

Мотивационное консультирование в профилактике развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний

Копылова О.В.¹, Ершова А.И.¹, Ялтонский В.М.², Сирота Н.А.², Драпкина О.М.¹

¹ФГБУ "Национальный медицинский исследовательский центр терапии и профилактической медицины" Минздрава России.

Москва; ²ФГБОУ ВО "Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова" Минздрава России. Москва, Россия

Несмотря на значимые успехи в разработке новых методов профилактики и лечения сердечно-сосудистых заболеваний, распространенность их остается высокой, что связано, во многом, с недостаточной приверженностью пациентов медикаментозным и немедикаментозным профилактическим вмешательствам. Мотивационное консультирование (МК) является уникальной технологией, которая позволяет активизировать желание пациента изменить свое поведение в сторону здорового. В обзоре представлен анализ литературы, посвященной технологии МК и возможностям его применения в кардиологической практике. Данные научных исследований показывают эффективность проведения МК в отношении улучшения профиля питания, физической активности, снижения массы тела, отказа от курения, контроля уровня гликированного гемоглобина у пациентов с сахарным диабетом, улучшения исходов у больных с хронической сердечной недостаточностью, повышения приверженности лекарственной терапии и др. Перспективным является проведение МК с применением телемедицинских технологий. Важнейшее значение имеет обучение специалистов, поскольку эффективность данного вида консультирования во многом зависит от точности

следования врачом-консультантом сущности ("духу") и технологиям МК.

Ключевые слова: мотивационное консультирование, мотивационное интервьюирование, кардиология, сердечно-сосудистые заболевания, профилактика.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 28/10-2022

Рецензия получена 12/11-2022

Принята к публикации 22/11-2022



Для цитирования: Копылова О.В., Ершова А.И., Ялтонский В.М., Сирота Н.А., Драпкина О.М. Мотивационное консультирование в профилактике развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2022;21(12):3455. doi:10.15829/1728-8800-2022-3455. EDN QLCGVF

Motivational counseling in the prevention of the development and progression of cardiovascular diseases

Kopylova O.V.¹, Ershova A.I.¹, Yaltonsky V.M.², Sirota N.A.², Drapkina O.M.¹

¹National Medical Research Center for Therapy and Preventive Medicine. Moscow; ²A. I. Yevdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry. Moscow, Russia

Despite significant progress in the development of novel methods for the prevention and treatment of cardiovascular diseases, their prevalence remains high, which is largely due to low adherence of patients to drug and non-drug preventive interventions. Motivational counseling (MC) is a unique technology that makes it possible to activate the patient's desire to change their behavior towards a healthy one. The review presents an analysis of the literature on MC technology and the possibilities of its application in cardiology practice. Research data show the effectiveness of MC in improving the nutrition profile, physical activity, weight loss, smoking cessation, control of glycated hemoglobin in patients with diabetes, improving outcomes in patients with heart failure, increasing adherence to therapy, etc. Conducting MC using telemedicine technologies seems promising. The training of specialists is of paramount importance, since the effectiveness of this

type of counseling largely depends on the accuracy of the consultant's adherence to the essence and technologies of MC.

Keywords: motivational counseling, motivational interviewing, cardiology, cardiovascular disease, prevention.

Relationships and Activities: none.

Kopylova O.V.* ORCID: 0000-0001-5397-5387, Ershova A.I. ORCID: 0000-0001-7989-0760, Yaltonsky V.M. ORCID: 0000-0003-3337-0123, Sirota N.A. ORCID: 0000-0003-2736-9986, Drapkina O.M. ORCID: 0000-0002-4453-8430.

*Corresponding author:
sivoksana@yandex.ru

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
e-mail: sivoksana@yandex.ru

[Копылова О. В.* — к.м.н., н.с. лаборатории клиномики, ORCID: 0000-0001-5397-5387, Ершова А. И. — д.м.н., зам. директора по фундаментальной науке, ORCID: 0000-0001-7989-0760, Ялтонский В. М. — д.м.н., профессор кафедры клинической психологии, ORCID: 0000-0003-3337-0123, Сирота Н. А. — д.м.н., декан факультета клинической психологии, зав. кафедрой клинической психологии, ORCID: 0000-0003-2736-9986, Драпкина О. М. — д.м.н., профессор, академик РАН, руководитель отдела фундаментальных и прикладных аспектов ожирения, директор, ORCID: 0000-0002-4453-8430].

Received: 28/10-2022

Revision Received: 12/11-2022

Accepted: 22/11-2022

of the development and progression of cardiovascular diseases. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2022;21(12):3455. doi:10.15829/1728-8800-2022-3455. EDN QLCGVF

For citation: Kopylova O.V., Ershova A.I., Yaltonsky V.M., Sirota N.A., Drapkina O.M. Motivational counseling in the prevention

ИМТ — индекс массы тела, МК — мотивационное консультирование/синоним "мотивационное интервьюирование", ССЗ — сердечно-сосудистые заболевания, ФА — физическая активность, ФР — факторы риска, HbA_{1c} — гликированный гемоглобин.

Ключевые моменты

Что известно о предмете исследования?

- Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний во многом зависит от привычек пациента, его образа жизни, приверженности терапии.
- Мотивационное консультирование (МК) является методом, позволяющим активизировать стремление и активные действия пациента к изменению своего поведения.

Что добавляют результаты исследования?

- Применение технологии МК в кардиологической практике позволяет повысить приверженность здоровому образу жизни и лекарственной терапии.
- Необходима целенаправленная подготовка специалистов и точное следование ими сущности и технологиям МК, а также организационная работа по выделению специального для него времени, в т.ч. с использованием современных телемедицинских технологий.

Key messages

What is already known about the subject?

- Prevention of cardiovascular diseases largely depends on the habits of the patient, his lifestyle, and compliance.
- Motivational counseling (MC) makes it possible to activate the patient's desire and actions to change his behavior.

What might this study add?

- The use of MC technology in cardiology practice makes it possible to increase adherence to a healthy lifestyle and therapy.
- There is a need for targeted training of specialists and their exact adherence to the essence and technologies of MC, as well as organizational work to allocate special time for it, including with the use of modern telemedicine technologies.

