

Д.В. Зайцева

## КРАТКОСРОЧНОЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО В УРОЛОГИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ

Санкт-Петербургский государственный университет  
(Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб, д. 7–9–11)

*Актуальность.* Краткосрочное клинико-психологическое вмешательство в настоящее время довольно часто используется в медицине в целях профилактики, лечения и реабилитации, поскольку имеет ряд преимуществ перед другими методами психологических интервенций: небольшое количество встреч, возможность проводить короткие сессии по 10–15 минут, четкая структура сессии, позволяющая выполнять данную работу не только психологам, но и лечащим врачам пациентов. Мочекаменная болезнь является хроническим заболеванием с высоким риском рецидива, однако исследования показывают, что следование ряду простых профилактических процедур способно значительно снизить риск рецидива. При этом выявлено, что почти 50 % пациентов перестают следовать этим назначениям спустя полгода. В статье представлены данные, демонстрирующие влияние степени сформированности установок к выполнению врачебных назначений на степень приверженности терапии, на основании которых была предложена модель краткосрочного психологического вмешательства для пациентов с мочекаменной болезнью, направленного на повышение уровня приверженности терапии.

*Цель* – изучение факторов, оказывающих влияние на степень приверженности терапии, в частности: информированности о заболевании, степени сформированности установок к выполнению врачебных назначений и степени сформированности поведенческих факторов, а также разработка плана краткосрочного вмешательства, направленного на повышение степени приверженности терапии для пациентов с мочекаменной болезнью на основании полученных результатов.

*Материалы и методы.* В исследовании приняли участие 114 пациентов с мочекаменной болезнью (с локализацией конкремента в почке – N20.0): 50 мужчин и 64 женщины, средний возраст обследованных пациентов – 52 года. В исследовании применялись: опросник «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова, специально разработанная для целей исследования анкета. Математико-статистическая обработка проводилась с помощью U-критерия Манна – Уитни и регрессионного анализа. Методология разработки краткосрочного психологического вмешательства основана на представлениях о биопсихосоциальной природе человека, болезни и здоровье, современных представлениях о феномене приверженности лечению, модели убеждений в отношении здоровья, принципах мотивационного интервью. [1, 4, 7, 8, 13]

*Результаты и их анализ.* Результаты исследования показали, что обследованные пациенты имеют высокую и среднюю степень приверженности терапии. Было показано, что наиболее значимым фактором, оказывающим влияние на поведенческую комплаентность, выступает степень сформированности установок к выполнению врачебных назначений. На основании полученных результатов и согласно цели исследования был разработан план краткосрочного психологического вмешательства. Предложенный план вмешательства состоит из пяти этапов. Первый этап направлен на проверку информированности пациента о заболевании и основных профилактических мерах. Второй этап предусмотрен для пациентов,

имеющих недостаточную информированность о заболевании или профилактике. Третий этап предполагает начальные этапы поведенческих изменений: специалист оценивает готовность пациента к изменениям образа жизни либо поощряет уже имеющиеся стратегии, обеспечивающие следование профилактическим мероприятиям. Четвертый этап направлен на конкретные изменения поведения, совместное с пациентом планирование действий, постановку целей. Пятый, последний, этап – этап контроля за изменениями поведения, поощрение успехов, помощь специалиста при неудачах пациента.

**Заключение.** Результаты проведенного анализа демонстрируют, что фактором, наиболее влияющим на степень приверженности терапии, выступает степень сформированности установок к выполнению врачебных назначений, в связи с чем краткосрочное вмешательство в виде мотивационного интервью видится наиболее подходящим методом работы с пациентами с целью повышения приверженности терапии. Разработанный и представленный план краткосрочного психологического вмешательства может быть использован как специалистами психологической службы соматической медицины, так и лечащими врачами пациентов.

**Ключевые слова:** краткосрочное психологическое вмешательство, мочекаменная болезнь, мотивационное интервью, приверженность терапии, комплаентность, психотерапевтические интервенции.

## Введение

Краткосрочное психологическое вмешательство – метод психологического консультирования, в основе которого лежат принципы мотивационного интервьюирования. Впервые метод мотивационного интервьюирования был описан В. Миллером в 1983 году для пациентов с алкогольной зависимостью [11]. Начиная с 1990-х годов данный метод начал активно внедряться и в другие сферы терапии, особенно при работе с пациентами с хроническими заболеваниями: сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, гипертония, психозы и др. [5, 9, 10, 14].

