развивающихся направлений работы с пациентом: 1) медицинской психологии (с использованием методов мотивационного консультирования, копинг-профилактики и др.); 2) терапии и кардиологии; 3) использования современных цифровых дистанционных технологий. Результаты проведенного исследования показывают эффективность методики дистанционного медико-психологического консультирования для формирования приверженности профилактическому лечению у людей с ФР ССЗ.

**Ключевые слова:** факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний, дистанционные технологии, психологическое консультирование, мотивационное консультирование, эмоциональные и когнитивные факторы.

XXI век по праву можно назвать веком цифровых информационных, дистанционных технологий, открывающих принципиально новые возможности для передачи информации. За последние несколько лет

\*\* *Сивакова Оксана Викторовна*, соискатель, кафедра клинической психологии, факультет клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», научный сотрудник, ФГБУ «НМИЦ профилактической медицины» Минздрава России, Москва, Россия, e-mail: sivoksana@yandex.ru

\*\*\* *Ялтонский Владимир Михайлович*, доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической психологии, ФГБОУ ВО «Московский государственный медико-стоматологический университет имени А.И. Евдокимова», Москва, Россия, e-mail: yaltonsky@mail.ru

взрывное развитие и рост использования Интернета кардинально изменили повседневную жизнь благодаря использованию электронных информационных и телекоммуникационных технологий для поддержки здравоохранения, реализуемого в неограниченном пространстве, для обучения пациентов и профессионального медицинского обслуживания, что отражает междисциплинарный характер области и быстрый рост телекоммуникационных и сетевых ресурсов здравоохранения. Появляется возможность оказания дистанционной психологической и медицинской помощи пациентам, в том числе с использованием сети Интернет, электронной почты, смс-сообщений, видеосвязи, интернет-мессенджеров и др.

Телеконсультирование может осуществляться как в режиме реального времени (синхронное взаимодействие специалиста и пациента), так и отсрочено (информация поступает к психологу или врачу, оказывающему помощь, по одному из каналов, специалист обрабатывает ее в удобное для него время и направляет ответ пациенту). Дистанционная медицина начинает преобразовать медицинскую практику, в корне изменяет способ взаимодействия пациентов со всей системой здравоохранения. Произошедшие изменения становятся все более актуальными, так как медицина тяготеет к хроническим заболеваниям (прежде всего сердечно-сосудистым), где диагностика и лечение, коммуникация являются сложными и требуют участия групп специалистов в рамках междисциплинарного подхода.

В настоящее время сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) являются основной причиной смертности, потери функций, низкого качества жизни, высокой стоимости лечебно-реабилитационных мероприятий в России и в мире [3]. При этом крупномасштабные исследования показывают, что до 90% инфарктов и инсультов может быть предотвращено с помощью профилактической коррекции ФР ССЗ [18; 23]. В то же время, несмотря на доказанную высокую эффективность, приверженность профилактическому лечению ФР ССЗ все еще остается низкой [13]. Низкая приверженность лечению может быть связана с целым рядом причин: 1) большая часть ФР ССЗ не беспокоят пациента и не влияют существенно на качество его жизни — это снижает мотивацию к следованию профилактическим рекомендациям; 2) профилактическое лечение ФР ССЗ требует активной позиции пациента, модификации образа его жизни, освоения новых навыков эмоциональной, когнитивной и поведенческой саморегуляции.

Кардио-васкулярные болезни в настоящее время могут рассматриваться как комплексы состояний, вызываемые преимущественно психологическими и поведенческими факторами. Потенциальные поведенческие риски и протективные факторы являются целью системных

исследований, включающих изучение психосоциального стресса, эмоциональных состояний, социальной интеграции, личностных черт и социоэкономического статуса. Помимо дистанционных технологий, в медицине активно развиваются инновационные психологические технологии копинг-профилактики, которые формируют направленное, опережающее развитие стратегий и ресурсов преодоления жизненных стрессов, способствуют психологическому росту индивида, мотивируют его укреплению здоровья и понижают восприимчивость к болезням, а также снижают риск заболеваний и смягчают последствия приобретенных заболеваний [2; 7; 10]. Технологии мотивационного консультирования позволяют изменять поведение, связанное со здоровьем и болезнью, повышать мотивацию к лечению. Мотивационное интервьюирование (МИ), разработанное Уильямом Р. Миллером, определяется как ориентированный на личность пациента сопереживающий стиль консультирования, используемый специалистами для повышения готовности к изменению поведения, мышления и жизненного стиля человека [15; 16].

Используемый в данном исследовании инновационный метод, объединяющий современные цифровые, психологические и связанные с фармакотерапией медицинские технологии, предлагает принципиально новые возможности для контроля ФР ССЗ.

Целью исследования стало изучение влияния дистанционного медико-психологического консультирования на динамику факторов риска заболеваний сердца и других эмоциональных и когнитивных факторов.

## Метод

**Выборка.** Исследование включило 140 пациентов, которые составили две одинаковые по количеству (по 70 человек) сравнимые между собой по полу, возрасту, отягощенности ФР ССЗ группы: группу медико-психологической коррекции с применением дистанционных технологий (экспериментальная) и группу стандартного наблюдения (контрольная).

Критерии включения пациентов в исследование:

- 1) возраст старше 18 лет;
- 2) способность к использованию дистанционных технологий;
- 3) наличие одного и более ФР ССЗ:
  - повышенный уровень артериального давления (выше 140/90 мм. рт. ст.);
  - курение;
  - низкая физическая активность (менее 150 мин в неделю);
  - психосоциальные факторы риска (тревога, депрессия, чрезмерные стрессы);

- сахарный диабет;
- избыточная масса тела и ожирение — ИМТ более 25 кг/м<sup>2</sup> (в том числе
  - абдоминальное ожирение: окружность талии ≥80 см для женщин и ≥94 см для мужчин);
  - гиперлипидемия;
  - избыточное употребление алкоголя (более одной стандартной дозы 10 г. в день — для женщин и двух стандартных доз 20 г. в день — для мужчин);
  - недостаточное употребление овощей и фруктов (менее 400 г. в день).