Введение

В настоящее время фокус в кардиологии всё больше смещается в сторону профилактических вмешательств. Это обусловлено, с одной стороны, тем, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ) в большинстве своем являются серьезными, нередко инвалидизирующими и даже угрожающими жизни состояниями. В частности, основной причиной смерти в России и во всем мире являются такие заболевания, как ишемическая болезнь сердца и острое нарушение мозгового кровообращения¹. С другой стороны, в последние десятилетия появились новые эффективные способы контроля и коррекции факторов риска (ФР) ССЗ — современные гиполипидемические, антигипертензивные, гипогликемические препараты [1, 2].

Вместе с тем наблюдается рост распространенности ряда ФР ССЗ, связанный, прежде всего,

с технологизацией современного общества. Исследования выявляют стремительное увеличение распространенности ожирения, гиподинамии и других ФР как во взрослой, так и в детской популяции² [3]. Согласно исследованию, проведенному в России на представительной выборке, в 1993г распространенность ожирения составляла 10,8% среди мужчин и 26,4% среди женщин, в то время как в 2017г, согласно эпидемиологическому исследованию "Эпидемиология сердечно-сосудистых заболеваний и их факторов риска в регионах Российской Федерации. Второе исследование" (ЭССЕ-РФ2), она составила уже 27,9% среди мужчин и 31,8% среди женщин [4]. Распространенность гиподинамии также увеличивается и в 2017г составила 19,6% [5].

Важнейшей проблемой является низкая приверженность профилактическому лечению. В связи с тем, что большая часть ФР ССЗ связана с привычками и стилем жизни человека, необходима целе-

¹ Global Health Estimates 2016: Death by Cause, Age, Sex, by Country and by Region, 2000-2016. Geneva, World Health Organization, 2016. <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>.

² Childhood Obesity Surveillance Initiative. Accessed April 5, 2021. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/400654/COSI-Severe-Obesity-FS-ENG-LowRes.pdf.

направленная работа по модификации нездоровых и поддержанию и укреплению здоровых паттернов поведения. Такая работа требует учета не только биологических параметров и особенностей человека, но также социальных и психологических аспектов. При рассмотрении взаимодействия врача и пациента в рамках биопсихосоциальной модели, очевидно, что простых рекомендаций по изменению и поддержанию образа жизни в рамках профилактики ССЗ, а также приему тех или иных препаратов, которые обычно выдаются в виде заключения, недостаточно для того, чтобы обеспечить соблюдение пациентом этих рекомендаций. Важно проводить с пациентом целенаправленную работу по повышению мотивации к соблюдению здорового образа жизни, связанного с проблемным поведением, а также приверженности лечению. Технология мотивационного консультирования (МК), синоним — "мотивационное интервьюирование", является одним из наиболее эффективных и подробно разработанных методов, которое положительно зарекомендовало себя, и вошло в клинические рекомендации, в т.ч. по профилактике ССЗ [1, 2, 6].

Цель обзора — анализ литературы, посвященной технологии МК и возможностям его применения в кардиологической практике.

Методология

Проведен поиск в электронных научных библиотеках и базах данных за период 2002-2022гг:

1. "elibrary.ru" по словам, словосочетаниям и их комбинациям (в названиях и ключевых словах публикаций): "Мотивационное консультирование", "Мотивационное интервьюирование", "Сердечно-сосудистые заболевания", "Кардиология", "Профилактика";

2. "pubmed.gov" по словам, словосочетаниям и их комбинациям (в названиях и ключевых словах публикаций): "Motivational counseling", "Motivational interviewing", "Cardiovascular diseases", "Cardiology", "Prevention".

Что такое МК?

МК зародилось в области лечения химических зависимостей в 1980-х гг, как технология преодоления директивного, конфронтационного подхода в работе с зависимыми от алкоголя [7]. В 1991г Miller W и Rollnick S опубликовали руководство по МК, которое стало классическим и выдержало три издания [8]. МК рассматривается ими как сфокусированный на личности стиль консультирования, направленный на решение проблемы двойственного (амбивалентного) отношения к изменению поведения [8]. Успешное развитие МК привело к внедрению этой технологии в лечение соматических заболеваний и проблем психического здоровья [9, 10]. Аналогичный путь развития МК проходит и в Рос-

сии, становясь востребованной практикой эффективной технологией консультирования³ [11-19].

Одним из важных моментов в концепции МК является тот факт, что большинство пациентов амбивалентны в своем желании к модификации нездорового поведения: согласно модели принятия решений, преимущества здорового поведения (такие как укрепление здоровья и улучшение прогнозов в отношении вероятности развития заболеваний, улучшение физического самочувствия и др.) всегда имеют противовес в виде отрицательных эффектов изменения поведения (например, потеря возможности привычных удовольствий, в т.ч. в рамках привычного социального окружения, необходимость прикладывать значительные усилия, сомнения в своей способности измениться, возможные побочные эффекты медикаментозной терапии и др.). В связи с этим вероятность того, что обычные рекомендации без использования специальных мотивационных техник будут успешными, крайне мала [20].

Базовая позиция в МК такова, что люди с нездоровым поведением не являются фундаментально немотивированными к изменению своего поведения, а, скорее, амбивалентны в том смысле, что их нездоровое поведение до какой-то степени может находиться в конфликте с их представлениями о себе, их ценностями, жизненными целями. Если пациент не осознает ясно противоречивое, двойственное отношение к проблеме своего поведения, то директивные медицинские рекомендации, даже данные с самыми благими намерениями, воспринимаются им как посягательство на его свободу выбора и может приводить к усилению субъективного стремления к самостоятельному принятию решений. Это, в свою очередь, часто приводит к неприерженности лечению как в форме открытого несогласия, так и в форме несоблюдения рекомендаций [21]. МК является личностно-центрированной технологией, которая используется для стимулирования изменения поведения путем помощи пациенту в изучении и расширении противоречий между его жизненными потребностями и эффектами, которые возникают в связи с реализацией его дезадаптивного поведения [22]. При таком подходе мотивация к изменениям исходит от самого пациента, а не навязывается ему извне. Прямое убеждение не является эффективным способом разрешения амбивалентности — напротив, такая тактика усиливает сопротивление пациента [11, 12, 22].