Метод мотивационного интервью действует по принципу активации мотивации пациента для изменения приверженности терапии. Замысел подхода может быть описан в следующих терминах: сотрудничество, актуализация воспоминаний, признание автономии пациента. Под сотрудничеством понимается партнерская работа специалиста с пациентом в тех сферах, где необходима работа над изменением поведения. Директивные указания специалиста заменяются активной партнерской беседой, призванной развивать процесс принятия решения. Актуализация воспоминаний – акцент на имеющемся у пациента ресурсе для дальнейших изменений. Пациент может не делать то, что

от него ожидают, но у каждого человека есть собственные цели, ценности, мечты. Эта часть мотивационного интервью призвана связать изменение поведения с тем, чего хочет пациент, с его ценностями и заботами. Признание автономии пациента предполагает, что, несмотря на информирование и консультирование пациента специалистом, ответственность за дальнейшие действия или их отсутствие полностью лежит на пациенте.

Главные принципы мотивационного интервьюирования состоят в следующем:

1. Желание изменений должно исходить от пациента, а не быть навязанным ему извне. Мотивационное интервью опирается прежде всего на выявление актуальных потребностей, мобилизацию внутренних ресурсов пациента и его целей для изменения поведения

2. Только сам пациент способен сформулировать и разрешить собственную амбивалентность в отношении лечения, а не специалист, который работает с ним. Амбивалентность – это конфликт между неудовлетворенными потребностями и линиями поведения, которые направлены на удовлетворение данных потребностей. Каждая такая линия имеет как положительные, так и отрицательные стороны, которые осознаются пациентом. Анализ противоречивых и неоднозначных, неосознаваемых и непро-

ясненных потребностей есть инструмент, который способен помочь пациенту научиться лучше понимать себя и свое поведение.

3. Убеждение как способ разрешения противоречий пациента является неэффективным. Убеждения пациента в «серьезности» и «важности» проблемы не принесут ожидаемого успеха. Подобные действия могут лишь усилить сопротивление пациента и подавить его волю, потому что в рамках мотивационного интервью данная стратегия недопустима.

4. Общая атмосфера мотивационного интервью должна быть направлена на получение пациентом информации о самом себе, т.е. предполагает спокойный и «выявляющий» тон. В рамках данного подхода не допускаются: критика, споры с пациентом и т.д.

5. Специалист может директивно направлять попытки пациента в анализе и стремлении разрешить амбивалентность. Согласно мотивационному интервью изменения проблемного поведения не произойдут в случае противоречивых потребностей либо недостаточного понимания всех имеющихся возможностей поведения. Таким образом, для постепенного развития процесса изменений достаточно лишь направить усилия пациента в нужную сторону.

6. Готовность к изменениям поведения отражает динамику межличностных взаимодействий, а не является какой-либо стабильной величиной. При работе методом мотивационного интервью особое внимание должно быть обращено на проявления мотивации либо сопротивления пациента. Возрастание сопротивления пациента может свидетельствовать о некорректной оценке его готовности к изменениям.

7. Между специалистом и пациентом должны выстраиваться партнерские взаимоотношения, исключая вертикальную модель «эксперт – исполнитель». Специалисту следует уважать свободу воли пациента и его свободу выбора в вопросах собственного поведения. Вера пациента в свои силы, его самоэффективность должны представлять ценность для специалиста.

Итак, для мотивационного интервью характерны:

- признание свободы и самостоятельности пациента в своем выборе,
- стремление понять и представить систему ценностей пациента,
- принятие точки зрения пациента, его мнения и позиции,
- внимательность и поощрение даже малейших проявлений признания пациентом наличия проблемы и стремления к ее решению,
- мониторинг степени готовности пациента к каким-либо изменениям,
- избегание стратегий, провоцирующих развитие сопротивления пациента.

В клинике мочекаменной болезни приверженность терапии становится предиктором повторного камнеобразования. Несмотря на появление различных, более усовершенствованных методов хирургического и терапевтического вмешательства, статистика рецидивов остается высокой не только в нашей стране, но и за рубежом. Однако показано, что следование даже самым простым профилактическим назначениям способно значительно снизить этот риск. Таким образом, поиск факторов, определяющих приверженность терапии при мочекаменной болезни, выступает неотъемлемой составляющей разработки профилактических мер, направленных на снижение риска рецидивов.

Проведенные ранее исследования на выборке пациентов с мочекаменной болезнью показали, что пациенты с недостаточной приверженностью терапии характеризуются определенными психологическими особенностями: преобладанием дезадаптивного типа реагирования на болезнь, высокой степенью социальной фрустрированности, несформированностью установок следовать рекомендациям врача и вести здоровый образ жизни, а также несформированностью соответствующих паттернов поведения [2, 3]. Выявленный блок характеристик, по сути, указывает на психологическое неблагополучие и снижение уровня адаптации. Указанные особенности требуют целенаправленной, глубокой и продолжительной психотерапии, которая должна осуществляться

специалистом-психотерапевтом. Однако такого специалиста в штате урологических клиник нет, поэтому пациенту, нуждающемуся в более продолжительной работе, может быть дана лишь рекомендация обратиться к специалисту в будущем. В условиях урологической клиники клинико-психологические вмешательства могут быть краткосрочными и иметь своей целью повышение степени приверженности терапии. Можно предположить, что основными мишенями такого вмешательства должны быть такие связанные с приверженностью характеристики, как информированность о заболевании и профилактических мерах, установки следовать рекомендациям врача и модифицировать образ жизни, паттерны поведения на более долгосрочную перспективу (например, регулярное потребление воды объемом до двух литров), а также отношение к болезни.

