ЛИЧНОСТЬ КАК ПРЕДМЕТ ИССЛЕДОВАНИЙ: ТЕОРИЯ, ИСТОРИЯ, МЕТОДОЛОГИЯ

DOI: 10.23888/humJ20214339-354

ОСНОВЫ ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННОГО ПОДХОДА ПРИ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОМ СОПРОВОЖДЕНИИ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ

BASICS OF A PERSONALIZED APPROACH TO MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT
OF CARDIAC SURGERY PATIENTS

Николаева О.В.^{1, 2}, Караваева Т.А.^{3, 4, 5, 6}

¹Республиканский кардиологический диспансер
Минздрава Чувашии

²Чувашский государственный университет
им. И.Н. Ульянова

³Национальный медицинский исследовательский
центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева

⁴Санкт-Петербургский государственный университет

⁵Санкт-Петербургский государственный педиатрический
медицинский университет

⁶Национальный медицинский исследовательский
центр онкологии им. Н.Н. Петрова

Nikolaeva O.V.^{1, 2}, Karavaeva T.A.^{3, 4, 5, 6}

¹Republican Cardiology Dispensary of the Health
Ministry of Chuvashia

²I.N. Ulianov Chuvash State University

³V.M. Bekhterev National Medical Research Center
for Psychiatry and Neurology

⁴Saint Petersburg State University

⁵Saint Petersburg State Pediatric Medical University

⁶N.N. Petrov National Medical Research Center of
Oncology

Аннотация:

Концепция персонализированного подхода становится все более востребованной в современной медицине. Сегодня она нередко понимается как мультидисциплинарный подход, призванный усовершенствовать терапевтические возможности, а также помочь диагностировать заболевания на ранних этапах. В кардиохирургической клинике такой подход может позволить учитывать не только биологические, но и психо-

Abstract:

The concept of a personalized approach is becoming more and more popular in modern medicine. Today it is often understood as a multidisciplinary approach designed to improve therapeutic options, as well as help diagnose diseases at an early stage. In a cardiac surgery clinic, such an approach can take into account not only biological, but also psychological risk factors for the disease, especially its history, clinical condition, mental and

логические факторы риска заболевания, особенности его анамнеза, клинического состояния, психического и психологического статуса для создания индивидуального маршрута в рамках программ медико-психологического сопровождения пациента на этапах лечения и реабилитации. Целью работы стала разработка на основе анализа литературы и собственного опыта работы авторов организационно-психологических основ реализации персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических пациентов. К основополагающим принципам сопровождения в работе отнесены следующие: принцип доступности, принцип открытости, принцип преемственности, принцип комплексности, принцип интегративности, принцип дифференцированности, принцип вариативности, принцип партисипативности, принцип осознанности, принцип превентивности. В процессе медико-психологического сопровождения кардиохирургических пациентов в рамках персонализированного подхода наиболее оптимальным стало выделение следующих различных по продолжительности и содержанию клинических этапов, соответствующих периодам амбулаторного и стационарного лечения и реабилитации пациентов: дооперационного амбулаторного, дооперационного стационарного, раннего послеоперационного, послеоперационного стационарного, послеоперационного реабилитационного и реабилитационного амбулаторного этапов. Для каждого из клинических этапов медико-психологического сопровождения проведена дифференциация целей, задач, продолжительности и ожидаемых результатов воздействия, позволяющая персонализировать программы сопровождения кардиохирургического пациента и индивидуализировать маршрут для каждого пациента с учетом специфики и актуальности влияния биологических, психологических и социальных факторов.

Ключевые слова:

персонализированный подход, медико-психологическое сопровождение, кардиохирургические пациенты

psychological status to create an individual route within the framework of medical and psychological support for the patient at the stages of treatment and rehabilitation. The aim of the work was to develop, based on the analysis of the literature and the authors' own work experience, the organizational and psychological foundations for the implementation of a personalized approach in medical and psychological support of cardiac patients. The fundamental principles of support in the work include the following: the principle of accessibility, the principle of openness, the principle of continuity, the principle of complexity, the principle of integrativity, the principle of differentiation, the principle of variability, the principle of participativeness, the principle of awareness, the principle of prevention. In the process of medical and psychological support of cardiac surgical patients within the framework of a personalized approach, the most optimal was the identification of the following clinical stages, different in duration and content, corresponding to the periods of outpatient and inpatient treatment and rehabilitation of patients: preoperative outpatient, preoperative inpatient, early postoperative, postoperative inpatient, postoperative rehabilitation and rehabilitation outpatient stages. For each of the clinical stages of medical and psychological support, a differentiation of goals, objectives, duration and expected results of the impact was carried out, which makes it possible to personalize the programs for accompanying a cardiac patient and individualize the route for each patient, taking into account the specificity and relevance of the influence of biological, psychological and social factors.

Keywords:

personalized approach, medical and psychological support, cardiac surgery patients

Актуальность

Концепция персонализированного подхода становится все более популярной и востребованной в современной медицине [1, 2]. Наиболее часто речь идет об использовании для стратификации пациентов индивидуальной биологической информации, такой как генетика и биомаркеры. Гораздо реже учитываются убеждения, потребности, ценности, желания, предпочтения, особенности поведения пациентов, окружающая их социальная среда и специфика актуальной ситуации [3].

Персонализированная медицина сегодня определяется как мультидисциплинарный подход к ведению пациентов, призванный не только усовершенствовать терапевтические возможности, но и помочь диагностировать заболевания на самых ранних этапах [4].

Насколько такой подход доступен для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями? По мнению Е.В. Колпачковой с соавт., в кардиологии для определения факторов риска заболевания специалисты традиционно ориентируются на такие биологические характеристики, как возраст, пол, вес, сопутствующие заболевания пациента, в соответствии с чем и назначают лечение, при неэффективности которого корректируют дозу или меняют схему лечения [5]. Такой акцент исключительно на опыт и знаниях специалиста отражает недостаточную готовность практического здравоохранения к внедрению персонализированного подхода [5].