Особое значение в МК придается "духу" консультирования. Сущность ("дух МК") заключается в поощрении и укреплении доверительных отношений, которые являются ключом к успеху лече-

³ Приказ Минздрава России от 29.03.2019 № 173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми".

ния, и могут быть охарактеризованы 4 фундаментальными процессами — партнерство, принятие, сострадание и извлечение [8].

Партнерство — это "общение на равных", не патронирующее сотрудничество с пациентом, в котором врач не берет на себя роль эксперта, превосходящего пациента. Партнерство основано на идее, что специалист не может достичь изменений от имени пассивного пациента. Они работают вместе для достижения целей пациента.

Принятие пациента характеризует абсолютную ценность каждого человека, отражающую его врожденный потенциал, значимость каждого человека, активную и искреннюю заинтересованность специалиста в том, чтобы попытаться понять опыт пациента, его внутреннюю перспективу, признание того, что истинная сила для изменений находится внутри пациента.

Сострадание отражает желание специалиста помочь облегчить страдания пациента. В МК оно подчеркивает сознательное стремление специалиста содействовать истинным потребностям и благополучию пациента (например, поддержание самостоятельности), не преследуя при этом свои собственные интересы (например, "заставить" пациента измениться).

Извлечение — это активизация мотивации к изменениям путем исследования и подкрепления причины пациента для изменений. Посредством консультирования изменения вызываются изнутри пациента, а не "выдаются" специалистом. Оно также включает в себя выявление несоответствия между текущим проблемным поведением, целями и ценностями пациента (например, "Вы сказали, что для вас важно снова делать больше физических упражнений. Как это сочетается с вашим курением?") [8, 21].

Практика МК предполагает использование 5-и основных навыков коммуникации, охватывающих 4 фундаментальных процесса МК. Первый базовый навык МК — "Открытые вопросы". Закрытые вопросы подразумевают предоставление конкретной информации, на которую обычно можно дать короткий ответ. В МК отдается предпочтение использованию открытых вопросов. Открытые вопросы — это вопросы, на которые невозможно дать односложный ответ "да" или "нет", которые приглашают человека размышлять и уточнять, предоставляют пациентам более широкие возможности для реагирования без страха ответить "неправильно". Примеры подобных вопросов: "Если бы у Вас была одна привычка, которую Вы бы хотели изменить, чтобы улучшить свое здоровье, что бы это было?", "Какую цель Вы бы хотели поставить, которую Вы действительно хотите достичь?" и т.п. [8, 21].

Второй базовый навык коммуникации в МК — "Рефлексивное (отражающее) слушание". В МК есть четкие указания по выбору того, что отражать,

куда направить свет внимания. Рефлексивное слушание позволяет людям вновь услышать мысли и чувства, которые они выражают, возможно, другими словами, и обдумать их. Качественное рефлексивное слушание, как правило, заставляет собеседника говорить, исследовать и обдумывать. Оно также обязательно избирательно, поскольку консультант выбирает, какие аспекты отразить из всего сказанного человеком. "Отзеркаливание" высказываний и чувств пациента повышает его самооценку, и это позволяет беседе развиваться. Рекомендуется, чтобы в речи врача-консультанта на один заданный вопрос приходилось как минимум две отражающие фразы [21].

Подтверждение — третий базовый навык в МК. Подтверждение (аффирмации) — акцентированные положительные комментарии к поведению или мотивации пациента, поддерживающие его. Это также образ мышления: специалист сознательно обращает внимание на сильные стороны, хорошие шаги, усилия и намерения клиента ("Вы приложили много усилий, чтобы существенно ограничить переедание!"). Выражение поддержки повышает уверенность в себе, инициирует поиск пациентом новых внутренних и внешних ресурсов, необходимых для изменения проблемного поведения. Пример подкрепления, подтверждения: "Мне понравилась Ваша идея начать со снижения дозы принимаемого алкоголя" [8, 13, 21].

Обобщение ("подытоживание", суммирование) является четвертым основным навыком коммуникации в МК. Под ним понимается краткое повторение и подведение итогов того, что сказал пациент, либо какой-то части или всей консультации с возможностью для пациента исправить любые недопонимания и добавить необходимые детали. Цель обобщения — суммировать разрозненные чувства, мысли и поступки, выявившиеся во время МК, стимулировать пациента к размышлениям о проблеме, сосредоточиться на определенных аспектах проблемы, убедиться во взаимном понимании обсужденного аспекта проблемы. Обобщение является важным способом собрать вместе все, что было сказано во время консультации, и подготовить пациента к продвижению в его намерениях изменить поведение. Например, "С одной стороны, Вы не хотите ничего себе запрещать, а с другой — Вас раздражает то количество денег, которые Вы тратите на сигареты, и постоянный кашель тревожит Вас". По завершении консультации обобщение может быть эффективным, если добавить открытое утверждение или вопрос, например: "Мне интересно, что Вы чувствуете в данный момент?" или "Интересно, что Вы думаете, каким должен быть следующий шаг?" [13, 23].

Информирование — пятый базовый навык коммуникации. Информирование в МК — это предоставление информации и совета с разрешения

пациента. Оно предполагает готовность пациента к получению информации, которая воспринимается им как один из возможных вариантов, а не истина и не представляет незапрошенное экспертное мнение, высказанное в директивном стиле. Пациент всегда волен согласиться с советом, информацией специалиста или нет, прислушаться или нет, реализовать ее или нет [8].

В рамках проведения МК важным является и учет стадии, на которой пациент находится на пути изменений, согласно транстеоретической модели Prochaska JO и DiClemente CC [24, 25]. Выделение стадий изменений имеет важное значение отчасти потому, что оно представляет временное измерение процесса изменения. Изменение подразумевает явления, происходящие с течением времени, но ни одна из ведущих предшествующих теорий терапии не содержала ядра, отражающего время. Изменение поведения часто воспринималось как событие, например, бросить курить, употреблять алкоголь или переедать. Транстеоретическая модель рассматривает изменения как процесс, включающий продвижение через серию стадий. Важным является тот факт, что задачи, поведение и рекомендации специалиста при проведении медико-психологического консультирования будут значительно отличаться в зависимости от стадии, на которой находится пациент в настоящее время [12, 24, 25].

