

**For citing.** Korehova M.V., Novikova I.A., Soloviev A.G. Sindrom profesionalnogo vygoraniya u feldsherov skoroy medicinskoj pomoshhi // *Vestnik psikhoterapii*. 2021. № 79. Pp. 105–121. (In Russ.)

Korehova M.V., Novikova I.A., Soloviev A.G. Professional burnout of ambulance paramedic. *The Bulletin of Psychotherapy*. 2021. № 79. Pp. 105–121.

УДК 615.85

**О.В. Николаева<sup>1,2</sup>, Т.А. Караваева<sup>3,4,5,6</sup>**

## **ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЕ МИШЕНИ И ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННАЯ ПРОГРАММА МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ**

<sup>1</sup> Республиканский кардиологический диспансер Минздрава Чувашии (Россия, Чебоксары, ул. Ф. Гладкова, 23а);

<sup>2</sup> Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова (Россия, Чебоксары, Московский пр., 15);

<sup>3</sup> Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и неврологии им. В.М. Бехтерева (Россия, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3);

<sup>4</sup> Санкт-Петербургский государственный университет (Россия, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9);

<sup>5</sup> Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет (Россия, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2);

<sup>6</sup> Национальный медицинский исследовательский центр онкологии им. Н.Н. Петрова (Россия, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68).

---

✉ Николаева Ольга Владимировна – врач-кардиолог, Республикан. кардиолог. диспансер (Россия, 428000, г. Чебоксары, ул. Ф. Гладкова, 23 А), ст. преподаватель каф. факульт. и госпит. терапии, Чувашский гос. ун-т им. И.Н. Ульянова (Россия, 428015, Чебоксары, Московский пр., 15), e-mail: nikolvl9@mail.ru;

Караваева Татьяна Артуровна – д-р мед. наук, гл. науч. сотр., рук. отд. лечения пограничных псих. расстройств и психотерапии, Нац. мед. исслед. центр психиатрии и неврологии им. В. М. Бехтерева (Россия, 192019, Санкт-Петербург, ул. Бехтерева, д. 3), проф. каф. мед. психологии и психофизиологии, С.-Петерб. гос. ун-т (Россия, 199034, Санкт-Петербург, Университетская наб., д. 7–9), проф. каф. общей и прикладной психологии с курсом медико-биолог. дисциплин, С.-Петерб. гос. пед. мед. ун-т (Россия, 194100, Санкт-Петербург, ул. Литовская, д. 2), вед. науч. сотр. науч. отд. инновац. методов терапевтической онкологии и реабилитации, Нац. мед. исслед. центр онкологии им. Н.Н. Петрова (Россия, 197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, д. 68). e-mail: tania\_kar@mail.ru.

В статье представлен опыт дифференциации системы психотерапевтических мишеней по итогам клинико-психологического исследования кардиохирургических больных трех клинических групп. Мишени дифференцированы с учетом потребностей кардиохирургических больных по четырем уровням – уровню психологических реакций личности на ситуацию операции, уровню ее психопатологических проявлений, уровню дисфункциональных характеристик личности и уровню специфики социального взаимодействия, а также подробно соотнесены с шестью этапами медико-психологического сопровождения. Все это позволило персонализировать программы и индивидуализировать маршруты медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных.

**Ключевые слова:** психотерапевтические мишени, медико-психологическое сопровождение, персонализированные программы, кардиохирургические больные.

### **Введение**

Кардиохирургическое (КХ) лечение является одним из эффективных способов лечения угрожающих для жизни патологических состояний при сердечно-сосудистой патологии. В то же время оно считается сильным стрессовым событием для КХ пациента [6], в особенности если операция выполняется на «открытом» сердце [5]. С другой стороны, недооценка психологического состояния КХ больного [12, 17] может препятствовать нормальному восстановлению пациента после операции. В этой связи возрастает роль и значение психологической и психотерапевтической помощи больным [9], с учетом их индивидуально-личностных особенностей [16], специфики их клинико-психологического статуса [8].