Психотерапия и психологическая помощь пациентам в меньшей степени связаны с результатами точных генетических исследований. Тем не менее, данные медицинские практики также могут опираться на парадигму персонализированного подхода, активно развиваясь в направлении усиления внимания к дифференциации и индивидуализации диагностики и лечения пациента [6]. С другой стороны, биопсихосоциальная концепция в медицине в отличие от чисто биомедицинского подхода дает возможность врачам-интернистам также использовать возможности персонализированного подхода, например, при лечении психосоматических заболеваний [7].

Научно-организационным лидером в практическом применении персонализированного подхода при оказании психологической и психотерапевтической помощи в нашей стране является Национальный медицинский исследовательский Центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева в Санкт-Петербурге. Предпосылки успешного применения персонализированного подхода здесь также связаны с опытом работы в рамках концепции динамической психиатрии Г. Аммона, которая во многом перекликается с идеями персонализированной парадигмы. В частности, установлено, что некоторые представления немецкого ученого, высказанные им еще несколько десятилетий назад, находят сегодня подтверждение в исследованиях об общих для соматической патологии и депрессивных расстройств кластерах генетического риска [1]. Персонализированный подход в лечении пациента здесь применяется при диагностике личностных расстройств и, помимо клинических критериев международных классификаций, включает глубинное исследование личности пациента – системы отношений, уровня конфликтности, психологических защитных механизмов,

аффективной толерантности, эгоцентричности мышления, функций проверки реальности [8]. В помощь специалистам практического здравоохранения специалистами центра разработаны методические рекомендации по клинической оценке при персонализированной диагностике расстройств невротического уровня [1]. В работе с пациентами с астено-невротическими нарушениями персонализированный подход также используется при выборе задач и мишеней психотерапии не только в соответствии с симптоматикой, но и с учетом конкретного содержания психологических конфликтов, мотивационных особенностей и адаптационного потенциала пациента. При этом, у пациентов определяется специфика психологической дезадаптации на трех уровнях функционирования личности, характеризующая различные типы невротических расстройств [9].

В целом, можно отметить, что персонализированный подход при лечении невротических расстройств в Центре психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева основан на использовании стратегии терапевтического вмешательства, сочетающей различные средства, методологически объединенные в программу комплексного воздействия на основе биопсихосоматической концепции развития нарушений здоровья [10].

Таким образом, в настоящее время персонализированный подход получает все большее распространение в сферах медицины, не связанных с результатами генетического скрининга. В клинике сердечно-сосудистых заболеваний, в частности в отношении кардиохирургических пациентов, персонализированный подход позволит учитывать не только биологические, но и психологические факторы риска заболевания, особенности его анамнеза, клинического состояния, психического и психологического статуса для создания индивидуального маршрута в рамках программ медико-психологического сопровождения пациента на этапах лечения и реабилитации.

Цель

Разработать организационно-психологические основы реализации персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических пациентов.

Задачи

1. На основе анализа литературы и опыта практической деятельности с пациентами выделить основополагающие принципы персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических пациентов.
2. В соответствии с организационной спецификой оказания медицинской помощи кардиохирургическим пациентам установить последовательность клинических этапов медико-психологического сопровождения.
3. Конкретизировать цели, задачи, продолжительность и ожидаемые результаты медико-психологического сопровождения кардиохирургических пациентов.

Материалы и методы

Исследование проводилось на клинической базе Республиканского кардиологического диспансера в г. Чебоксары, в ходе которого клинически и психологически исследованы 152 пациента обоего пола с сердечно-сосудистыми заболеваниями (средний возраст $59,95 \pm 9,66$ года), поступивших в стационар для кардиохирургического лечения. Пациенты страдали ишемической болезнью сердца (стенокардия напряжения и перенесенный инфаркт миокарда), врожденными или приобретенными пороками сердца, нарушениями ритма сердца. Пациенты получали оперативное лечение и на всех этапах диагностики, лечения и реабилитации проходили программу медико-психологического сопровождения.

Для разработки основ персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических пациентов, помимо результатов клинического исследования описанных выше пациентов, также использовался собственный опыт работы авторов с пациентами [1, 2, 8, 10, 16-22], анализировался опыт других исследователей, отраженный в современной медицинской и психологической научной литературе [5, 9, 11-15].

Результаты и их обсуждение

Персонализированный подход к пациенту и его потребностям при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических пациентов подразумевает учет в каждом конкретном случае уникального соотношения у пациента клинико-анамнестических факторов, клинико-психологических факторов риска заболевания и его психологических ресурсов. При этом все психологические и психотерапевтические вмешательства должны носить личностно-ориентированный характер и соответствовать клинической специфике актуального соматического и психического состояния пациента [10].

Анализ литературы [11-14], многолетний опыт деятельности кардиологического диспансера [15], результаты клинико-психологического исследования кардиохирургических пациентов [16-19] и многолетний опыт собственной работы авторов [10, 20-22] позволяют выделить следующие основополагающие ориентиры персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических пациентов, которые могут быть положены в основу работы.

Принцип доступности предполагает такую организацию процесса медико-психологического сопровождения, при которой каждый кардиохирургический пациент имеет возможность участвовать в психологических программах с начала лечения. Характер и объем этого участия определяется медицинскими специалистами с учетом тяжести клинического состояния, приверженности лечению и мотивированности пациента к работе с медицинским психологом, врачом-психотерапевтом, другими специалистами.

Принцип открытости характеризует наличие возможности для пациента включаться в программы медико-психологического сопровождения на любом этапе лечения. При этом персонализированная программа сопровождения будет

разрабатываться с учетом специфики его клинического состояния, психологических особенностей и опыта предшествующего участия в подобных психологических программах.