Первая стадия изменения поведения называется "Отсутствие размышлений об изменении поведения" (Precontemplation). Она характеризуется отсутствием побуждений, мотивов к изменению проблемного поведения и сопротивлением изменениям. На этой стадии человек не осознает у себя наличия проблемного поведения, не "видит" проблему и не имеет намерения изменить свое поведение в ближайшем будущем (продолжает курить, как и прежде, ведет малоподвижный образ жизни, злоупотребляет нездоровым питанием и алкоголем, и т.д.). Он не верит, что в настоящее время такое поведение риска может привести к отрицательным последствиям для его здоровья, и сопротивляется предложениям изменить его. Готовность пациента к изменению поведения риска на этой стадии изменения поведения отсутствует.

Вторая стадия модели называется "Размышление" (Contemplation). На этой стадии люди осознают наличие проблемного поведения и размышляют о необходимости его изменения (человек знает о своей проблеме, но еще не принял на себя обязательство действовать). Самой важной характеристикой этой стадии является наличие двойственного, противоречивого отношения к проблеме (амбивалентности). В человеке идет борьба между доводами "ЗА" прекращение проблемного поведения и доводами "ПРОТИВ" его изменения. Многие люди остаются без дальнейшего продвижения

на стадии размышления длительное время. Они склонны замещать реальные действия размышлениями о проблеме. В конце этой стадии человек начинает фокусироваться не на проблеме как таковой, а на ее решении. Он перестает думать о прошлом и начинает думать о будущем [13, 24, 25].

"Подготовка к действиям" (Preparation) — это третья стадия, на которой пациенты собираются принять конкретные меры по изменению поведения в ближайшем будущем, которое обычно измеряется как ближайший месяц. Они, как правило, уже предпринимали некоторые важные действия в течение последнего года. У таких пациентов есть план действий, такой как, например, присоединиться к обучающему курсу в сфере здоровья, проконсультироваться с врачом или психологом, купить книгу самопомощи или следовать определенному подходу к самоизменениям. Это те люди, которых полезно направлять на ориентированные на действия программы (например, по отказу от курения, снижению веса, повышению физической активности). Однако на этой стадии может сохраняться двойственное, противоречивое отношение к проблеме, а готовность к изменению не означает, что человек знает, что ему необходимо изменить и как это сделать.

"Действие" (Action) — это четвертая стадия, на которой пациенты вносят и уже внесли определенные явные изменения в свой образ жизни, но в период не менее чем за последние 6 мес. Поскольку действие можно наблюдать, изменение поведения часто приравнивается к действию. Но в транстеоретической модели действие — это только один из шести этапов. Не все модификации поведения считаются действием в этой модели. Действие — это достижение цели или целевого показателя, которое необходимо для того, чтобы снизить риск заболевания [13, 24]. В случае профилактики ССЗ ключевой составляющей успеха является именно достижение целевых значений основных ФР [1].

"Поддержание" (Maintenance) является пятой стадией, на которой пациенты прилагают усилия, чтобы сохранить достигнутые изменения и предотвратить срывы, рецидивы. С течением времени пациенты менее склонны к рецидивам и все более уверены, что могут продолжать поддерживать достигнутые изменения. "Завершение" (Termination) является шестой стадией, на которой происходит выход из цикла изменений. Ее критериями могут быть уверенность в изменениях, отсутствие соблазна вернуться к проблемному поведению в любой ситуации, устойчивая самоэффективность в отношении поддержания целевого поведения, формирование нового образа "Я" и новый стиль жизни в целом. Процесс изменения поведения по стадиям является сложной проблемой. Не все способны успешно пройти все стадии цикла изменений, что приводит к рецидиву проблемного поведения

и возобновлению прохождения цикла изменений. Prochaska JO, et al. [24] отмечает, что представлять рецидив как отдельную стадию не совсем корректно. Рецидив — это не этап изменения, а событие, которое вызывает повторное прохождение этапов для того, чтобы человек смог выполнить задачи в достаточной степени для поддержания. Подавляющее большинство возвращается к стадии размышления или подготовки для еще одной серьезной попытки к действию [12, 24, 25].

В зависимости от стадии процесса изменения поведения, на которой находится конкретный пациент, действия пациента могут существенно различаться. К примеру, на стадии "Отсутствие размышлений об изменении поведения" задача пациента — повышение осведомленности, беспокойства о проблемном поведении, укрепление надежды и уверенности в себе. На стадии "Размышления" задачами пациента являются анализ доводов "За" и "Против" изменений поведения с учетом их плюсов и минусов, установка баланса принятия решения, закрепление решения о переменах. Принятие решения о необходимости изменений и создании эффективного и подходящего плана изменений — это задача пациента на стадии "Подготовка". На стадии активных действий задачи пациента включают реализацию плана изменений, решение проблем и пересмотр плана, по мере необходимости. На стадии "Поддержание изменений" задача пациента заключается в интеграции измененного поведения, связанного со здоровьем и болезнью в новый образ жизни, разработке стратегии для предотвращения рецидива, интенсивном использовании стратегии поиска и принятия социальной поддержки. Если произошел рецидив, то задачей пациента становится пересмотр плана изменений и внедрение нового плана.

Круг задач по изменению поведения пациента есть и у специалиста. На стадии "Отсутствие размышлений об изменении поведения" его задачей является вовлечение пациента в консультирование и его принятие, установление взаимопонимания, повышение восприятия пациентом риска и проблем. Нормализация амбивалентности, активизация причин для изменений и рисков отказа от них, помощь в установлении баланса в принятии решения и укрепление самоэффективности пациента составляют задачу специалиста на стадии "Размышления". Если пациент находится на стадии "Подготовка", то задача специалиста заключается в предложении вариантов изменений, помощи в определении наилучшего курса действий, совместной разработке плана по достижению изменений с учетом барьеров, мешающих отказаться от проблемного поведения, и оказании социальной поддержки. На стадии "Действие" важнейшее значение имеет поддержка пациента специалистом на пути изменения поведения. Кон-

сультант помогает пациенту реализовать план изменений, определить и развить навыки, необходимые для преодоления трудностей, связанных с изменениями, содействует в решении проблем, возникающих при реализации плана изменений. На стадии "Поддержание" специалист помогает пациенту определить сильные стороны плана и стратегии для предотвращения рецидива, решить вопросы возможной перестройки взаимоотношений и связанные с ними проблемы, оказывает социальную поддержку. Если произошел рецидив, то специалист оказывает содействие пациенту в определении пусковых факторов рецидива и разработке плана профилактики, помогает пациенту повторно пройти все стадии изменений поведения [8, 11, 25].