Представляется, что в данном контексте наиболее конструктивным будет использование краткосрочного вмешательства в виде мотивационного интервьюирования.

Мотивационное интервьюирование имеет ряд очевидных преимуществ: так, было показано, что данный метод выступает действенным инструментом для модификации поведения в клинике зависимого поведения и соматических заболеваний [6]; также важно отметить, что мотивационное интервьюирование не предполагает длительного периода встреч, что, безусловно, является плюсом в рамках не только стационарного лечения, но и амбулаторного, т.к. регулярные встречи со специалистом не всегда могут быть доступны для пациента. Другое преимущество мотивационного интервьюирования заключается в достаточной устойчивости результатов, т.к. подход направлен на работу с внутренней мотивацией пациента для изменения собственного состояния, что также отмечалось многими исследователями [12, 14, 15]. Также важно упомянуть о том, что мотивационное интервьюирование может быть успешно совмещено с другими терапевтическими подходами, которые направлены на работу с более глубинными процессами, требующими длительного пе-

риода работы: так, на сегодняшний день метод мотивационного интервьюирования активно используется в рамках когнитивно-поведенческого подхода. Исходя из этого, можно предположить, что мотивационное интервьюирование может выступать не только как метод повышения приверженности терапии, но и как дополнительный этап информирования пациента, даже если лечащим врачом уже была проведена разъясняющая беседа. Работа клинического психолога поможет выявить существующие непонятные для пациента моменты терапии и последующей профилактики заболевания. В схеме мотивационного интервьюирования существуют отдельные этапы и техники, направленные на проверку информированности пациента с последующим использованием полученной информации для модификации образа жизни, следования назначенной диете, соблюдения питьевого режима.

## Материалы и методы

В исследовании приняли участие 114 пациентов с мочекаменной болезнью: 50 мужчин (44%) и 64 женщины (56%), средний возраст обследованных пациентов –  $52 \pm 3,3$  года. Критерии включения в исследование: локализация конкремента в почке (диагноз по МКБ N20.0), возраст от 35 лет и наличие повторных госпитализаций. Критерии исключения: выраженная физическая астения вследствие тяжелого течения заболевания и значительные когнитивные снижения, препятствующие пониманию и выполнению психодиагностических методик.

В соответствии с целью исследования использовались психодиагностические и клинико-психологические методы. Психодиагностический метод: опросник «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова, специально разработанная под цели исследования анкета, направленная на оценку степени информированности пациентов о заболевании, степени сформированности установок к выполнению врачебных назначений и степени сформированности поведенческих паттернов.

## Результаты и их анализ

На основании данных, полученных по методике «Уровень комплаентности», пациенты были поделены на две группы: пациенты с высокой степенью приверженности терапии и пациенты со средней степенью приверженности терапии. Пациентов с низкой степенью приверженности терапии выявлено не было. В группе пациентов с высокой приверженностью – 67 человек, средний показатель приверженности  $93,58 \pm 7,62$ , в группе средне-приверженных – 47 человек, средний показатель приверженности  $69,12 \pm 10,18$ .

По параметру «Социальная комплаентность» в 1-й группе –  $30,91 \pm 3,18$ , во второй –  $22,96 \pm 4,34$ , по показателю «Поведенческая комплаентность» в 1-й группе –  $30,36 \pm 3,13$ , во второй –  $22,94 \pm 3,95$ , показатель «Поведенческая комплаентность» в 1-й группе –  $30,70 \pm 3,80$ , во второй –  $22,06 \pm 3,76$ . При помощи U-критерия Манна – Уитни были получены статистически значимые отличия между группами по всем трем показателям: «Социальная комплаентность» ( $p < 0,001$ ), «Поведенческая комплаентность» ( $p < 0,001$ ) и «Эмоциональная комплаентность» ( $p < 0,001$ ). На основании полученных данных можно заключить, что пациенты с высокой степенью приверженности терапии более ориентированы на выстраивание доверительных отношений с лечащим врачом, характеризуются стремлением к точному соблюдению рекомендаций, в то время как пациенты со средней приверженностью терапии характеризуются непостоянством поведения в рамках терапии, отсутствием системности в терапевтических взаимоотношениях, склонны подвергать сомнению профессиональные рекомендации врача, руководствоваться собственными умозаключениями.