Критерии исключения пациентов из исследования:

- 1) тяжелое психическое заболевание;
- 2) наличие тяжелого или нестабильного заболевания сердечно-сосудистой или других систем органов.

Исходно не было статистически значимых различий групп между собой по возрасту, гендерному составу, отягощенности ФР ССЗ. Средний возраст пациентов составил 53±17 лет, мужчин — 54%, женщин — 46%.

**Методики.** Для проведения исследования использованы следующие психодиагностические методики.

*Когнитивные представления о болезни* (Evers et al., 2001; Сирота, Московченко, 2014) — включает шкалы «Принятие», «Воспринимаемые преимущества» (отражают способность больного адаптироваться к хроническому заболеванию, изменения в его жизненных приоритетах), «Беспомощность» (указывает на снижение психосоциальной адаптации, фокусируемого больного на негативных аспектах заболевания, как неконтролируемого, непредсказуемого и неизменного состояния) [8; 12].

*Восприятие социальной поддержки* (Zimet et al., 1998; Ялтонский, Сирота, 1994) — позволяет выявить основной источник воспринимаемой социальной поддержки (семья, друзья, значимые другие) [7; 10; 24].

*Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями* (Вассерман Л.И. и др., 2009) — позволяет выделить копинг-стратегии: конфронтация, дистанцирование, самоконтроль, поиск социальной поддержки, принятие ответственности, бегство—избегание, планирование решения проблемы, положительная переоценка [1].

*Шкала комплаентности Мориски—Грин — 4-item Medication Adherence Report Scale* (Morisky, Green, Levine, 1986; Небиеридзе и др., 2015) [5; 17].

**Дизайн исследования.** Проведено экспериментальное клиническое сравнительное проспективное лонгитудинальное исследование. Продолжительность исследования составила 12 месяцев (рис. 1).



Рис. 1. Дизайн исследования

Пациентами экспериментальной и контрольной групп в начале и в конце исследования (через 12 месяцев) заполнены опросники, которые включили биографическую и клинико-anamнестическую информацию; вопросы, касающиеся степени выраженности конкретных ФР ССЗ; психодиагностические методики. Пациенты группы сравнения в процессе исследования наблюдались стандартным образом по месту жительства.

Пациенты экспериментальной группы приняли участие в комплексной программе медико-психологической коррекции ФР ССЗ с применением дистанционных технологий. Основой этой программы является создание и поддержание партнерских отношений с пациентом на пути модификации образа жизни.

Каждому пациенту врачом-исследователем присвоен уникальный идентификационный номер, который использовался при сборе информации, данные о пациенте при сборе и последующей статистической обработке материала хранились в закодированном деперсонализированном виде.

Таким образом, в начале и по окончании исследования получен ряд показателей, отражающих выраженность ФР ССЗ, приверженность к медикаментозной терапии и психометрические характеристики паци-

ентов. Проведен статистический анализ данных в основной группе и группе сравнения, а также выполнен субанализ в подгруппах мужчин и женщин.

**Статистический анализ** полученных данных выполнен при помощи процедур математической статистики (дескриптивного анализа, анализа распределений, анализа значимости различий) с использованием программы Statistica (версия 10.0). Проверка нормальности распределения осуществлена с помощью критерия Колмогорова—Смирнова. В случае нормального распределения количественных показателей сравнение проведено с помощью t-критерия Стьюдента. В случае отсутствия нормального распределения количественных показателей, а также в случае анализа качественных или порядковых переменных использован U-критерий Манна—Уитни. В случае сравнительного анализа качественных бинарных показателей использован критерий  $\chi^2$ .

## Результаты и обсуждение

**Результаты исследования динамики факторов риска после применения дистанционного медико-психологического консультирования по сравнению со стандартным наблюдением у пациентов с ФР ССЗ.**

Проанализированы динамика ФР ССЗ, а также изменения психодиагностических показателей в начале и по окончании исследования. Сравнительный анализ динамики ФР ССЗ показал, что медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий в течение 12 месяцев привело к достоверному улучшению профиля ФР ССЗ (рис. 2): достижению целевых уровней артериального давления ( $p=0,002$ ); физической активности ( $p=0,003$ ); увеличению доли пациентов, употребляющих 400 г. в день овощей и фруктов ( $p=0,006$ ); снижению индекса массы тела ( $p=0,0003$ ) и уменьшению окружности талии ( $p=0,002$ ); снижению уровня холестерина ( $p=0,004$ ); в подгруппе курящих пациентов — уменьшению количества выкуриваемых в день сигарет [6]. Между группами через 12 месяцев наблюдения не было выявлено статистически значимых различий по уровню глюкозы крови и объему употребляемых алкогольных напитков [6].

**Результаты сравнительного исследования динамики когнитивных представлений о болезни в обследуемых группах после применения дистанционного медико-психологического консультирования.**

Исходно у испытуемых с ФР ССЗ выявлено преобладание адаптивных интерпретационных стилей в ситуации болезни. Вместе с тем у 25% пациентов дезадаптивный стиль является преобладающим.