МК в кардиологической практике

Существует большое разнообразие ситуаций в рамках кардиологической практики, когда применение МК может быть одним из ключевых навыков, необходимых для достижения успеха. В частности, контроль и, при необходимости, коррекция различных ФР ССЗ в большинстве случаев требуют модификации образа жизни пациента, что, в свою очередь, основывается на мотивации пациента к необходимым изменениям поведения риска, связанного со здоровьем.

Исследования показывают эффективность МК в отношении отказа от курения. В частности, в кохрейновском метаанализе 28 исследований, включившем 16803 пациента, получены данные о том, что в группе МК отмечались лучшие исходы (повышение вероятности на 26%) в достижении целей по отказу от курения при сравнении с кратким консультированием или стандартной помощью [26]. С практической точки зрения интересным представляется тот факт, что более выраженный эффект был выявлен в случае, если консультирование проводилось лечащим врачом (повышение вероятности в 3,5 раза), а не отдельным сторонним консультантом/психологом (повышение вероятности всего на 25%) [26]. Кроме того, был изучен вариант краткого МК с продолжительностью сессии <20 мин, который также показал свою эффективность.

В исследовании Barrett S, et al. (2020) изучалось влияние МК в сочетании с когнитивно-поведенческой терапией, осуществляемого в формате пяти телефонных консультаций, на уровень физической активности (ФА) у амбулаторных пациентов. В экспериментальной группе отмечался более высокий уровень ФА умеренной и высокой интенсивности по сравнению с группой контроля как непосредственно после вмешательства ($p < 0,001$), так и через 9 мес. после его окончания ($p < 0,001$). В частности, через 9 мес. после окончания консультирования в экспериментальной группе средний уровень ФА умеренной/высокой интенсивности составлял

22 мин/день. Кроме того, в экспериментальной группе через 9 мес. после окончания вмешательства отмечались благоприятные изменения в отношении массы тела ($p<0,001$), окружности талии ($p<0,001$), индекса массы тела (ИМТ) ($p<0,001$), самооэффективности в отношении ФА ($p<0,001$) и качества жизни, связанного со здоровьем ($p<0,001$) [27].

В систематическом обзоре и метаанализе Armstrong MJ, et al. (2011) проанализированы данные 11 исследований, посвященных применению МК при снижении веса [28]. Выявлено статистически значимое снижение массы тела и ИМТ при проведении МК (способ проведения МК в разных исследованиях варьировал — от очного до дистанционного, от индивидуального до группового; суммарная продолжительность сессий также варьировала от 50 до 323 мин).

В исследовании Куликовой М.С. и др. (2021) выявлено положительное влияние проведения МК на очных визитах в сочетании с дистанционной поддержкой у пациентов в возрасте 18-60 лет с ИМТ 27-37 кг/м² [29]. На первом очном визите всем пациентам проводилась персонализированная профилактическая консультация по методике МК; также всем участникам было выдано оборудование для самоконтроля (весы, шагомер и тонометр). Пациенты были рандомизированы в 2 группы. В группе активного наблюдения (с проведением очных визитов во время исследования) и в группе самоконтроля (только дистанционная поддержка с помощью приложения для смартфона "Доктор ПМ") через 6 мес. выявлено статистически значимое снижение массы тела на 5 и 4,8 кг ($p<0,05$); уменьшение окружности талии на 6 и 4 см ($p<0,05$), соответственно; увеличение количества шагов в день с 6667 до 8514 ($p<0,05$) в группе активного наблюдения и с 5511 до 8471 ($p<0,05$) в группе самоконтроля. В обеих группах отмечено статистически значимое улучшение профиля питания в сторону более здоровых паттернов — уменьшение потребления жирных сортов мяса и молочных продуктов, переработанного мяса; увеличение потребления до ≥ 500 г овощей и фруктов [29].

Iovino P, et al. (2021) проведен анализ влияния МК (одна очная сессия МК длительностью ~60 мин и 3 последующих телефонных консультации с частотой 1 раз/2 нед. для поддержания и усиления эффекта первичной очной консультации) на исходы у пациентов с хронической сердечной недостаточностью. Выявлено, что в группе, где МК проводилось как для пациентов, так и для медицинского персонала, оказывающего помощь, уровень смертности от всех причин через 3 мес. после включения оказался статистически значимо ниже (на 89%) по сравнению с группой без МК ($p=0,038$) [30]. Представленные данные согласуются и с заключением систематического обзора, включившего 9 исследо-

ваний. В восьми из девяти исследований отмечались позитивные эффекты МК у пациентов с хронической сердечной недостаточностью (улучшение качества жизни, показателей здоровьесберегающего поведения, снижение частоты госпитализаций) по сравнению с классическими рекомендациями в форме совета, в семи исследованиях были выявлены статистически значимые различия [31].

В метаанализе, посвященном изучению влияния МК на уровень гликированного гемоглобина (HbA_{1c}) у пациентов с сахарным диабетом 2 типа, выявлено значимое снижение уровня HbA_{1c} в группе МК по сравнению с контролем на 29% ($p=0,003$) [32]. Аналогичные результаты представлены и в систематическом обзоре и метаанализе Bilgin A, et al. (2022), включившем 16 исследований. Было показано, что МК приводит к эффективному уменьшению уровня HbA_{1c}, постпрандиального уровня глюкозы крови, систолического артериального давления, депрессивных симптомов, эмоционального дистресса и к повышению самооэффективности [33].