Принцип преемственности. С учетом того, что кардиохирургический пациент последовательно проходит различные клинические этапы стационарного и амбулаторного лечения, программы сопровождения подбираются с ориентиром на то, что решаемые задачи также последовательно взаимосвязаны и проистекают одна из другой. Дублирование решаемых на разных этапах лечения задач нежелательно. Более предпочтительной является трансформация задач для достижения пациентом новых возможностей.

Принцип комплексности опирается на необходимость обеспечения взаимосвязи и согласованности всех лечебно-диагностических и коррекционно-реабилитационных мероприятий в отношении кардиохирургических пациентов, осуществляемых различными медицинскими и немедицинскими специалистами в сфере биологических, психологических и социальных воздействий.

Принцип интегративности подразумевает использование в процессе медико-психологического сопровождении кардиохирургических пациентов междисциплинарных подходов и теоретически разнородных методов, методик, техник помощи пациентам, суммарный эффект воздействия которых позволяет достигать значительных положительных результатов для пациента.

Принцип дифференцированности позволяет осуществлять подбор персонализированных программ медико-психологического сопровождения кардиохирургических пациентов на основе учета широкого спектра индивидуальных характеристик пациента, отражающих специфику его клинического состояния, анамнеза жизни и развития заболевания, личностных черт и психологических особенностей адаптационных ресурсов, множества других персонализированных факторов.

Принцип вариативности обеспечивает реализацию персонализированного подхода в медико-психологическом сопровождении кардиохирургических пациентов за счет возможности предоставления пациентам индивидуализированных маршрутов сопровождения с различным соотношением биологических, психологических и социальных воздействий в стационарных или амбулаторных условиях, а также на дому. Принцип партисипативности состоит в ориентире на стимулирование активности пациента к вовлечению в процесс медико-психологического сопровождения. Так, обсуждение возможных вариантов индивидуализированного маршрута может усилить мотивированность пациента к участию в программах сопровождения и повысить ответственность за результат.

Принцип осознанности нацелен на рост понимания пациентом в ходе участия в программах медико-психологического сопровождения ближайших целей и задач конкретного этапа лечения и реабилитации с учетом возрастных и личностных возможностей, а также ожидаемых перспектив.

Принцип превентивности обозначает готовность работать с пациентом в ходе медико-психологического сопровождения не только на задачи коррекции имеющихся

нарушений, но и на профилактику ухудшения клинического состояния и развитие новых нарушений и симптомов.

Опора в ходе медико-психологического сопровождения кардиохирургических пациентов на обозначенные выше принципы может способствовать повышению приверженности пациентов задачам лечения и реабилитации, более активному и раннему вовлечению их в процесс сопровождения, повышению эффективности работы специалистов.

Различие задач медико-психологического сопровождения кардиохирургических пациентов на протяжении всех периодов лечения и реабилитации обуславливает необходимость выделения нескольких последовательных клинических этапов, соответствующих организационной специфике медицинской помощи пациентам. Все они имеют различную продолжительность и охватывают весь период лечения кардиохирургического пациента – с момента определения у него показаний для хирургического лечения до одного года наблюдения с момента оперативного вмешательства. С учетом того, что непосредственно во время операции пациент находится в состоянии выключенного сознания, этот период не входит ни в один из выделенных нами клинических этапов медико-психологического сопровождения.

Рассмотрим более подробно временную периодизацию и цели каждого из шести клинических этапов медико-психологического сопровождения кардиохирургических пациентов (табл. 1).

Таблица 1

*Основные характеристики клинических этапов
медико-психологического сопровождения кардиохирургических пациентов*

Клинический этап	Период	Цель
1. Дооперационный амбулаторный	С момента определения показаний на операцию до госпитализации в стационар	Работа с ожиданиями пациента в отношении здоровья, болезни и лечения, формирование комплаентности, коррекция внутренней картины болезни
2. Дооперационный стационарный	С момента поступления в стационар до оперативного вмешательства	Психологическая подготовка пациента к операции, адаптация к пребыванию в стационаре
3. Ранний послеоперационный	После операции во время нахождения в блоке интенсивной терапии	Восстановление физиологических и психических функций у пациента
4. Послеоперационный стационарный	После операции во время нахождения в кардио-хирургическом отделении	Стабилизация физического и психического состояния пациента
5. Послеоперационный реабилитационный	Во время нахождения в реабилитационном отделении	Подготовка пациента к возвращению в привычную социальную среду, формирование адаптивных паттернов поведения с учетом состояния пациента и имеющихся ограничений
6. Реабилитационный амбулаторный	После выписки из стационара в течение года с момента операции	Достижение пациентом уровня гармоничного личностного и социального функционирования

С учетом того, что хирургическое вмешательство оказывает сильное стрессовое воздействие, мы считаем необходимым начинать процесс медико-психологического сопровождения кардиохирургических пациентов еще до госпитализации в стационар для операции. Целесообразнее всего это делать с момента определения врачом-кардиохирургом и врачом-кардиологом показаний для оперативного лечения имеющегося у пациента заболевания. Данный клинический этап обозначен нами как *дооперационный амбулаторный*, он продолжается до госпитализации пациента в стационар, где ему запланировано проведение операции. На начальном этапе основной целью сопровождения является определение и коррекция характера ожиданий пациента в отношении своего здоровья, болезни, методов и эффективности лечения. Очень важно, чтобы еще до поступления в стационар у пациента сформировались реалистичные ожидания как о самой процедуре, так и результатах оперативного лечения своего заболевания. Формирование адекватной внутренней картины заболевания и понимание своей роли в поддержании здоровья способствуют комплаентности пациента, формированию доверительных и конструктивных отношений с медицинским персоналом.