Следующим этапом обработки полученных в ходе исследования данных было построение регрессионной модели для выявления наиболее весомых факторов, влияющих на тот или иной тип приверженности

терапии. Так, было обнаружено, что степень сформированности установок на выполнение врачебных назначений значимо предсказывает показатели поведенческого вида приверженности терапии ( $F = 3,245$ ;  $p < 0,002$ ). Также было выявлено, что на уровне тенденции степень сформированности поведенческих факторов влияет на степень приверженности терапии ( $p = 0,06$ ). Таким образом, было выяснено, что при повышении степени сформированности установок наблюдается повышение степени приверженности терапии по показателю «Поведенческая комплаентность». Также отмечается влияние степени сформированности поведенческих паттернов на степень поведенческой приверженности терапии на уровне тенденции.

В рамках реализации цели исследования была разработана авторская анкета, состоящая из семи блоков, где отдельный блок включал в себя вопросы, связанные с главными рекомендациями для пациентов с мочекаменной болезнью, знанием основных медицинских рекомендаций и готовностью пациента их выполнять. Для изучения степени приверженности терапии использовался опросник «Уровень комплаентности» Р.В. Кадырова. Математико-статистическая обработка данных исследования проводилась с помощью методов статистики, включенных в статистические пакеты SPSS 28.0 и Microsoft Excel 2010. Для сопоставления результатов исследования в группах пациентов с разной степенью приверженности терапии различия по средним показателям рассчитывались при помощи U-критерия Манна – Уитни, для изучения взаимосвязи зависимой переменной (степень приверженности терапии) с независимыми (психологические характеристики) использовались логистическая и линейная регрессии.

На основании полученных данных был предложен план краткосрочного психологического вмешательства для пациентов с мочекаменной болезнью\*.

\* При разработке плана краткосрочного вмешательства был использован опыт исследовательской группы СПбГУ, разработавшей краткосрочное вмешательство в рамках проекта «Профилактика фетального алкогольного синдрома и нарушений нейроразвития у детей в России».

Первый этап предполагает проведение беседы с пациентом для оценки степени информированности о заболевании, необходимых профилактических мерах и оценке степени готовности пациента выполнять необходимые назначения. Также необходимо уточнить, выполняет ли пациент уже какие-либо терапевтические процедуры. Если по результатам проведения первого этапа выявлено, что пациент в достаточной степени проинформирован о заболевании и методах профилактики, а также следует основным рекомендациям, необходимо поощрить успехи пациента, поддержать верное поведение; уточнить, возникают ли у него трудности при выполнении назначений; предложить помощь, если необходимо (если пациент достаточно информирован, уже выполняет назначения, следует переходить к этапу 3).

Если по результатам первого этапа интервью было выявлено, что пациент недостаточно информирован по каким-либо вопросам (заболевание, терапия, методы профилактики), необходимо предоставить ему дополнительную информацию, исходя из недостающих знаний. Для повышения качества обратной связи от пациента после его информирования необходимо предложить пациенту пересказать своими словами, как он понял полученную информацию (например: «Сейчас я расскажу немного подробнее о диете и питьевом режиме, а затем попрошу вас своими словами рассказать, что вам было понятно, а что вызвало вопросы»). Важно предупредить пациента о вопросе заранее, это поможет ему лучше концентрироваться на получаемой информации.

После дополнительного информирования пациента и получения от него обратной связи, необходимо повторно спросить его о готовности следовать необходимым назначениям и оценить степень готовности (переход к третьему этапу). Если после дополнительного информирования пациент по-прежнему не готов к изменению поведения, важно не настаивать на этом. Отсутствие готовности к изменению привычек и образа жизни указывает на сомне-

ния пациента и раздумья о необходимости перемен. В случае внешнего давления со стороны специалиста пациент чаще начинает отстаивать противоположную позицию. Однако при отсутствии внешнего давления пациент обдумывает оба варианта: модификацию привычек и отказ от перемен. На данном этапе следует спросить пациента, как могли бы повлиять на его жизнь новые и старые привычки, какое влияние мог бы оказать рецидив заболевания на его жизнь или как выглядела бы его жизнь через пять или десять лет при изменении привычек и как – в случае отказа от модификаций образа жизни. Если пациент готов к изменению поведения, модификации образа жизни, следует помочь ему сформулировать цель и переходить к этапу 4.