В профилактике развития и прогрессирования ССЗ существенную роль играет приверженность пациента лечению. Важными факторами приверженности профилактическому лечению являются психологические характеристики пациентов, особенности восприятия ими здоровья и болезни, а также знание и понимание тех мер и методов, которые необходимо использовать для предотвращения развития ССЗ. Предрасполагающими факторами недостаточной приверженности в кардиологии могут быть необходимость длительного, фактически пожизненного, приема лекарственных препаратов, отсутствие значимых симптомов (пациентам с дислипидемиями и некоторыми другими патологиями чаще всего необходимо принимать препараты, даже когда субъективно их ничто не беспокоит), страх побочных эффектов длительной терапии, необходимость комбинированного профилактического воздействия сразу на многие ФР и сочетанные заболевания [34]. Систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований выявил, что значимые улучшения приверженности лекарственной терапии под воздействием МК обнаружены в 23 работах, а еще в 19 исследованиях наблюдалось улучшение других клинических результатов, таких как снижение поведения риска и улучшение симптомов заболеваний [35].

В последние годы развиваются новые направления в применении МК, в частности с применением современных технологий — сети интернет, смартфонов и т.п. В систематическом обзоре Pedamallu H, et al. (2022) были изучены эффекты МК, проводимого посредством мобильной или других электронных средств связи [36]. Проанализировано 34 исследования, в которых при проведении МК использовались текстовые сообщения, интернет-платформы, при-

ложения для смартфонов. В 23 из 30 рандомизированных контролируемых исследований выявлены статистически значимые улучшения в отношении нездоровых вариантов поведения, при этом в 11 исследованиях оценивали удобство и удовлетворенность при проведении МК с применением дистанционных технологий — все исследования выявили высокие оценки по данным параметрам [36].

В работе Сирота Н.А. и др. (2019) исследован комплексный подход к коррекции ФР ССЗ с применением методов МК и других современных медикопсихологических и дистанционных технологий [14]. В экспериментальной группе (очное МК в сочетании с другими методами профилактического консультирования на первичном визите, затем консультирование в дистанционном формате не <1 раза/мес.) через 12 мес. выявлено статистически значимое улучшение ($p < 0,05$) по отношению к группе сравнения таких ФР ССЗ, как употребление овощей и фруктов ≥ 400 г/день, уровень ФА ≥ 150 мин/нед., ИМТ, окружность талии, уровень общего холестерина, достижение целевых уровней артериального давления; также отмечено значимое снижение количества выкуриваемых сигарет у курящих пациентов ($p < 0,05$) [14].

В связи с большим количеством исследований, подтверждающих эффективность МК в отношении коррекции ФР ССЗ, данная технология была включена в ряд официальных документов, клинических и методических рекомендаций. В частности, МК является базовым компонентом профилактического консультирования в рамках диспансеризации, описанного в методических рекомендациях "Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения" Драпкиной О.М. и др. (2020)⁴ [18]. Большое значение формированию мотивации, а также учету стадии изменений, на которой находится пациент, уделено в Национальном руководстве 2022г "Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации" [19]. В клинических рекомендациях по профилактике ССЗ Европейского общества кардиологов 2016г проведение МК рекомендуется для работы с пациентами при необходимости модификации образа жизни с классом рекомендаций I (рекомендовано) и уровнем доказательности A (данные, полученные из нескольких рандомизированных клинических испытаний или метаанализов); в подобных клинических рекомендациях 2021г также говорится о пользе МК [2, 6].

Подготовка специалистов

Magill M, et al. (2018) подчеркивают, что на эффективность МК влияет целый ряд факторов, свя-

занных как со специалистом, осуществляющим консультирование (например, эмпатия, "дух" МК), так и с пациентом (например, заинтересованность и активная позиция пациента в получении помощи по изменению привычек образа жизни) [37]. В частности, более четкое следование врачом принципам МК, его сущности при проведении сессий, оказалось достоверно ассоциировано с улучшением поведенческих привычек при последующих визитах ($p < 0,001$) [37].

В связи с этим отдельного внимания заслуживает вопрос подготовки специалистов, обладающих навыками проведения МК [38]. Предлагаются различные модели обучения: от практических очных тренингов до дистанционных онлайн-курсов [38]. Tobey M, et al. (2018) подчеркивают важность поддерживающего обучения для актуализации навыков МК, в частности авторы предлагают использование 1-часового практического занятия, которое включает обзор концептуальных принципов МК, представление кратких интервью по технике SBIRT (Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment — скрининг, краткое вмешательство и направление на лечение) с последующим консультированием специалистами друг друга под наблюдением инструктора [39].

В исследовании Boom SM, et al. (2022) изучались особенности внедрения МК в реальную клиническую практику работы терапевтов и медицинских сестер, прошедших целенаправленное обучение. Наибольшие сложности возникали на этапах применения навыков МК непосредственно в практической деятельности и интеграции МК в рутинный регламент деятельности медицинской организации, в связи с чем исследователи делают вывод, что помимо обучения медицинских специалистов непосредственно технологии и навыкам МК крайне важно уделять внимание факторам, влияющим на внедрение данных навыков в повседневную практику (выделение достаточного количества времени на консультирование, необходимость совмещать МК с другими задачами, например, с медицинским осмотром или сбором анамнеза, в условиях ограниченного времени, сложность поддержания континуума и организации повторных консультаций, например, для врачей стационара, разный уровень понимания пациентов и др.) [40].

Актуальным является и вопрос о том, кто должен проводить МК. С одной стороны, терапевты, кардиологи и другие профильные специалисты являются теми экспертами, к кому в первую очередь обращается пациент, в связи с чем очень важно, чтобы они владели навыками МК. С другой стороны, временные ресурсы данных специалистов в настоящее время существенно ограничены, в этом случае на помощь могут приходить сотрудники отделений и кабинетов медицинской профилактики — врачи,

⁴ Приказ Минздрава России от 29.03.2019 № 173н "Об утверждении порядка проведения диспансерного наблюдения за взрослыми".

клинические психологи и, возможно, специально обученный средний медицинский персонал.

Заключение

МК является важным компонентом работы при оказании помощи пациентам кардиологического профиля. С учетом данных о более высокой эффективности при выполнении МК непосредственно лечащим врачом, перспективным представляется обучение навыкам такого консультирования врачей-терапевтов, кардиологов, семейных врачей, врачей общей практики. Широкое применение данного метода и организационно-нормативные мероприятия по его внедрению необходи-

мы и в рамках работы кабинетов и отделений медицинской профилактики.