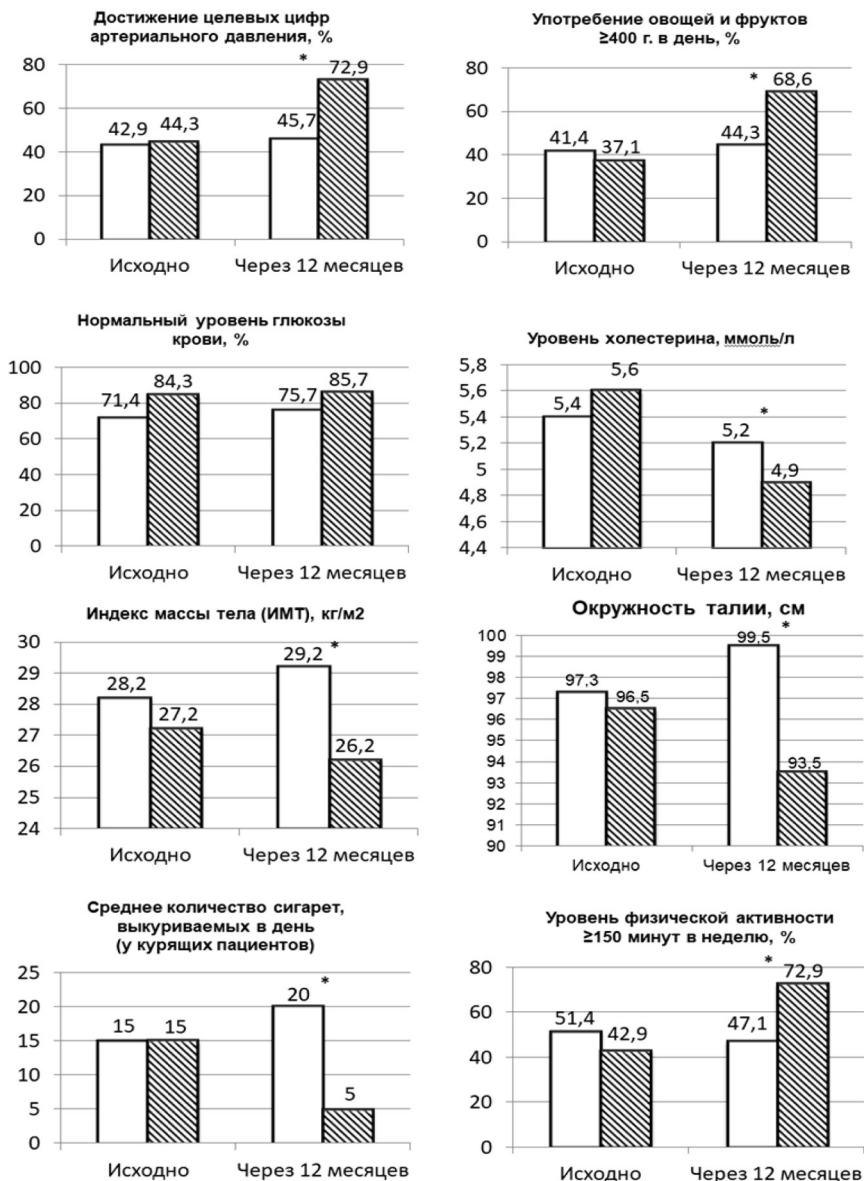


Рис. 2. Сравнительный анализ ФР ССЗ у пациентов экспериментальной и контрольной групп исходно и через 12 месяцев наблюдения (%): «\*» — статистически значимые различия,  $p < 0,05$



Сравнительный анализ показал, что исходно статистически значимых различий между группами в выраженности того или иного интерпретационного стиля в ситуации болезни (когнитивных стратегий саморегуляции болезни) не было выявлено. Через 12 месяцев в экспериментальной группе выявлена статистически значимая большая выраженность интерпретационного стиля «Принятие» ( $p=0,002$ ) и меньшая выраженность стиля «Беспомощность» ( $p=0,006$ ) (табл. 1). Статистически значимых различий в отношении интерпретационного стиля «Восприятие преимуществ» выявлено не было.

Таблица 1

**Когнитивные представления о болезни: среднее количество баллов исходно и через 12 месяцев и уровень  $p$  при сравнении двух групп**

Показатель	Группа 1 Исходно	Группа 2 Исходно	Группа 1 через 12 месяцев	Группа 2 через 12 месяцев	$p$ исходно	$p$ через 12 месяцев
Принятие	16,10	15,53	17,02	15,41	0,354	0,002
Беспомощность	11,29	12,26	10,60	12,21	0,210	0,006
Воспринимаемые преимущества	15,06	14,99	16,52	15,60	0,991	0,163

Таким образом, медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий у пациентов с ФР ССЗ способствует повышению принятия имеющихся у пациента проблем со здоровьем и уменьшению ощущения беспомощности в отношении болезни.

***Результаты сравнительного исследования динамики восприятия социальной поддержки в группах пациентов с факторами риска заболеваний сердца.***

При работе с пациентами с ФР ССЗ требуется формирование у них новых навыков жизненного стиля. Данная задача является непростой, в связи с тем, что многие навыки пациента, суммарно составляющие его образ жизни, усвоены им еще в детстве и продолжают активно поддерживаться его социальным окружением в настоящее время [19]. В связи с этим при коррекции ФР ССЗ важное значение может иметь определение основных источников социальной поддержки (ИСП) у пациентов, как ресурсов совладания с болезнью. Исходно выявлена следующая градация ИСП у пациентов с ФР ССЗ: 1 — семья ( $2,54 \pm 1,46$  балла, умеренный уровень); 2 — значимые другие ( $2,4 \pm 1,39$  балла, умеренный уровень); 3 — друзья ( $1,94 \pm 1,61$  балла, сниженный уровень).

Сравнительный анализ восприятия социальной поддержки показал, что исходно две группы достоверно не различались по основным показателям (табл. 2). Анализ через 1 год выявил, что в экспериментальной группе наблюдался статистически достоверно более высокий уровень восприятия социальной поддержки от источников «семья» ( $p=0,004$ ); «друзья» ( $p=0,009$ ) и «значимые другие» ( $p=0,003$ ) (табл. 2).