Дооперационный стационарный этап сопровождения начинается с момента поступления пациента в стационар и продолжается до начала самого оперативного вмешательства. Основной целью данного клинического этапа является адаптация пациента к больничным условиям, психологическая подготовка его к хирургическому вмешательству, заключающаяся в снижении у него уровня тревоги и страха. Страх предстоящей операции может быть вызван множеством причин, среди которых чаще встречаются: вероятность витальной угрозы, отсутствие контроля над происходящим, неопределенность будущего, предстоящий длительный период выздоровления, знакомство с негативным опытом других людей, недоверие специалистам и медицинской организации, негативные ожидания от анестезии, возможные ограничения активности и изменение привычного образа жизни после оперативного лечения, другие причины.

Третий клинический этап сопровождения носит название *раннего послеоперационного*. Он приходится на тот послеоперационный период, когда пациент находится в реанимационном отделении или блоке интенсивной терапии. Здесь под контролем специалистов происходит восстановление физиологических и психических функций прооперированного пациента. В данный период важно, чтобы пациент продолжал ощущать внимание и заботу со стороны медицинского персонала, а также уважение к себе как личности.

Четвертый, *послеоперационный стационарный этап* сопровождения продолжается все время нахождения пациента после операции в отделении. Основной целью на данном клиническом этапе является стабилизация физического и психического состояния пациента, которая позволит закрепить положительную динамику восстановления его психической и соматической сфер. Важной составляющей этого этапа является профилактика развития пограничных психических расстройств в восстановительном периоде. В психологической работе внимание уделяется интервенциям, направленным

на повышение мотивации пациента к активному участию и содействию в реабилитационных мероприятиях, приверженность и соблюдение врачебных и психологических рекомендаций, ориентацию его на восстановление физического, психического и социального функционирования.

Целью *послеоперационного реабилитационного этапа* является психологическая подготовка кардиохирургического пациента к возвращению в привычную для него социальную среду, где он может столкнуться как со знакомыми, так и с новыми ситуациями психоэмоционального напряжения и психосоциальных рисков. Данный клинический этап кардиохирургические пациенты проходят в условиях стационарного реабилитационного отделения.

Самый продолжительный, завершающий клинический этап медико-психологического сопровождения, обозначаемый как *реабилитационный амбулаторный*, нацелен на помощь пациенту в возвращении к гармоничному социальному функционированию. Он начинается после выписки из стационарного реабилитационного отделения и может продолжаться после этого в течение года. Определение мишеней, выбор методов, содержания психокоррекционных и психотерапевтических стратегий, определение особенностей организационных аспектов осуществляется индивидуально с привлечением различных специалистов, что позволяет обеспечить персонализированный подход и существенно повысить эффективность проводимых мероприятий.

Достижение цели каждого клинического этапа медико-психологического сопровождения кардиохирургических пациентов обеспечивается последовательной реализацией определенных задач, связанных со спецификой лечебно-диагностического процесса и клинико-психологическими особенностями пациентов кардиохирургического профиля, позволяющих достичь прогнозируемых соответствующих результатов (табл. 2).

Так, основными задачами *первого, дооперационного амбулаторного этапа* сопровождения пациентов становятся: установление продуктивного контакта с пациентом; определение особенностей внутренней картины болезни и отношения к заболеванию и лечению; информирование о характере и специфике заболевания и предстоящей операции; модификация в позитивном направлении представлений и убеждений пациента в отношении болезни, лечения и прогноза, формирование комплаенса.

Важно выяснить степень адекватности представлений пациента о своем соматическом и психическом состоянии, уровень его приверженности консервативному лечению и готовности к хирургическому лечению заболевания, правильно информировать о предстоящем лечении и его возможных последствиях, а также сформировать позитивный настрой на госпитализацию в стационар. Вероятными результатами на этом клиническом этапе могут быть: формирование доверительных отношений с медицинскими работниками, оптимизация внутренней картины болезни, снижение уровня тревожности, беспокойства, страха, позитивная трансформация ожиданий от предстоящего лечения, что может сопровождаться формированием положительного эмоционального настроения и осознанной готовности пациента к терапевтическому сотрудничеству (комплаенсу) в ходе лечения.

Таблица 2

**Основное содержание клинических этапов
медико-психологического сопровождения кардиохирургических пациентов**

Клинический этап	Основные задачи	Ожидаемые результаты
1. Дооперационный амбулаторный	Установление продуктивного контакта, оценка и коррекция внутренней картины болезни, отношения к болезни и лечению; информирование о характере, специфике заболевания и операции; модификация убеждений в отношении болезни, лечения и прогноза заболевания, формирование комплаенса	Формирование доверительных отношений, оптимизация внутренней картины болезни, ожиданий в отношении течения, прогноза заболевания и операции; уменьшение тревожности, беспокойства, формирование мотивации к приверженности лечению, соблюдению врачебных и психологических рекомендаций
2. Дооперационный стационарный	Создание условий психологической безопасности и адаптация к условиям стационара; анализ оценочной модели здоровья; оценка психического статуса, снижение тревожности, беспокойства в отношении предстоящего оперативного лечения и его последствий	Повышение толерантности к стрессовому воздействию, нормализация эмоционального состояния; активизация адаптационных ресурсов, профилактика факторов риска развития психопатологических нарушений; раннее выявление психопатологических нарушений
3. Ранний послеоперационный	Эмоциональная поддержка; помощь в адаптации к послеоперационному состоянию	Возобновление доверительного контакта; адаптация к послеоперационному состоянию, подбор персонализированной программы сопровождения
4. Послеоперационный стационарный	Коррекция эмоциональных нарушений; коррекция когнитивных нарушений; коррекция болевых ощущений; формирование адекватного отношения к болезни и лечению, обеспечение комплаенса, создание мотивационных установок на активное участие в реабилитационном процессе	Уменьшение эмоциональной напряженности, стабилизация аффективного фона; улучшение когнитивного функционирования; снижение неприятных физических и болевых ощущений; повышение самооценки здоровья; повышение заинтересованности и степени активности в восстановительных и реабилитационных мероприятиях
5. Послеоперационный реабилитационный	Активизация психологических ресурсов личности; минимизация риска развития психопатологических нарушений и кардиологических осложнений; формирование навыков психической саморегуляции, коррекция мотивационно-поведенческих стереотипов	Повышение личностной адаптированности; сбалансированность временной перспективы; управление стрессом, выработка навыков саморегуляции и повышение толерантности к эмоциональным нагрузкам, формирование адаптивных паттернов поведения с учетом состояния пациента и имеющихся ограничений; установка на восстановление физического, психологического и социального функционирования
6. Реабилитационный амбулаторный	Модификация образа жизни; сохранение и поддержание приверженности лечению; разрешение внутриличностных конфликтов; гармонизация психологического состояния, социальная адаптация; повышение осознанности жизни	Следование рекомендованному образу жизни и режиму лечения; психическая и физическая стабильность, поддержание и расширение социальных ролей; удовлетворенность жизнью и здоровьем, повышение качества жизни