Целенаправленная подготовка специалистов и точное следование ими сущности ("духу") и технологиям МК, а также организационная работа по выделению специального времени для такого консультирования, в т.ч. с использованием современных телемедицинских технологий, являются важными компонентами успеха внедрения МК в реальную клиническую практику.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Cardiovascular prevention 2017. Russian national recommendations. Russian Journal of Cardiology. 2018;(6):7-122. (In Russ.) Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2018;(6):7-122. doi:10.15829/1560-4071-2018-6-7-122.
2. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2021;42(34):3227-37. doi:10.1093/EURHEARTJ/EHAB484.
3. Boytsov SA, Shalnova SA, Deev AD. The epidemiological situation as a factor determining the strategy for reducing mortality in the Russian Federation. Ter Arkh. 2020;(92):4-9. (In Russ.) Бойцов С.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. Эпидемиологическая ситуация как фактор, определяющий стратегию действий по снижению смертности в Российской Федерации. Терапевтический архив. 2020;92(1):4-9. doi:10.26442/00403660.2020.01.000510.
4. Shalnova SA, Drapkina OM. Contribution of the ESSE-RF study to preventive healthcare in Russia. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2020;19(3):2602. (In Russ.) Шальнова С.А., Драпкина О.М. Значение исследования ЭССЕ-РФ для развития профилактики в России. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(3):2602. doi:10.15829/1728-8800-2020-2602.
5. Shalnova SA, Maksimov SA, Balanova YuA, et al. Adherence to a healthy lifestyle of the Russian population depending on the socio-demographics. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2020;19(2):2452. (In Russ.) Шальнова С.А., Максимов С.А., Баланова Ю.А. и др. Приверженность к здоровому образу жизни в российской популяции в зависимости от социально-демографических характеристик населения. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020;19(2):2452. doi:10.15829/1728-8800-2020-2452.
6. Piepoli MF, Hoes AW, Agewall S, et al. 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Eur Heart J. 2016;37(29):2315-81. doi:10.1093/eurheartj/ehw106.
7. Miller WR. Motivational interviewing with problem drinkers. Behav Psychother. 1983;11(2):147-72.
8. Miller W, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change (3rd Ed.). NY: Guilford Press, 2013, 482 p. ISBN-13:978-1609182274.
9. Rollnick S, Miller W, Butler C. Motivational Interviewing in Health Care: Helping Patients Change Behavior. NY: Guilford Press, 2008, 210 p. ISBN-13:978-1-5985-612-0.
10. Arkowitz H, Miller W, Rollnick S. Motivational Interviewing in the Treatment of Psychological Problems, 2nd Ed. (Applications of Motivational Interviewing). NY: Guilford Press, 2017, 400 p. ISBN: 9781462530120.
11. Sirota NA, Yaltonsky VM. Working with Motivation. Chapter 3. In: Guidelines for the Rehabilitation of Patients with Dependence on Psychoactive Substances/Edited by Valentik Yu. V., Sirota N. A. M.: Litera, 2002:93-124. (In Russ.) Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Работа с Мотивацией. Глава 3. В кн: Руководство по реабилитации больных с зависимостью от психоактивных веществ под ред. Валентика Ю.В., Сирота Н.А. М.: Литера, 2002:93-124. ISBN: 5-94973-005-4.
12. Sirota NA, Yaltonsky VM. Motivational Work with Persons Using Drugs and Dependent on Them. In: Guide to Narcology, Ed. N. N. Ivanets. 2nd Ed. M.: OOO Medical Information Agency, 2008:765-82. (In Russ.) Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Мотивационная работа с лицами, употребляющими наркотики и зависимыми от них. В кн: Руководство по наркологии, под ред. Н.Н. Иванца. 2е Изд. М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2008:765-82. ISBN: 978-5-8948-1679-1.
13. Yaltonsky VM, Yaltonskaya AV. Formation of Motivation to Change Behavior Caused by Abuse of Alcohol and Other Psychoactive Substances. Methodical Guidelines, 2013, 20 p. (In Russ.) Ялтонский В.М., Ялтонская А.В. Формирование мотивации на изменение поведения, вызванного злоупотреблением алкоголем и другими психоактивными веществами. Методические рекомендации, 2013, 20 с.
14. Sirota NA, Sivakova OV, Yaltonsky VM. Dynamics of risk factors for heart disease under the influence of remote medical and psychological counseling. Counseling psychology and psychotherapy. 2019;27(3(105)):175-96. (In Russ.) 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;27(3(105)):175-96. doi:10.17759/cpp.20192703011.
15. Lishchenko OV, Drozdova LY, Drapkina OM. Application of the method of motivational counseling in obese patients: a literature review. Profil meditsina. 2021;24(12):110. (In Russ.) Лищенко О.В., Дроздова Л.Ю., Драпкина О.М. Применение метода мотивационного консультирования у пациентов с ожирением: обзор литературы. Профилактическая медицина. 2021;24(12):110. doi:10.17116/profmed202124121110.
16. Drozdova LY, Ivanova ES, Lishchenko OV. Modern approaches for conducting motivational counseling for correction of the risk factors and adherence improving: Literature review. Profil Meditsina. 2019;22(2):101-6. (In Russ.) Дроздова Л.Ю., Ива-