На четвертом этапе следует обсудить с пациентом способы достижения выбранной цели. При этом важно, чтобы выбранная пациентом цель была реалистична и достижима; в противном случае, если пациента постигнет неудача на первых этапах, ему будет сложнее продолжать продвигаться в сторону изменений. Для конкретизации цели важно исходить из жизненного уклада пациента, его графика, распорядка дня и пр., это поможет формулировать небольшие, но достижимые цели. Например, если пациент ежедневно употребляет около 500 мл воды, то цель повышения объема выпиваемой воды до 2,5 литров в сутки будет нереалистичной и сложно выполнимой, однако постепенное повышение количества воды, употребляемой в сутки, будет более приемлемой целью для данного пациента.

При обсуждении способов достижения цели также важно исходить из условий жизни пациента, его возможностей и ограничений. К примеру, при составлении плана по модификации питания важно учитывать финансовый аспект, т.к. некоторые пациенты не всегда способны изменить рацион питания в силу дороговизны ряда продуктов. В данном случае, при наличии возможности, рекомендуется направить пациента к диетологу – это позволит пациенту подобрать для себя альтернативы необходимых про-

дуктов по приемлемой для него стоимости. Для модификации питьевого режима также следует обсудить с пациентом конкретные варианты действий; поощрять пациента, если он предлагает реалистичные варианты самостоятельно; в случае если пациент озвучивает сложные и мало реалистичные варианты, следует мягко и корректно спросить, насколько данный вариант реалистичен, предложить рассмотреть альтернативы. Например, пациент говорит, что планирует носить с собой двухлитровую бутылку воды, при этом упоминает, что помимо этого ему требуется носить с собой несколько контейнеров с едой на обед, а добирается до работы он на метро. Уточните у пациента, будет ли данный план для него физически удобен, либо стоит иметь несколько небольших бутылок воды в разных местах (дома, на работе, в сумке), в поле зрения, с возможностью наполнить их водой в любой момент.

Также на данном этапе важно обсудить с пациентом возможные препятствия к реализации поставленных целей. Так, в нашем исследовании 48 % пациентов отметили, что при переходе на низкобелковую диету спустя некоторое время они возвращаются к своему привычному питанию. Таким образом, важно уточнять у пациентов, с какими сложностями, с их точки зрения, они могут столкнуться при формировании нового режима питания. Это позволит заранее подготовить план действий в случае появления ситуации-триггера, который провоцирует пациента нарушать диету.

После проведения всех четырех этапов интервью следует назначить пациенту повторную встречу для оценки изменения поведения, определения необходимости коррекции, а также поощрения успехов.

Ниже представлен план (или этапы) краткосрочного вмешательства. Он может быть использован врачом или психологом для контроля последовательности собственных действий.

План краткосрочного вмешательства

#### 1. Спросить:

1) оценить степень информированности пациента о заболевании и назначениях:

а) имеет четкое представление;  
б) имеет общее представление;  
в) понимает лишь отдельные моменты;  
г) не имеет представления о заболевании и методах терапии;

2) оценить степень готовности к выполнению назначений, изменению образа жизни:

а) пациент озвучивает готовность следовать назначениям;

б) пациент озвучивает частичную готовность к выполнению назначений (например, изменение только питьевого режима, но не режима питания);

в) пациент не готов модифицировать образ жизни и следовать назначениям;

3) оценить следование назначенной диете и соблюдение питьевого режима:

а) пациент регулярно соблюдает питьевой режим и следует низкобелковой диете, выполнил необходимые анализы;

б) пациент соблюдает лишь часть назначений;

в) пациент не соблюдает никаких назначений.

#### 2. Проинформировать:

1) если в вопросе 1 по всем пунктам получены ответы типа «а» – переходить к пункту 3;

2) если пациент недостаточно информирован, предоставить дополнительную информацию (например, о влиянии высокобелковой пищи и соли на повторное образование камней), предупредив пациента, что в конце беседы вы попросите его об обратной связи (например: «Сейчас я расскажу немного подробнее о диете и питьевом режиме, а затем попрошу вас своими словами рассказать, что вам было понятно, а что нет»);

3) после дополнительного информирования попросите пациента пересказать своими словами предоставленную информацию (например, «Могли бы вы повторить своими словами то, что поняли из нашей беседы?»).

#### 3. Направить:

а) если пациент следует назначениям, поддержать правильное поведение, акцентируя внимание на успехах пациента;

б) если пациент следует назначениям нерегулярно, поддержать правильное поведение и обсудить необходимость регулярного

выполнения назначений (например, необходимость ежедневного потребления воды более 2 л).

1) оценить готовность изменить поведение после проведения пункта б):

0 – совершенно не готов;

1 – частично готов;

2 – полностью готов;

2) помочь поставить цель:

а) если пациент готов изменить поведение, обозначьте совместно с пациентом цель и переходите к пункту 4;

б) если пациент не готов изменить поведение, не настаивайте на постановке цели.

Спросите: «Что бы изменилось в вашей жизни, если бы случился рецидив камнеобразования?»