Второй клинический этап сопровождения приходится на дооперационный период нахождения кардиохирургического пациента в стационаре, во время которого уровень его тревоги и страха, может, как правило, снова возрасти. В этот период пациенты могут интенсивно переживать страх операции, страх наркоза. Они могут

видеть уже прооперированных пациентов, и это может не соответствовать их первоначальным ожиданиям. Именно поэтому вокруг него всему медицинскому и немедицинскому персоналу крайне необходимо создать атмосферу максимального принятия, внимания и заботы. Необходимо чутко относиться к его эмоциональному состоянию, своевременно снимать возникающие вопросы или опасения, спокойно разъяснять ход операции без излишней детализации. Все это позволит уменьшить у пациента уровень тревожности и спокойно подготовиться к операции. В этой ситуации ожидания можно переключать внимание пациента на процедуру первого психологического обследования, что позволит уточнить его оценочную модель здоровья и глубже оценить особенности его психического статуса. Полученная информация поможет повысить толерантность к стрессовому воздействию, позволит определить актуальные для него факторы риска развития психопатологических нарушений и психологические ресурсы, а также в совокупности с клиническим обследованием установить наличие и выраженность психопатологических нарушений для их ранней профилактики и коррекции.

Третий клинический этап, ранний послеоперационный, пациент проводит в реанимационной палате или блоке интенсивной терапии, что связано с необходимостью восстановления его физиологических и психических функций после оперативного вмешательства и наркоза. Здесь пациенты могут испытывать физиологический дискомфорт, болевые ощущения различной интенсивности, эмоциональную разбалансировку. В этот период медицинскому персоналу, находящемуся рядом с пациентом, важно сохранять позитивный эмоциональный настрой, не допускать негативных реакций по отношению к пациенту, стараться настроить его на оптимистический лад. Уже в этот период к пациенту может подойти врач-психотерапевт или медицинский психолог, чтобы оказать ему эмоциональную поддержку и восстановить начавшийся до операции контакт, придав ему доверительный характер. С учетом тяжести клинического состояния, результатов психологического обследования и особенностей восстановления физиологических и психологических функций медицинский психолог может начать подбирать соответствующую персонализированную программу сопровождения.

Четвертый клинический этап сопровождения, послеоперационный стационарный, соответствует периоду нахождения пациента после операции в стационарном отделении и начинается после его перевода из блока интенсивной терапии. К основным задачам данного клинического этапа относится коррекция имеющихся эмоциональных нарушений тревожно-депрессивного спектра, работа по восстановлению возникающих после операции когнитивных нарушений различной выраженности, психологическая помощь пациенту в преодолении боли, приведение идеальных представлений о болезни к реальному состоянию после оперативного вмешательства и ожидаемым перспективам, обеспечение комплаенса. В результате интенсивной комплексной работы бригады специалистов в данном направлении происходит постепенное улучшение фона настроения, смягчаются когнитивные нарушения, уменьшаются болевые ощущения, у пациента нормализуется самооценка здоровья.

Пятый клинический этап сопровождения, послеоперационный реабилитационный, протекает в условиях стационарного реабилитационного отделения, где пациент получает возможность активизировать свои психологические ресурсы за счет планомерной работы с медицинским психологом и психотерапевтом. На этом же этапе психологом совместно с врачом-кардиологом решается задача минимизации влияния факторов риска на актуальное соматическое и психическое состояние пациента. Параллельно пациент обучается навыкам психической саморегуляции, что позволит ему в будущем в большей мере сохранять эмоциональную стабильность. Все это находит отражение в больших адаптационных возможностях личности – усилении ее жизнестойкости, гармонизации профиля временной перспективы и закреплении эффективных навыков управления стрессом.

Шестой клинический этап сопровождения пациента, реабилитационный амбулаторный, связан с периодом его пребывания на амбулаторной реабилитации после выписки из стационара. В это время пациент находится в привычной для него социальной среде и очень важно помочь ему закрепить те позитивные изменения в образе жизни, отношении к здоровью, болезни и лечению, управлению стрессом, которые он приобрел на стационарных этапах сопровождения. С учетом его немалой продолжительности этот клинический этап посвящен, главным образом, задачам изменения образа жизни пациента в позитивную сторону, повышения у него приверженности лечению и терапевтического комплаенса, помощи в разрешении актуальных для него внутриличностных конфликтов, улучшении социальной адаптации и личностном развитии. К завершению шестого клинического этапа медико-психологического сопровождения кардиохирургический пациент получает возможность осознанного соблюдения режима лечения и следования здоровому образу жизни, восстановления физической и психической стабильности, сохранения и развития социальной микросреды, повышения удовлетворенности и качества жизни.