- нова Е.С., Лищенко О.В. Современные подходы к мотивационному консультированию с целью коррекции факторов риска и повышения приверженности: обзор литературы. Профилактическая медицина. 2019;22(2):101-6. doi:10.17116/PROFMED201922021101.
17. Drozdova LY, Lischenko OV, Drapkina OM. Technologies of motivational counseling. *Profil Meditsina*. 2020;23(2):97-101. (In Russ.) Дроздова Л.Ю., Лищенко О.В., Драпкина О.М. Технологии мотивационного консультирования. Профилактическая медицина. 2020;23(2):97-101. doi:10.17116/PROFMED20202302197.
 18. Drapkina OM, Drozdova LYu, Kalinina AM, et al. Organization of Preventive Medical Examination and Dispenserization of Certain Groups of the Adult Population. Guidelines. FSBI "NMRC TPM" of the Ministry of Healthcare of Russia; 2020. (In Russ.) Драпкина О.М., Дроздова Л.Ю., Калинина А.М. и др. Организация проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения. Методические рекомендации. ФГБУ "НМИЦ ТПМ" Минздрава России; 2020. 232 с. ISBN: 978-5-6043991-1-8.
 19. Drapkina OM, Kontsevaya AV, Kalinina AM, et al. 2022 Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National guidelines. Cardiovascular Therapy and Prevention. 2022;21(4):3235. (In Russ.) Драпкина О.М., Концевая А.В., Калинина А.М., et al. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi:10.15829/1728-8800-2022-3235.
 20. Thompson DR, Chair SY, Chan SW, et al. Motivational interviewing: a useful approach to improving cardiovascular health? *J Clin Nurs*. 2011;20(9-10):1236-44. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03558.x.
 21. Bischof G, Bischof A, Rumpf H. Motivational Interviewing: An Evidence-Based Approach for Use in Medical Practice. *Dtsch Arztebl Int*. 2021;118(7):109-15. doi:10.3238/arztebl.m2021.0014.
 22. Sirota NA, Yalton VM. The use and implementation of programs for the rehabilitation and prevention of addictive behavior as an urgent task of Russian clinical psychology. *Medical psychology in Russia electronic scientific journal*. 2012;2. (In Russ.) Сирота Н.А., Ялтонский В.М. Применение и внедрение программ реабилитации и профилактики зависимого поведения как актуальная задача российской клинической психологии. Медицинская психология в России, электрон науч журн. 2012;2. http://medpsy.ru/mprij/archiv_global/2012_2_13/nomer/nomer05.php.
 23. Stewart EE, Fox CH. Encouraging patients to change unhealthy behaviors with motivational interviewing. *Fam Pract Manag*. 18(3):21-5.
 24. Prochaska J, Norcross J. Comparative Conclusions Toward a Transtheoretical Therapy. Chapter 17. In: *Systems of Psychotherapy: A Transtheoretical Analysis*. 9th Ed. Oxford University Press; 2018. ISBN-13:978-0190880415.
 25. DiClemente C, Graydon M. Changing Behavior Using the Transtheoretical Model. Chapter 10. In: Hagger MS. *The Handbook of Behavior Change (Cambridge Handbooks in Psychology)*. 2020. ISBN-13:978-1108496391.
 26. Lindson-Hawley N, Thompson TP, Begh R. Motivational interviewing for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015;(3):CD006936. doi:10.1002/14651858.CD006936.pub3.
 27. Barrett S, Begg S, O'Halloran P, et al. A physical activity coaching intervention can improve and maintain physical activity and health-related outcomes in adult ambulatory hospital patients: the Healthy4U-2 randomised controlled trial. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2020;17(1). doi:10.1186/S12966-020-01063-X.
 28. Armstrong MJ, Mottershead TA, Ronksley PE, et al. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Obes Rev*. 2011;12(9):709-23. doi:10.1111/J.1467-789X.2011.00892.X.
 29. Kulikova MS, Gornyi BE, Kontsevaya AV, et al. The performance of remote technologies in management and self-management of overweight and obesity in primary care. *Profil Meditsina*. 2021;24(10):24-31. (In Russ.) Куликова М.С., Горный Б.Э., Концевая А.В. и др. Результативность дистанционных технологий при контроле и самоконтроле избыточной массы тела и ожирения у пациентов первичного звена здравоохранения. Профилактическая медицина. 2021;24(10):24-31. doi:10.17116/PROFMED20212410124.
 30. Iovino P, Rebora P, Occhino G, et al. Effectiveness of motivational interviewing on health-service use and mortality: a secondary outcome analysis of the MOTIVATE-HF trial. *ESC Hear Fail*. 2021;8(4):2920-7. doi:10.1002/EHF2.13373.
 31. Poudel N, Kavookjian J, Scalese MJ. Motivational Interviewing as a Strategy to Impact Outcomes in Heart Failure Patients: A Systematic Review. *Patient*. 2020;13(1):43-55. doi:10.1007/S40271-019-00387-6.
 32. Berhe KK, Gebru HB, Kahsay HB. Effect of motivational interviewing intervention on HgbA1C and depression in people with type 2 diabetes mellitus (systematic review and meta-analysis). *PLoS One*. 2020;15(10). doi:10.1371/JOURNAL.PONE.0240839.
 33. Bilgin A, Muz G, Yuce GE. The effect of motivational interviewing on metabolic control and psychosocial variables in individuals diagnosed with diabetes: Systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. Published online 2022. doi:10.1016/J.PEC.2022.04.008.
 34. Ihm SH, Kim K II, Lee KJ, et al. Interventions for Adherence Improvement in the Primary Prevention of Cardiovascular Diseases: Expert Consensus Statement. *Korean Circ J*. 2022;52(1):1. doi:10.4070/KCJ.2021.0226.
 35. Papus M, Dima AL, Viprey M, et al. Motivational interviewing to support medication adherence in adults with chronic conditions: Systematic review of randomized controlled trials. *Patient Educ Couns*. Published online June 2022. doi:10.1016/J.PEC.2022.06.013.
 36. Peadarallu H, Ehrhardt MJ, Maki J, et al. Technology-Delivered Adaptations of Motivational Interviewing for the Prevention and Management of Chronic Diseases: Scoping Review. *J Med Internet Res*. 2022;24(8):e35283. doi:10.2196/35283.
 37. Magill M, Apodaca TR, Borsari B, et al. A meta-analysis of motivational interviewing process: Technical, relational, and conditional process models of change. *J Consult Clin Psychol*. 2018;86(2):140-57. doi:10.1037/CCP0000250.
 38. Jacobs NN, Calvo L, Dieringer A, et al. Motivational Interviewing Training: A Case-Based Curriculum for Preclinical Medical Students. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour*. 2021;17:11104. doi:10.15766/MEP_2374-8265.11104.
 39. Tobey M, Marcovitz D, Aragam G. A 1-Hour Session to Refresh Motivational Interviewing Skills for Internal Medicine Residents Using Peer Interviews. *MedEdPORTAL J Teach Learn Resour*. 2018;14:10679. doi:10.15766/MEP_2374-8265.10679.
 40. Boom SM, Oberink R, Zonneveld AJE, et al. Implementation of motivational interviewing in the general practice setting: a qualitative study. *BMC Prim care*. 2022;23(1). doi:10.1186/S12875-022-01623-Z.