Таблица 2

**Результаты сравнительного исследования восприятия основных источников социальной поддержки в обследуемых группах после применения дистанционного медико-психологического консультирования (в баллах)**

Источник социальной поддержки	Группа 1 (n=70) Исходно	Группа 2 (n=70) Исходно	Группа 1 (n=70) через 12 месяцев	Группа 2 (n=70) через 12 месяцев	р исходно	р через 12 месяцев
Семья	2,63	2,46	3,21	2,47	0,582	0,004
Друзья	2,07	1,81	2,74	2,11	0,364	0,009
Значимые другие	2,44	2,36	3,24	2,54	0,707	0,003

***Результаты сравнительного исследования способов совладания со стрессовыми и проблемными для личности ситуациями и их динамики в группах пациентов с факторами риска заболеваний сердца.***

Исходно отмечалось умеренное использование всех видов стратегий совладающего поведения. При сравнении экспериментальной группы и группы сравнения исходно статистически значимых различий выявлено не было (табл. 3).

Через 12 месяцев в экспериментальной группе выявлено статистически значимое более частое использование адаптивных копинг-стратегий «Планирование решения проблемы» ( $p=0,002$ ), «Принятие ответственности» ( $p=0,011$ ), «Самоконтроль» ( $p=0,001$ ) и «Положительная переоценка» ( $p=0,002$ ). По остальным шкалам различий выявлено не было.

***Результаты сравнительного исследования динамики приверженности профилактическому лечению в обследуемых группах после применения дистанционного медико-психологического консультирования.***

Пациентам двух групп был задан вопрос о частоте пропуска приема назначенной терапии (оценка производилась по шкале от «0» до «4», где «0» — «никогда не пропускает», «4» — «очень часто»), а также о причинах таких пропусков. Кроме того, приверженность оценивалась с помощью

Таблица 3

**Результаты сравнительного исследования способов совладания со стрессовыми, проблемными ситуациями в обследуемых группах после применения дистанционного медико-психологического консультирования (в Т-баллах)**

Показатель	Группа 1 (n=70) Исходно	Группа 2 (n=70) Исходно	Группа 1 (n=70) через 12 месяцев	Группа 2 (n=70) через 12 месяцев	р исходно	р через 12 месяцев
Планирование	49,43	48,90	51,19	46,00	0,955	0,002
Конфронтация	46,80	48,30	49,54	47,69	0,388	0,147
Поиск социальной поддержки	51,31	52,66	51,59	50,37	0,386	0,319
Ответственность	48,96	49,73	49,90	47,43	0,534	0,011
Самоконтроль	48,76	46,94	49,71	45,23	0,301	0,001
Бегство/Избегание	47,61	48,79	49,21	49,19	0,494	0,433
Дистанцирование	49,61	51,83	50,36	52,96	0,235	0,255
Положительная переоценка	48,39	49,24	50,20	46,17	0,770	0,002

классического опросника Мориски—Грин. Также пациентам был задан вопрос о причинах пропуска лекарственных препаратов, результаты представлены на рис. 3.

Данные причины в дальнейшем учитывались при проведении медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий. Сравнительный анализ уровня приверженности в двух группах исходно статистически значимых различий не выявил (табл. 4). Через 12 месяцев в экспериментальной группе отмечается статистически значимое повышение приверженности профилактическому лечению по сравнению с группой сравнения (табл. 4).

Результаты исследования исходного уровня приверженности обследуемых групп свидетельствуют о частых пропусках фармакотерапии и неприверженности терапии в целом. После проведения дистанционного медико-психологического консультирования (12 месяцев) в группе 1 следование рекомендациям врача повысилось и достигло уровня недостаточной приверженности с риском перехода в группу неприверженного лечению, а частота пропусков фармакотерапии снизилась почти в 2 раза.

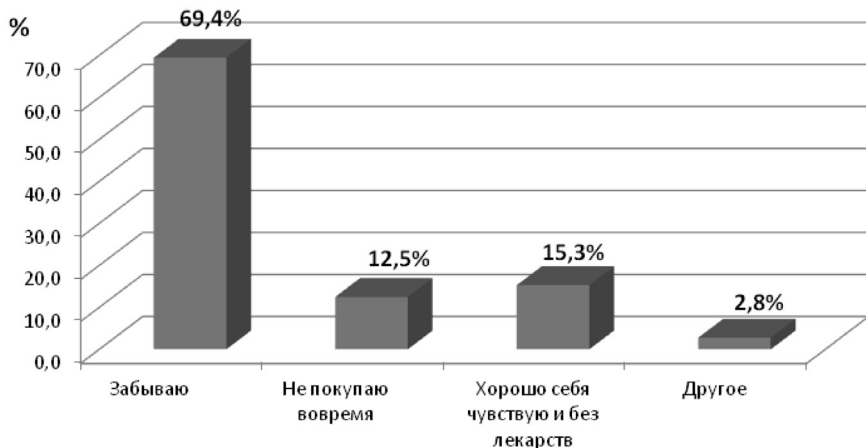


Рис. 3. Процентное соотношение различных причин пропуска лекарственных препаратов у пациентов с ФР ССЗ

Таблица 4

**Результаты исследования уровня приверженности у пациентов с ФР ССЗ в обследуемых группах после проведения дистанционного медико-психологического консультирования (в баллах)**

Показатель	Группа 1 (n=70)		Группа 2 (n=70)		р исходно	р через 12 месяцев
	Исходно	Исходно	через 12 месяцев	через 12 месяцев		
Частота пропуска лекарственной терапии	0,90	1,03	0,50	0,90	0,284	0,001
Уровень приверженности (Мориски—Грин)	2,26	2,44	3,11	2,60	0,163	0,001

**Структура и компоненты комплексной программы медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий (краткое содержание)**

Комплексная программа включила в себя первичную очную консультацию, далее дистанционные консультации по телефону в течение 12 месяцев и, по завершении исследования, заключительную очную профилактическую консультацию. Дистанционное консультирование осуществлялось согласно составленному на первичной очной консуль-

тации индивидуализированному плану, а также при активном обращении пациента, но не реже одного раза в месяц. Важным моментом является предоставление пациенту возможности напрямую связываться со специалистом.

Медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий включало в себя: телефонные звонки пациенту один раз в месяц ( $30 \pm 10$  мин, пересылку 12 и более мотивирующих смс-напоминаний о сформулированных совместно с пациентом целях по достижению контроля ФР ССЗ и информационных материалов, посвященных факторам риска ССЗ, посредством дистанционных технологий (электронная почта, мессенджеры). Кроме того, врач получал обратную связь от пациентов относительно их состояния, количественных показателей ФР ССЗ и других вопросов посредством дистанционных технологий (телефон, смс, электронная почта, мессенджеры). Психологическое консультирование осуществлялось психологом, коррекция лекарственной терапии (при необходимости) — врачом-кардиологом.

Как дистанционные, так и очные консультации пациентов экспериментальной группы включали в себя применение следующих медико-психологических методов и подходов.

**I. Углубленное профилактическое консультирование.** Общий алгоритм углубленного профилактического консультирования состоит в следующем: 1) пациенту задаются вопросы о ФР ССЗ и его информируют о выявленных у него факторах риска; 2) пациенту объясняется важность контроля ФР; 3) производится оценка отношения пациента к ФР ССЗ, его желание и готовность к оздоровлению образа жизни; 4) с пациентом обсуждаются индивидуальные цели, а также план действий, график контактов с врачом и контроля ФР; 5) уточняется, насколько пациент понял рекомендации (активная беседа по принципу «обратной связи»), предоставляются письменные материалы (при дистанционном консультировании материалы пересылаются по электронной почте или посредством интернет-мессенджеров); 6) при каждой дистанционной и очной консультации пациенту повторяются рекомендации и акцентируется его внимание на важности снижения риска заболеваний; 7) проводится обучение пациента конкретным умениям по самоконтролю и основам оздоровления поведенческих привычек; 8) оценивается и обсуждается с пациентом динамика ФР ССЗ, при необходимости производится корректировка поставленных целей; одобряются позитивные изменения; 10) осуществляется контроль выполнения рекомендаций [4]. Данный алгоритм был индивидуализирован в зависимости от ситуации каждого конкретного пациента, а также с учетом принципов мотивационного интервьюирования.

**II. Мотивационное интервьюирование (МИ).** МИ в настоящее время рассматривается как способ общения с пациентами и беседа об измене-

ниях, которая беспристрастна и основана на сострадании, уважении и сочувствии.

Создателями МИ особое внимание уделяется соблюдению «духа» МИ, который основан на сотрудничестве, сострадании, активизации и автономии пациента с акцентом на эмпатию, расширение прав и возможностей.

Ключевые принципы, определяющие «дух» МИ: 1) мотивация к изменению поведения вызывается у пациентов, а не навязывается им извне; 2) задачей пациента, а не врача, является разрешение своей амбивалентности; 3) прямое убеждение не является эффективным методом разрешения амбивалентности; 4) стиль консультирования спокойный, с акцентом на активизацию и выявление мыслей пациентов; 5) врач директивен в помощи пациентам по исследованию и устранению амбивалентности; 6) готовность к изменениям — это не черта пациента, а колеблющийся продукт межличностного взаимодействия; 7) терапевтические отношения врача с пациентом больше похожи на партнерство или общение; роли эксперта—реципиента могут препятствовать процессу МИ [15; 16].

Основными приемами мотивационного консультирования, которые используются при кратковременных вмешательствах, являются: открытые вопросы, приемы «Отражающее слушание», «Подкрепление (поощрение и поддержка)», «Обобщение («подытоживание»)», «Формулирование выводов об изменении поведения» [14; 22].

Важное значение при проведении МИ имеет определение стадии процесса изменения поведения, на которой находится пациент, поскольку проводимые интервенции должны соответствовать стадии изменения поведения. Эти стадии впервые были описаны в транстеоретической модели изменения поведения Прохазки (*J.O. Prochaska*) и Ди Клементе (*C.C. DiClemente*) [20; 21]. В данной модели выделяют следующие стадии процесса изменения поведения: 1) предразмышление; 2) размышление; 3) стадия подготовки; 4) стадия активных действий 5) стадия поддержания либо 6) стадия рецидива [20; 21].

**III. Копинг-профилактика.** Учитывая результаты диагностики способов совладающего поведения, пациентам экспериментальной группы проводилась индивидуализированная копинг-профилактика, в том числе обучение эффективным поведенческим стратегиям, социальным навыкам и умениям преодоления стресса [8; 9; 10].

Одной из задач являлось формирование активного, адаптивного, высокофункционального копинг-поведения, которое включает в себя следующие основные компоненты: 1) сбалансированное использование копинг-стратегий с преобладанием активных проблем-разрешающих и направленных на поиск социальной поддержки; 2) сбалансированность

когнитивного, поведенческого и эмоционального компонентов копинг-поведения и сформированность его когнитивно-оценочных механизмов; 3) преобладание мотивации на достижение успеха в процессе преодоления стресса и психосоциальных проблем над мотивацией избегания неудачи; 4) готовность к активному совладанию, а при необходимости и к противостоянию среде; 5) развитые личностно-средовые копинг-ресурсы, обеспечивающие благоприятный психологический фон для преодоления стресса и способствующие развитию эффективных копинг-стратегий [9].

**IV. Учет и корректировка внутренней картины болезни, совладающего с болезнью поведения, внутренней картины лечения.** Согласно В.М. Ялтонскому познание болезни может быть условно разделено на три взаимосвязанных части: а) субъективные представления пациента о собственном заболевании (внутренняя картина болезни); б) субъективные представления больного о своих возможностях управлять болезнью, изменять ее проявления и влиять на обстоятельства ее вызывающие (совладающее с болезнью поведение); в) субъективные представления пациента, касающиеся лечения имеющегося у него заболевания (внутренняя картина лечения) [11]. Все три компонента взаимосвязаны между собой и будут определять модель поведения человека по отношению к той или иной болезни, в том числе приверженность профилактическому лечению у пациентов с ФР ССЗ. Задачей консультанта являлось выявление представлений пациента, не соответствующих реальной картине, и их корректировка с целью повышения степени соответствия реальности.