Возвращение кардиохирургического пациента в привычную социальную среду и стабильное функционирование в ней на протяжении нескольких месяцев подряд знаменует собой завершение последнего клинического этапа сопровождения. Однако это не означает, что в случае ухудшения его психического и соматического состояния пациент не сможет вновь воспользоваться возможностями системы медико-психологического сопровождения. Он может всегда обращаться к действующим реабилитационным и профилактическим программам для кардиологических пациентов, а также в случае повторных или других кардиохирургических операций становиться участником новых персонализированных программ медико-психологического сопровождения.

По результатам данного исследования также описана модель междисциплинарного взаимодействия специалистов при оказании медико-психологической помощи кардиохирургическим пациентам, разработан клинко-организационный алгоритм реализации персонализированных программ медико-психологического сопровождения кардиохирургических пациентов, в котором обозначены вовлеченные в процесс сопровождения на каждом его этапе специалисты, зоны их ответственности,

основные направления и последовательность деятельности, инструменты и методы психологического воздействия и диагностики. Данный раздел работы авторы планируют более детально описать в следующих публикациях.

Выводы

1. Представленные в данной работе организационно-психологические основы реализации персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических пациентов основываются на анализе достижений современной научной литературы, а также на собственном опыте авторов работы в данном направлении. К основополагающим принципам сопровождения отнесены следующие: принцип доступности, принцип открытости, принцип преемственности, принцип комплексности, принцип интегративности, принцип дифференцированности, принцип вариативности, принцип партисипативности, принцип осознанности, принцип превентивности.

2. В работе по медико-психологическому сопровождению кардиохирургических пациентов в рамках персонализированного подхода наиболее оптимальным является выделение следующих шести различных по продолжительности и содержанию клинических этапов, соответствующих периодам амбулаторного и стационарного лечения и реабилитации пациентов: дооперационного амбулаторного, дооперационного стационарного, раннего послеоперационного, послеоперационного стационарного, послеоперационного реабилитационного и реабилитационного амбулаторного этапов.

3. Для каждого из клинических этапов медико-психологического сопровождения проведена дифференциация целей, задач, продолжительности и ожидаемых результатов воздействия, позволяющая персонализировать программы сопровождения кардиохирургического пациента и индивидуализировать маршрут для каждого пациента с учетом специфики и актуальности влияния биологических, психологических и социальных факторов.

Конфликт интересов отсутствует.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ:

1. Васильева А.В., Караваяева Т.А., Полторак С.В., и др. Клиника и персонализированная диагностика расстройств невротического уровня в практике пограничной психиатрии. СПб.; 2018.
2. Artzi N. Materializing Personalized Medicine // *Advanced Materials*. 2020. Vol. 32, № 13. P. 1908065. doi: 10.1002/adma.201908065
3. Di Paolo A., Sarkozy F., Ryll B., et al. Personalized medicine in Europe: not yet personal enough? // *BMC Health Services Research*. 2017. Vol. 17, № 1. P. 289. doi: 10.1186/s12913-017-2205-4

REFERENCES:

1. Vasilieva AV, Karavaeva TA, Poltorak SV, et al. *Klinika i personalizirovannaya diagnostika rasstroystvo nevroticheskogo urovnya v praktike pogranichnoy psikhiiatrii*. Saint-Petersburg; 2018. (In Russ).
2. Artzi N. Materializing Personalized Medicine. *Advanced Materials*. 2020;32(13):1908065. doi:10.1002/adma.201908065
3. Di Paolo A, Sarkozy F, Ryll B, et al. Personalized medicine in Europe: not yet personal enough? *BMC Health Services Research*. 2017;17(1):289. doi: 10.1186/s12913-017-2205-4