Поддержите шаги в нужном направлении и повторите Ваш совет, предложив помочь, когда понадобится (пока не переходите к пункту 4).

4. Помочь:

1) обсудите способы достижения выбранной цели и помогите составить план действий: например, если пациенту сложно сформировать рацион питания, обсудите, как можно составить меню или каким образом можно организовать достаточное потребление воды ежедневно (носить с собой бутылку воды, поставить ее на видное место, установить напоминания на смартфон и пр.);

2) спросите о возможных препятствиях и выразите готовность помочь (если необходимо, назначьте прием, дайте направление к другому специалисту, например диетологу, и т.д.).

5. Проследить:

1) оцените изменения поведения на следующем приеме;

2) поощряйте успех и/или предложите помощь при неудаче.

## Заключение

Одним из наиболее актуальных вопросов не только медицины, но и клинической психологии выступает проблема приверженности терапии, которая включает как

прием медикаментов, так и модификацию образа жизни, формирование новых привычек и новых форм поведения. Особенно актуальной эта проблема становится в рамках хронических заболеваний, когда от выполнения пациентом назначенной терапии зависит дальнейшее течение заболевания и его исход. В данном контексте мочекаменная болезнь не является исключением. В зависимости от того, насколько регулярно и последовательно пациент следует назначенным процедурам, соблюдает низкобелковую диету и питьевой режим, отслеживает количество выделяемой мочи, зависит повторное появление камней, а в случае с пациентами, у которых функционирует лишь одна почка, данная проблема стоит еще более остро. От понимания пациентом важности следования назначениям зависит не только рецидив заболевания, но и то, насколько успешно пройдет реабилитация после операции по удалению конкремента. В свою очередь, приверженность терапии может определяться не только индивидуально-личностными особенностями пациента, но также и социально-психологическими особенностями взаимоотношений со специалистами системы здравоохранения, в частности с лечащим врачом. На сегодняшний день количество исследований, направленных на изучение факторов приверженности терапии, продолжает увеличиваться и охватывает все новые нозологические единицы.

Результаты проведенного анализа демонстрируют, что фактором, наиболее влияющим на степень приверженности терапии, выступает степень сформированности установок к выполнению врачебных назначений, в связи с чем краткосрочное вмешательство в виде мотивационного интервью видится наиболее подходящим методом работы с пациентами с целью повышения приверженности терапии.

Представленный план краткосрочного вмешательства позволяет решать сразу несколько задач: во-первых, проверить степень информированности пациента о заболевании (первый этап), выявить имеющиеся



пробелы в вопросах течения заболевания или терапии; во-вторых, оценить степень сформированности установок пациента на следование назначенным профилактическим процедурам (третий этап) и в случае недо-

статочной их сформированности выстроить поэтапную работу с формированием установок и соответствующих поведенческих паттернов; в-третьих, отслеживать поведенческие изменения пациента.

### Литература

1. Вассерман Л.И., Трифонова Е.А., Щелкова О.Ю. Психологическая диагностика и коррекция в соматической клинике: научно-практическое руководство. СПб.: Речь, 2011. 271с.
2. Зайцева Д.В. Анализ психологических факторов приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью // Известия Иркутского государственного университета. Серия «Психология». 2022. Т. 42. С. 34–47. DOI: 10.26516/2304-1226.2022.42.34.
3. Зайцева Д.В., Исурина Г.Л. Анализ степени приверженности терапии пациентов с мочекаменной болезнью на этапе стационарного лечения // Вестн. психотерапии. 2022. № 83. С. 40–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2022-0-83-40-48.
4. Карвасарский Б.Д. Клиническая психология. 2-е изд. СПб.: Питер, 2006. 960 с.
5. Копылова О. В., Ершова А. И., Ялтонский В. М. [и др.]. Мотивационное консультирование в профилактике развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний // Кардиоваскуляр. терапия и профилактика. 2022. Т. 21, №12. С. 216–225. DOI: 10.15829/1728-8800-2022-3455.
6. Csillik A., Devulder L., Fenouillet F. [et al.]. A Pilot Study on the Efficacy of Motivational Interviewing Groups in Alcohol Use Disorders // J. Clin. Psychol. 2021. Vol. 77, N 12. P. 2746–2764. DOI: 10.1002/jclp.23265.
7. Engel G. The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine // Science. 1977. Vol. 196, N 4286. P. 129–136. DOI: 10.1126/science.847460.
8. Finegood D. The Complex Systems Science of Obesity // The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity / J. Cawley (editor). NY: Oxford University Press, 2011. P. 208–236.
9. Hardcastle S., Taylor A., Bailey M. [et al.]. Effectiveness of a Motivational Interviewing Intervention on Weight Loss, Physical Activity and Cardiovascular Disease Risk Factors: A Randomised Controlled Trial with a 12-Month Post-intervention Follow-up // Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act. 2013. Vol. 10, N 40. DOI:10.1186/1479-5868-10-40.
10. Li Z., Chen Q., Yan J. [et al.]. Effectiveness of Motivational Interviewing on Improving Care for Patients with Type 2 Diabetes in China: A Randomized Controlled Trial // BMC Health Serv. Res. 2020. Vol. 20, N 57. DOI:10.1186/1479-5868-10-40.
11. Miller W. Motivational Interviewing with Problem Drinkers // Behav. Cognit. Psychoth. 1983. Vol. 11, N 2. P. 147–172. DOI: 10.1017/S0141347300006583.
12. Papus M., Dima A., Viprey M. [et al.]. Motivational Interviewing to Support Medication Adherence in Adults with Chronic Conditions: Systematic Review of Randomized Controlled Trials // Patient Educ. Couns. 2022. Vol. 105, N 11. P. 3186–3203. DOI: 10.1016/j.pec.2022.06.013.
13. Rosenstock I.M. Historical Origins of The Health Belief Model // Health Educ. Monog. 1974. Vol. 2, N 4. P. 328–335.
14. Soderlund P. Effectiveness of Motivational Interviewing for Improving Physical Activity Self-management for Adults with Type 2 Diabetes: A Review // Chronic Illn. 2018. Vol. 14, N 1. P. 54–68. DOI: 10.1177/1742395317699449.
15. Zomahoun H., Guénette L., Grégoire J. [et al.]. Effectiveness of Motivational Interviewing Interventions on Medication Adherence in Adults with Chronic Diseases: A Systematic Review and Meta-analysis // Int. J. Epidemiol. 2017. Vol. 46, N 2. P. 589–602. DOI: 10.1093/ije/dyw273.