**V. Повышение осознанности пациентов** относительно образа жизни, эффективных и неэффективных стратегий, используемых ими. В связи с рядом моментов (бессимптомность большинства ФР, иллюзорная привычность темы здорового образа жизни и др.) люди нередко не осознают в полной мере наличие у них тех или иных ФР ССЗ. Еще меньшее количество людей осознает реальные последствия нездорового образа жизни и наличия ФР ССЗ.

**VI. Целенаправленное использование технологий повышения приверженности.** В каждом конкретном случае причинами неприверженности могут быть различные факторы, часто они связаны с искаженной внутренней картиной болезни и лечения пациента, индивидуальными препятствиями к модификации образа жизни и регулярному приему препаратов (при необходимости) [13]. В случае выявления низкой приверженности проводилась индивидуализация причин и разработка совместно с пациентом плана по их устранению. Оптимизация режима приема, и минимизация количества профилактических препаратов также имеют важное значение.

## Выводы

Под воздействием, в течение 12 месяцев, медико-психологического консультирования с применением дистанционных технологий профиль факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний достоверно изменился (достижение целевых уровней артериального давления, физической активности, увеличение доли пациентов, употребляющих в день 400 г. овощей и фруктов). Кроме того, снизился индекс массы тела и уровень холестерина, уменьшилась окружность талии и количество выкуриваемых в день сигарет.

Медико-психологическое консультирование с применением дистанционных технологий у пациентов с ФР ССЗ повышает принятие пациентом имеющихся у него проблем со здоровьем, отражает большее сосредоточение на позитивных последствиях ситуации болезни и снижает ощущение беспомощности в отношении болезни.

Восприятие социальной поддержки исходно не отличалось в обследуемых группах. После проведения дистанционного медико-психологического консультирования через 12 месяцев в группе 1 увеличился уровень восприятия социальной поддержки от семьи, друзей и значимых других.

Применение в течение года в соответствии с разработанной программой технологий медико-психологического консультирования повысило интенсивность таких адаптивных копинг-стратегий, как «планирование», «ответственность», «самоконтроль», «положительная переоценка», что отражает успешность процесса совладающего с болезнью поведения.

Исходный уровень приверженности обследуемых групп свидетельствует о частых пропусках фармакотерапии и неприверженности терапии в целом. После проведения дистанционного медико-психологического консультирования в течение года в группе 1 следование рекомендациям врача повысилось и достигло уровня недостаточной приверженности.

Подводя итоги, можно сказать, что данная методика объединяет важнейшие достижения трех крупных развивающихся направлений работы с пациентом: 1) медицинской психологии; 2) терапии и кардиологии; 3) использование современных цифровых дистанционных технологий. На наш взгляд, именно синергия усилий в использовании этих трех направлений явилась основной причиной положительных результатов исследования.

## ЛИТЕРАТУРА

1. *Вассерман Л.И., Иовлев Б.В., Исаева Е.Р., и др.* Методика для психологической диагностики способов совладания со стрессовыми и проблемными для



- личности ситуациями: пособие для врачей и медицинских психологов. СПб.: Психоневрологический институт имени В.М. Бехтерева, 2009. 38 с.
2. Воробьева Т.В., Ялтонская А.В. Профилактика зависимости от психоактивных веществ. Руководство по разработке и внедрению программ формирования жизненных навыков у подростков группы риска. М.: УНП ООН, 2008. 70 с.
  3. Демографический ежегодник России. 2017. М.: б/и, 2017. 263 с.
  4. Калинина А.М., Егянян Р.А., Гамбарян М.Г., и др. Эффективное профилактическое консультирование пациентов с хроническими неинфекционными заболеваниями и факторами риска: алгоритмы консультирования. Часть 2 // Профилактическая медицина. 2013. Т. 16. № 4. С. 13—18.
  5. Небиеридзе Д.В., Сарычева А.Ф., Камышова Т.В., и др. Актуальные вопросы контроля артериальной гипертензии и нарушения липидного обмена: фокус на приверженность // Профилактическая медицина. 2015. Т. 8. № 6. С. 87—90. doi:10.17116/profmed201518687-90
  6. Сивакова О.В., Ялтонский В.М., Сирота Н.А. Влияние медико-психологического консультирования на профиль основных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний // Уральский медицинский журнал. 2018. № 12 (167). С. 107—112.
  7. Сирота Н.А. Копинг-поведение в подростковом возрасте: дисс. ... д-ра мед. наук. Бишкек, 1994. 283 с.
  8. Сирота Н.А., Московченко Д.В. Психодиагностика базисных убеждений о болезни (результаты апробации русскоязычной версии опросника когнитивных представлений о болезни) // Национальный психологический журнал. 2014. № 2 (14). С. 72—81.
  9. Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача российской клинической психологии [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. 2012. № 2. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 12.06.19).
  10. Ялтонский В.М. Копинг-поведение здоровых и больных наркоманией: дисс. ... д-ра мед. наук. СПб., 1995. 396 с.
  11. Ялтонский В.М. Теоретический подход к исследованию внутренней картины болезни, совладающего поведения и приверженности лечению // Психология стресса и совладающего поведения в современном российском обществе: материалы II Международной научно-практической конференции (Кострома, 23—25 сентября 2010 г.). Т. 1. Кострома: КГУ имени Н.А. Некрасова, 2019. С. 126—127.
  12. Evers A.W., Kraaijmaat F.W., van Lankveld W., et al. Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases // Journal of Consulting & Clinical Psychology. 2001. Vol. 69 (6). P. 1026—1036. doi:10.1037/0022-006X.69.6.1026
  13. Ho P.M., Bryson C.L., Rumsfeld J.S. Medication adherence: Its importance in cardiovascular outcomes // Circulation. 2009. Vol. 119 (23). P. 3028—3035. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986