4. Петров В.И., Шишиморов И.Н., Магницкая О.В., и др. Персонализированная медицина: эволюция методологии и проблемы практического внедрения // Вестник ВолГМУ. 2016. № 1 (57). С. 3-11.
5. Колпачкова Е.В., Соколова А.А., Напалков Д.А. Персонализированная медицина в кардиологии: состояние проблемы и перспективы // Медицинский совет. 2017. № 12. С. 162-168. doi: 10.21518/2079-701X-2017-12-162-168
6. Караваева Т.А. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2010. № 3. С. 71-74.
7. Колосов Г.А., Магсаржав Ц., Канэсиро К.В. Бронхиальная астма: психосоматический концепт в пользу персонализированного подхода. В сб.: III международная научная конференция «Психология: традиции и инновации»; Самара, 20-23 Марта 2018. Самара; 2018. Доступно по: <https://moluch.ru/conf/psy/archive/255/13721/>. Ссылка активна на 06 декабря 2021.
8. Мизинова Е.Б., Караваева Т.А., Полторак С.В., и др. Иррациональные когнитивные установки больных с тревожно-фобическими невротическими расстройствами как мишени психотерапии // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2017. № 1. С. 53-57.
9. Лысенко И.С. Персонализированный подход к выбору мишеней и задач психотерапии у больных с невротическими расстройствами. В сб.: 4-я Костромская Всероссийская школа молодых ученых и специалистов в области психического здоровья с международным участием «Депрессия - вызов XXI века»; Кострома, 17-19 Апреля 2018. Кострома; 2018. Доступно по: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=34878892&selid=34878906>. Ссылка активна на 06 декабря 2021.
10. Караваева Т.А., Михайлов В.А., Васильева А.В., и др. Разработка комплексной персонализированной программы коррекции диссомнических нарушений в структуре невротических расстройств // Неврологический вестник. Журнал им. В.М. Бехтерева. 2017. Т. 49, № 2. С. 31-36.
11. Васильева Н.В. Психотерапевтическая помощь больным рассеянным склерозом в условиях стационара. В сб.: II Всероссийская научная конференция студентов и молодых учёных с международным участием «Медико-биологические, клинические и социальные
4. Petrov VI, Shishimorov IN, Magnitskaya OV, et al. Personalizirovannaya meditsina: evolyutsiya metodologii i problemy prakticheskogo vnedreniya. *Vestnik VolGMU*. 2016;(1):3-11. (In Russ).
5. Kolpachkova EV, Sokolova AA, Napalkov DA. Personalizirovannaya meditsina v kardiologii: sostoyanie problemy i perspektivy. *Meditinskiy Sovet*. 2017;(12):162-8. (In Russ). doi: 10.21518/2079-701X-2017-12-162-168
6. Karavaeva TA. Osnovnye tendentsii izmeneniya psikhoterapevticheskikh i reabilitatsionnykh strategiy pri lechenii nevroticheskikh rasstroystv. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2010;(3):71-4. (In Russ).
7. Kolosov GA, Magsarzhav T, Kaneshiro KV. Bronkhial'naya astma: psikhosomaticheskiy kontsept v pol'zu personalizirovannogo podkhoda [Abstract]. In: *III mezhdunarodnaya nauchnaya konferentsiya "Psikhologiya: traditsii i innovatsii"*; Samara, 20-23 March 2018. Samara; 2018. Available at: <https://moluch.ru/conf/psy/archive/255/13721/>. Accessed: 2021 December 06. (In Russ).
8. Mizinova EB, Karavaeva TA, Poltorak SV, et al. Irratsional'nye kognitivnye ustanovki bol'nykh s trevozhno-fobicheskimi nevroticheskimi rasstroystvami kak misheni psikhoterapii. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoy psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2017;(1):53-7. (In Russ).
9. Lysenko IS. Personalizirovanny podkhod k vyboru misheney i zadach psikhoterapii u bol'nykh s nevroticheskimi rasstroystvami [Abstract]. In: *4th Kostromskaya Vserossiyskaya shkola molodykh uchenykh i spetsialistov v oblasti psikhicheskogo zdorov'ya s mezhdunarodnym uchastiem «Depressiya - vyzov XXI veka»*; Kostroma, 17-19 April 2018. Kostroma; 2018. Available at: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=34878892&selid=34878906>. Accessed: 2021 December 06. (In Russ).
10. Karavaeva TA, Mikhaylov VA, Vasil'eva AV, et al. Razrabotka kompleksnoy personalizirovannoy programmy korrektsii dissomnicheskikh narushe-niy v strukture nevroticheskikh rasstroystv. *Nevrologicheskiy vestnik. Zhurnal im. V.M. Bekhtereva*. 2017;49(2):31-6. (In Russ).
11. Vasil'eva NV. Psikhoterapevticheskaya pomoshch' bol'nykh rasseyannym sklerozom v usloviyakh statsionara [Abstract]. In: *II Vserossiiskaya nauchnaya konferentsiya studentov i molodykh uchenykh s mezhdunarodnym uchastiem «Mediko-biologicheskie, klinicheskie i sotsial'nye voprosy*

вопросы здоровья и патологии человека». Иваново; 2015. С. 181.

12. Лазарева Е.Ю. Клинико-психологические основы психотерапии и психопрофилактики при кардиоваскулярной патологии // Вестник Чувашского университета. 2013. № 1. С. 93-96.

13. Попенко Н.В., Логинова И.О. Психологическое сопровождение и качество жизни пациентов после реконструктивных операций на артериях нижних конечностей // Сибирское медицинское обозрение. 2014. № 3 (87). С. 59-61.

14. Яковлева Н.В. Развитие представлений о предмете психологии здоровья // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2019. Т. 7, № 1 (24). Режим доступа: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=360>. Ссылка активна на 06 декабря 2021. doi: 10.23888/humJ2019122-37

15. Ефимова И.Ю., Мизурова Т.Н., Тарабан Т.А., и др. Реабилитация кардиологических больных в Чувашской Республике // Здравоохранение Чувашии. 2013. № 1. С. 51-55.

16. Николаева О.В. Ресурсный потенциал личности у пациентов кардиохирургического профиля: характеристики жизнестойкости и социальной поддержки // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021. Т. 9, № 2 (33). С. 175-182. Доступно по: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=483>. Ссылка активна на 06 декабря 2021. doi: 10.23888/humJ20212175-182

17. Nikolaeva O., Nikolaev E., Bogdanov A., et al. Are there any differences in emotional control in cardiovascular patients? // *European Psychiatry*. 2020. Vol. 63, № S1. P. 357. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.6

18. Nikolaeva O., Nikolaev E., Bogdanov A., et al. Hostility in coronary heart disease: relations to myocardial contractility and coronary artery patency // *European Psychiatry*. 2020. Vol. 63, № S1. P. 494. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.6

19. Nikolaeva O., Nikolaev E., Bogdanov A., et al. Specifics of emotional regulation and cognitive processing in acute myocardial infarction // *European Psychiatry*. 2020. Vol. 63, № S1. P. 304. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.6

20. Караваева Т.А., Васильева А.В., Полторак С.В. Принципы и алгоритмы психотерапии тревожных расстройств невротического уровня (тревожно-фобических, панического и генерализованного тревожного расстройств) // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2016. № 4. С. 42-51.

zdorov'ya i patologii cheloveka. Ivanovo; 2015. P. 181. (In Russ).

12. Lazareva EY. Kliniko-psikhologicheskie osnovy psikhoterapii i psikhoprofilaktiki pri kardiovaskulyarnoy patologii. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*. 2013;(1):93-6. (In Russ).

13. Popenko NV, Loginova IO. Psikhologicheskoe soprovozhdenie i kachestvo zhizni patsientov posle rekonstruktivnykh operatsii na arteriyakh nizhnikh konechnostei. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie*. 2014;(3):59-61. (In Russ).