---

Поступила 24.08.2023

Автор декларирует отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией данной статьи.

**Для цитирования:** Зайцева Д.И. Краткосрочное психологическое вмешательство в урологической клинике // Вестник психотерапии. 2023. № 87. С. 38–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-38-48

---

D.V. Zaitseva

## Short-term psychological intervention in the urological clinic

Saint Petersburg State University (7–9–11, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, Russia)

✉ Daria Victorovna Zaitseva – clinical psychologist, PhD student, Department of Clinical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University (7–9–11, Universitetskaya Emb., St. Petersburg, 199034, Russia)

### Abstract

*Relevance.* Short-term clinical-psychological intervention is currently quite commonly used in medicine for the purposes of prevention, treatment, and rehabilitation, as it has several advantages over other methods of psychological interventions: a low number of sessions, the possibility of conducting short sessions lasting 10–15 minutes, a clear session structure that allows not only psychologists but also treating physicians to work with patients. Kidney stone disease is a chronic condition with a high risk of recurrence; however, research shows that following a series of simple preventive procedures can significantly reduce the risk of recurrence. It has been observed that nearly 50% of patients stop following these recommendations within six months. This article presents data demonstrating the influence of the degree of formation of attitudes toward following medical prescriptions on the level of therapy adherence, based on which a model of short-term psychological intervention for patients with kidney stone disease aimed at increasing therapy adherence was proposed.

The aim of this study is to investigate the factors influencing the level of therapy adherence, specifically: awareness of the disease, the degree of formation of attitudes towards following medical prescriptions, and the degree of formation of behavioral factors. Additionally, the study aims to develop a short-term intervention plan aimed at increasing therapy adherence for patients with kidney stone disease based on the obtained results.

*Methods.* The study involved 114 patients with urolithiasis (with localization of the calculus in the kidney – N20.0): 50 men and 64 women, the average age of the examined patients was 52 years. The study used: the questionnaire “Compliance Level” R.V. Kadyrov, a questionnaire specially designed for the purposes of the study. Mathematical and statistical processing was carried out using the Mann-Whitney U-test and regression analysis. The methodology for developing a short-term psychological intervention is based on ideas about the biopsychosocial nature of a person, illness and health, modern ideas about the phenomenon of adherence to treatment, a model of beliefs about health, and the principles of a motivational interview [1, 4, 7, 8, 13].

*Results and discussion.* The results of the study showed that the examined patients have a high and medium degree of adherence to therapy. It was shown that the most significant factor influencing behavioral compliance is the degree of formation of attitudes to the implementation of medical prescriptions. Based on the results obtained, a short-term psychological intervention plan was developed according to the purpose of the study. The short-term psychological intervention plan consists of five stages. The first stage is aimed at checking the patient’s awareness of the disease and basic preventive measures. The second stage is provided for patients who have insufficient awareness about the disease or prevention. The third stage involves the initial stages of behavioral changes, thus, the specialist assesses the patient’s readiness for lifestyle changes, or encourages existing strategies to ensure adherence to preventive measures. The fourth stage is aimed at specific behavioral changes, planning actions together with the patient, setting goals. Fifth is the last stage, the stage of monitoring changes in behavior, encouraging success, helping a specialist in case of failure of the patient.