14. *Matulich B.* Introduction to motivational interviewing [Электронный ресурс] // YouTube. 30.05.2013. URL: <https://www.youtube.com/watch?v=s3MCJZ7OGRk> (дата обращения: 12.06. 2019).
15. *Miller W.R., Rollnick S.* Ten things that motivational interviewing is not // *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2009. Vol. 37 (2). P. 129—140. doi:10.1017/S1352465809005128
16. *Miller W.R., Rollnick S.* *Motivational interviewing: preparing people for change: 2<sup>nd</sup> ed.* New York: Guilford Publications, 2002. 428 p.
17. *Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M.* Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence // *Medical Care*. 1986. Vol. 24 (1). P. 67—74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007
18. *O'Donnell M.J., Chin S.L., Rangarajan S., et al.* Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): A case-control study // *Lancet*. 2016. Vol. 388 (10046). P. 761—775. doi:10.1016/S0140-6736(16)30506-2
19. *Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., et al.* 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice // *European Journal of Preventive Cardiology*. 2016. Vol. 23 (11). P. NP1—NP96. doi:10.1177/2047487316653709
20. *Prochaska J.O., DiClemente C.C.* Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change // *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*. 1982. Vol. 19 (3). P. 276—288. doi:10.1037/h0088437
21. *Prochaska J.O., Velicer W.F.* The Transtheoretical Model of Health Behavior Change // *American Journal of Health Promotion*. 1997. Vol. 12 (1). P. 38—48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38
22. *Stewart E.E., Fox C.H.* Encouraging patients to change unhealthy behaviors with motivational interviewing // *Family Practice Management*. 2011. Vol. 18 (3). P. 21—25.
23. *Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., et al.* Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study // *Lancet*. 2004. Vol. 364 (9438). P. 937—952. doi:10.1016/S0140-6736(04)17018-9
24. *Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., et al.* The Multidimensional Scale of Perceived Social Support // *Journal of Personality Assessment*. 1988. Vol. 52 (1). P. 30—41. doi:10.1207/s15327752jpa5201\_2

## DYNAMICS OF RISK FACTORS OF HEART DISEASES UNDER INFLUENCE OF REMOTE MEDICAL-PSYCHOLOGICAL CONSULTING

N.A. SIROTA\*,  
A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry,  
Moscow, Russia,  
sirotan@mail.ru

O.V. SIVAKOVA\*\*,  
A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry,  
National Medical Research Center for Preventive Medicine  
of the Ministry of Healthcare of Russia, Moscow, Russia,  
sivoksana@yandex.ru

V.M. YALTONSKY\*\*\*,  
A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry,  
Moscow, Russia,  
yaltonsky@mail.ru

The problem of preventive treatment of people displaying risk factors for cardiovascular diseases (RF CVD) is extremely important. At the same time, despite the proven high efficacy of prevention of CVD, the compliance is still low. In this regard, it is important to develop new approaches to control and improve the profile of RF CVD. The article presents the results of the application of innovative methods of medical and psychological counseling. This methodology combines the most important achievements of three major developing areas of work with the patient: 1) medi-

### For citation:

Sirota N.A., Sivakova O.V., Yaltonsky V.M. Dynamics of Risk Factors of Heart Diseases Under Influence of Remote Medical-Psychological Consulting. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2019. Vol. 27, no. 3, pp. 175—196. doi: 10.17759/cpp.20192703011. (In Russ., abstr. in Engl.).

\* *Sirota Natalya Alexandrovna*, Doctor in Medicine, Professor, Dean of Department of Clinical Psychology, Head of Chair of Clinical Psychology, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia, e-mail: sirotan@mail.ru

\*\* *Sivakova Oksana Victorovna*, Candidate, Chair of Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Moscow State University of Medicine and Dentistry; Researcher, National Medical Research Center for Preventive Medicine Russia, Moscow, Russia, e-mail: sivoksana@yandex.ru

\*\*\* *Yaltonsky Vladimir Mikhailovich*, Doctor in Medicine, Professor, Chair of Clinical Psychology, A.I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia, e-mail: yaltonsky@mail.ru

cal psychology (using the methods of motivational counseling, coping prevention, etc.); 2) therapy and cardiology; 3) the use of modern remote digital technologies. The results of the study show the effectiveness of the method of remote medical and psychological counseling to monitor and improve the profile of RF CVD.

**Keywords:** risk factors for cardiovascular diseases, remote technologies, psychological counseling, motivational counseling, emotional and cognitive factors.