14. Yakovleva NV. Development of submissions about the subject of health psychology. *Personality in a changing world: health, adaptation, development*. 2019;7(1). Available at: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=360>. Accessed: 2021 December 06. (In Russ). doi: 10.23888/humJ2019122-37

15. Efimova IY, Mizurova TN, Taraban TA, et al. Reabilitatsiya kardiologicheskikh bol'nykh v Chuvashskoi Respublike. *Zdravookhranenie Chuvashii*. 2013;(1):51-5. (In Russ).

16. Nikolaeva OV. Resource potential of personality in cardiac surgery patients: characteristics of hardiness and social support. *Personality in a changing word: health, adaptation, development*. 2021;9(2):175-82. Available at: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=483>. Accessed: 2021 December 06. (In Russ). doi: 10.23888/humJ20212175-182

17. Nikolaeva O, Nikolaev E, Bogdanov A, et al. Are there any differences in emotional control in cardiovascular patients? *European Psychiatry*. 2020;63(S1):357. doi:10.1192/j.eurpsy.2020.6

18. Nikolaeva O, Nikolaev E, Bogdanov A, et al. Hostility in coronary heart disease: relations to myocardial contractility and coronary artery patency. *European Psychiatry*. 2020;63(S1):494. doi: 10.1192/j.eurpsy.2020.6

19. Nikolaeva O, Nikolaev E, Bogdanov A, et al. Specifics of emotional regulation and cognitive processing in acute myocardial infarction. *European Psychiatry*. 2020;63(S1):304. doi:10.1192/j.eurpsy.2020.6

20. Karavaeva TA, Vasil'eva AV, Poltorak SV. Printsipy i algoritmy psikhoterapii trevozhnykh rasstroystv nevroticheskogo urovnya (trevozhno-fobicheskikh, panicheskogo i generalizovannogo trevozhnogo rasstroystv). *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2016;(4):42-51. (In Russ).

21. Николаева О.В. Психоэмоциональный статус больных сердечно-сосудистой патологией при стационарном лечении // Акмеология. 2007. Т. 3, № 3. С. 89-92.
22. Васильева А.В., Караваева Т.А. Психосоциальные факторы профилактики и терапии невротических расстройств в мегаполисе: мишени интервенций в здоровом городе // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 2020. № 2. С. 95-104. doi: 10.31363/2313-7053-2020-2-95-104

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Николаева Ольга Владимировна – врач-кардиолог, Республиканский кардиологический диспансер Минздрава Чувашии; 428000, Чебоксары, ул. Ф. Гладкова, д. 23а; старший преподаватель кафедры факультетской и госпитальной терапии, Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова; 428015, Чебоксары, Московский пр., д.15. E-mail: nikolovl9@mail.ru

Караваева Татьяна Артуровна – доктор медицинских наук, главный научный сотрудник, руководитель отделения лечения пограничных психических расстройств и психотерапии, Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева; 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева д. 3; профессор кафедры медицинской психологии и психофизиологии, Санкт-Петербургский государственный университет; 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7-9; профессор кафедры общей и прикладной психологии с курсом медико-биологических дисциплин, Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет; 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2; ведущий научный сотрудник научного отдела инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации, Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова; 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68. E-mail: tania_kar@mail.ru

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ: 08.07.2021.

ДАТА ПРИНЯТИЯ: 01.12.2021.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ:

Николаева О.В., Караваева Т.А. Основы персонализированного подхода при медико-психологическом сопровождении кардиохирургических пациентов // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2021. Т. 9, № 4 (35). С. 339-354. Доступно по: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=500>. Ссылка активна на чч.мм.гггг. doi: 10.23888/humJ20214339-354

21. Nikolaeva OV. Psikhoemotsional'nyi status bol'nykh serdechno-sosudistoi patologiei pri statsionarnom lechenii. *Akmeologiya*. 2007;3(3):89-92. (In Russ).
22. Vasil'eva AV, Karavaeva TA. Psikhosotsial'nye faktory profilaktiki i terapii nevroticheskikh rasstroistv v megapolise: misheni interventsii v zdorovom gorode. *Obozrenie psikhiatrii i meditsinskoi psikhologii imeni V.M. Bekhtereva*. 2020;(2):95-104. (In Russ). doi: 10.31363/2313-7053-2020-2-95-104

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Nikolaeva Olga V. – MD, Cardiologist of the Republican Cardiological Dispensary of the Ministry of Health of Chuvashia; 23a, F. Gladkov St., 428000, Cheboksary; senior lecturer at the Department of Faculty and Hospital Therapy, I.N. Ulianov Chuvash State University; 15, Moscow av., 428015, Cheboksary. E-mail: nikolovl9@mail.ru

Karavaeva Tatyana A. – MD, Dr. Sci. (Med.), Chief Researcher, Head of the Department for Treatment of Borderline Mental Disorders and Psychotherapy, V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology; 3, Bekhterev str., 192019, Saint Petersburg; Professor of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University; 7-9, Universitetskaya emb., 199034, St. Petersburg; Professor of the Department of General and Applied Psychology with a course of biomedical disciplines, Saint Petersburg State Pediatric Medical University; 2, Litovskaya st., 194100, Saint Petersburg; Leading Researcher of the Scientific Department of Innovative Methods of Therapeutic Oncology and Rehabilitation, N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology; 68, Leningradskaya str., 197758, Saint Petersburg, Pesochny settlement. E-mail: tania_kar@mail.ru

PAPER RECEIVED: 08.07.2021.

PAPER ACCEPTED: 01.12.2021.

FOR CITATION:

Nikolaeva OV, Karavaeva TA. Basics of a personalized approach to medical and psychological support of cardiac surgery patients. *Personality in a changing world: health, adaptation, development*. 2021;9(4):339-54. Available at: <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=500>. Accessed: dd Month yyyy. doi: 10.23888/humJ20214339-354