*Conclusion.* The plan of short-term psychological intervention developed and presented can be used both by specialists in the psychological service of somatic medicine and by the attending physicians of patients.

**Keywords:** short-term psychological intervention, urolithiasis, motivational interview, adherence to therapy, compliance, psychotherapeutic interventions.

## References

1. Vasserman L.I., Trifonova E.A., Shchelkova O.Y. Psihologicheskaya diagnostika i korekciya v somaticheskoy klinike: nauchno-prakticheskoe rukovodstvo [Psychological diagnostics and correction in somatic clinic: scientific and practical guide]. St. Peterburg, 2011. 271 p. (In Russ.)
2. Zajceva D.V. Analiz psihologicheskikh faktorov priverzhennosti terapii pacientov s mochekamennoy boleznyu [The Analysis of Psychological Factors of Compliance to Treatment of Persons with the Kidney Stone Disease]. *Izvestiya Irkutskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Psihologiya* [The Bulletin of Irkutsk State University. Series "Psychology"]. 2022; (42): 34–47. (In Russ.)
3. Zajceva D.V., Isurina G.L. Analiz stepeni priverzhennosti terapii pacientov s mochekamennoy boleznyu na etape stacionarnogo lecheniya [Analysis of the degree of adherence to therapy in patients with urolithiasis at the stage of in-hospital treatment]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of Psychotherapy]. 2022; (83): 40–48. (In Russ.)
4. Karvasarskij B.D. Klinicheskaya psihologiya [Clinical Psychology]. St. Peterburg, 2006. 960 p. (In Russ.)
5. Kopylova O. V., Ershova A. I., Yaltonskij V. M. [et al.]. Motivacionnoe konsultirovanie v profilaktike razvitiya i progressirovaniya serdechno-sosudistyh zabolevanij [Motivational counseling in the prevention of the development and progression of cardiovascular diseases]. *Kardiovaskulyarnaya terapiya i profilaktika* [Cardiovascular Therapy and Prevention]. 2022; 21(12): 216–225. (In Russ.)
6. Csillik A., Devulder L., Fenouillet F. [et al.]. A pilot study on the efficacy of motivational interviewing groups in alcohol use disorders. *J. Clin. Psychol.* 2021; 77(12): 2746–2764. DOI: 10.1002/jclp.23265.
7. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977; 196(4286): 129–136. DOI: 10.1126/science.847460.
8. Finegood D. The complex systems science of obesity. In: *The Oxford Handbook of the Social Science of Obesity* / J. Cawley (editor). NY: Oxford University Press, 2011. P. 208–236.
9. Hardcastle S., Taylor A., Bailey M. [et al.]. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: a randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *Int. J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 2013; 10(40). DOI:10.1186/1479-5868-10-40.
10. Li Z., Chen Q., Yan J. [et al.]. Effectiveness of motivational interviewing on improving care for patients with type 2 diabetes in China: A randomized controlled trial. *BMC Health Serv. Res.* 2020; 20(57). DOI:10.1186/1479-5868-10-40.
11. Miller W. Motivational Interviewing with problem drinkers. *Behav. Cognit. Psychoth.* 1983; 11(2): 147–172. DOI: 10.1017/S0141347300006583.
12. Papus M., Dima A., Viprey M. [et al.]. Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: Systematic review of randomized controlled trials. *Patient Educ. Couns.* 2022; 105(11): 3186–3203. DOI: 10.1016/j.pec.2022.06.013.
13. Rosenstock I.M. Historical origins of the health belief model. *Health Educ. Monog.* 1974; 2(4): 328–335.
14. Soderlund P. Effectiveness of motivational interviewing for improving physical activity self-management for adults with type 2 diabetes: A review. *Chronic Illn.* 2018; 14(1): 54–68. DOI: 10.1177/1742395317699449.
15. Zomahoun H., Guénette L., Grégoire J. [et al.]. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis. *Int. J. Epidemiol.* 2017; 46(2): 589–602. DOI: 10.1093/ije/dyw273.

---

Received 24.08.2023

**For citing:** Zaitseva D.V. Kratkosrochnoe psihologicheskoe vmeshatel'stvo v urologicheskoy klinike. *Vestnik psikhoterapii*. 2023; (87): 38–48. (In Russ.)

Zaitseva D.V. Short-term psychological intervention in the urological clinic. *Bulletin of Psychotherapy*. 2023; (87): 38–48. DOI: 10.25016/2782-652X-2023-0-87-38-48

---