## REFERENCES

1. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Isaeva E.R., et al. Metodika dlya psikhologicheskoi diagnostiki sposobov sovladaniya so stressovymi i problemnymi dlya lichnosti situatsiyami. Posobie dlya vrachei i meditsinskikh psikhologov [A method for the psychological diagnosis of coping with stressful and problem-specific situations for an individual. Guide for physicians and medical psychologists]. Saint Petersburg: Psikhonevrologicheskii institut im. V.M. Bekhtereva, 2009. 38 p.
2. Vorob'eva T.V., Yaltonskaya A.V. Profilaktika zavisimosti ot psikhoaktivnykh veshchestv. Rukovodstvo po razrabotke i vnedreniyu programm formirovaniya zhiznennykh navykov u podrostkov gruppy riska [Prevention of addiction to psychoactive substances. Guide for developing and implementing life skills training programs for adolescents belonging to risk groups]. Moscow: UNP OON, 2008. 70 p.
3. Demograficheskii ezhegodnik Rossii. 2017 [Demographic Yearbook of Russia. 2017]. Moscow: n.p., 2017. 263 p.
4. Kalinina A.M., Eganyan R.A., Gambaryan M.G., et al. Effektivnoe profilakticheskoe konsul'tirovanie patsientov s khronicheskimi neinfektsionnymi zabolevaniyami i faktorami riska: algoritmy konsul'tirovaniya. Chast' 2 [Effective preventive counseling for patients with chronic noncommunicable diseases and risk factors: counseling algorithms. Part 2]. *Profilakticheskaya meditsina [Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health]*, 2013. Vol. 16 (4), pp. 13–18.
5. Nebieridze D.V., Sarycheva A.F., Kamyshova T.V., et al. Aktual'nye voprosy kontrolya arterial'noi gipertenzii i narusheniya lipidnogo obmena: fokus na priverzhennost' [Topical issues of hypertension control and lipid metabolism disorders: focus on adherence]. *Profilakticheskaya meditsina [Russian Journal of Preventive Medicine and Public Health]*, 2015. Vol. 8 (6), pp. 87–90. doi:10.17116/profmed201518687-90
6. Sivakova O.V., Yaltonsky V.M., Sirota N.A. Vliyanie mediko-psikhologicheskogo konsul'tirovaniya na profil' osnovnykh faktorov riska serdechno-sosudistykh zabolevaniy [The impact of medical and psychological counseling on the profile of the main risk factors for cardiovascular diseases]. *Ural'skii meditsinskii zhurnal [Ural Medical Journal]*, 2018, no. 12 (167), pp. 107–112.
7. Sirota N.A. Koping-povedenie v podrostkovom vozraste. Diss. dokt. med. nauk. [Coping behavior in adolescence. Dr. Sci. (Medicine) diss.]. Bishkek, 1994. 283 p.
8. Sirota N.A., Moskovchenko D.V. Psikhodiagnostika bazisnykh ubezhdenii o bolezni (rezul'taty aprobatsii russkoyazychnoi versii oprosnika kognitivnykh predstavlenii o bolezni) [Psychodiagnostics of basic beliefs about the disease (the results of testing

- the Russian-language version of the questionnaire of cognitive ideas about the disease)]. *Natsional'nyi psikhologicheskii zhurnal* [National Psychological Journal], 2014, no. 2 (14), pp. 72—81.
9. Sirota N.A., Yaltonsky V.M. Primenenie i vnedrenie programm reabilitatsii i profilaktiki zavisimogo povedeniya kak aktual'naya zadacha rossiiskoi klinicheskoi psikhologii [Elektronnyi resurs] [The use and implementation of programs for the rehabilitation and prevention of addictive behavior as an urgent task of Russian clinical psychology]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii* [Medical Psychology in Russia], 2012, no. 2. Available at: <http://medpsy.ru> (Accessed 12.06.19).
  10. Yaltonsky V.M. Koping-povedenie zdorovykh i bol'nykh narkomaniei. Diss. ... dokt. med. nauk. [Coping behavior of the healthy and the drug addicts. Dr. Sci. (Medicine) diss.]. Saint Petersburg, 1995. 396 p.
  11. Yaltonsky V.M. Teoreticheskii podkhod k issledovaniyu vnutrennei kartiny bolezni, sovladayushchego povedeniya i priverzhennosti lecheniyu [Theoretical approach to study of internal picture of illness, coping behavior and adherence to treatment]. *Psikhologiya stressa i sovladayushchego povedeniya v sovremennom rossiiskom obshchestve: materialy II Mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii* (Kostroma, 23—25 sentyabrya 2010 g.). [Proceedings of the II International Scientific and Practical Conference “Psychology of Stress and Coping Behavior in Modern Russian Society”]. Vol. 1. Kostroma: KGU im. N.A. Nekrasova, 2019, pp. 126—127.
  12. Evers A.W., Kraaimaat F.W., van Lankveld W., et al. Beyond unfavorable thinking: The Illness Cognition Questionnaire for chronic diseases. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 2001. Vol. 69 (6), pp. 1026—1036. doi:10.1037/0022-006X.69.6.1026
  13. Ho P.M., Bryson C.L., Rumsfeld J.S. Medication adherence: Its importance in cardiovascular outcomes. *Circulation*, 2009. Vol. 119 (23), pp. 3028—3035. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.108.768986
  14. Matulich B. Introduction to motivational interviewing [Elektronnyi resurs]. *YouTube*, 30.05.2013. Available at: <https://www.youtube.com/watch?v=s3MCJZ7OGRk> (Accessed 12.06. 2019).
  15. Miller W.R., Rollnick S. Ten things that motivational interviewing is not. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2009. Vol. 37 (2), pp. 129—140. doi:10.1017/S1352465809005128
  16. Miller W.R., Rollnick S. Motivational interviewing: preparing people for change: 2<sup>nd</sup> ed. New York: Guilford Publications, 2002. 428 p.
  17. Morisky D.E., Green L.W., Levine D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 1986. Vol. 24 (1), pp. 67—74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007
  18. O'Donnell M.J., Chin S.L., Rangarajan S., et al. Global and regional effects of potentially modifiable risk factors associated with acute stroke in 32 countries (INTERSTROKE): A case-control study. *Lancet*, 2016. Vol. 388 (10046), pp. 761—775. doi:10.1016/S0140-6736(16)30506-2
  19. Piepoli M.F., Hoes A.W., Agewall S., et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease

- Prevention in Clinical Practice. *European Journal of Preventive Cardiology*, 2016. Vol. 23 (11), pp. NP1—NP96. doi:10.1177/2047487316653709
20. Prochaska J.O., DiClemente C.C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 1982. Vol. 19 (3), pp. 276—288. doi:10.1037/h0088437
  21. Prochaska J.O., Velicer W.F. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. *American Journal of Health Promotion*, 1997. Vol. 12 (1), pp. 38—48. doi:10.4278/0890-1171-12.1.38
  22. Stewart E.E., Fox C.H. Encouraging patients to change unhealthy behaviors with motivational interviewing. *Family Practice Management*, 2011. Vol. 18 (3), pp. 21—25.
  23. Yusuf S., Hawken S., Ounpuu S., et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet*, 2004. Vol. 364 (9438), pp. 937—952. doi:10.1016/S0140-6736(04)17018-9
  24. Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., et al. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 1988. Vol. 52 (1), pp. 30—41. doi:10.1207/s15327752jpa5201\_2