Распространение персонализированного подхода в медицине предполагает реализацию индивидуализированных стратегий диагностики и лечения [15], что в системе психологической помощи наиболее полно соотносится с концепцией психотерапевтических мишеней [4]. Современные подходы к определению мишеней психотерапии определяют их в качестве клинико-психологического феномена, проявляемого в процессе психотерапии пациентом или предполагаемого психотерапевтом, на изменение которого на конкретном этапе психотерапевтического процесса непосредственно нацелено само психотерапевтическое воздействие [2, 3].

Целью настоящего исследования стала дифференциация системы психотерапевтических мишеней в рамках реализации персонализированных программ медико-психологической помощи КХ больным.

### **Материал и методы**

Исследование проведено на базе регионального кардиологического диспансера в г. Чебоксары. Клинически и психологически исследованы

152 КХ пациента (средний возраст  $59,95 \pm 9,66$  года, 61,18 % мужчин), поступивших в стационар для хирургического лечения сердечно-сосудистой патологии. По итогам клинико-психологического исследования сформированы три клинические группы – группа КХ больных с аорто-коронарным шунтированием на открытом сердце (69 чел., группа 1), группа КХ больных с реконструкцией клапанов на открытом сердце (44 чел., группа 2), группа КХ больных с малоинвазивными операциями на сердце (39 чел., группа 3).

Методы исследования – клинический метод, клинико-психологический метод (Опросник депрессивности Бека [14], Методика диагностики самооценки Дембо-Рубинштейн [11], Опросник временной перспективы Ф. Зимбардо [13], Проективный тест враждебности Н.Г. Гаранян с соавт. [1], Тест жизнестойкости [10], Многомерная шкала восприятия социальной поддержки [18]), метод экспертных оценок, статистический анализ (описательная статистика, сравнение средних, сравнение пропорций, корреляции и др.).

### **Результаты**

Из полученного массива клинико-anamnestических и клинико-психологических данных КХ больных на основе статистического выделения и экспертного оценивания специфических характеристик, в т.ч. психологических факторов избыточности и недостаточности, факторов риска и психологических ресурсов, а также принятой в данной работе типологии мишеней, для каждой клинической группы КХ пациентов дифференцированы психотерапевтические мишени четырех групп или уровней (см. таблицу). Как видно из таблицы, первый уровень мишеней определяется состоянием снижения психической адаптации пациентов в связи с особенностями реагирования на ситуацию КХ операции. В этой связи очевидна необходимость психологической работы с ожиданиями больного в отношении операции. Так, КХ больные третьей группы не ожидают значительных быстрых изменений после операции, а в большей степени озабочены возможностью неблагоприятного исхода после самой операции, что связано с выраженным страхом смерти. Больные первой группы, многие из которых имеют не очень позитивный опыт предшествующих операций на сердце, также нуждаются в работе по оптимизации ожиданий и повышению веры в возможность определенного клинического улучшения.

Здесь уже важно работать в русле повышения удовлетворенности жизнью, показывать пациенту значимость других, более сохранных сторон

жизни. Больные второй группы, находясь в клинически более тяжелом состоянии, не менее остро нуждаются в психотерапевтической работе с актуальными для них состояниями плохого физического самочувствия, пониженного настроения, нерезко выраженного страха смерти, а также – с послеоперационными ожиданиями, которые в некоторых случаях могут иметь нереалистично завышенный характер.

Дифференцированные психотерапевтические мишени в группах КХ больных

Группа мишеней	Содержание мишеней		
	Группа 1	Группа 2	Группа 3
Психологические реакции на ситуацию операции	низкие ожидания от операции; сниженная вера в выздоровление; низкая удовлетворенность жизнью	высокие ожидания от операции; умеренный страх смерти; плохое самочувствие; сниженное настроение	умеренные ожидания от операции; выраженный страх смерти
Психопатологические проявления	депрессивные нарушения с соматическими проявлениями; когнитивные нарушения; астено-невротические нарушения; тревожные нарушения, суицидальные мысли	депрессивные нарушения с соматическими и когнитивно-аффективными проявлениями; когнитивные нарушения; астено-невротические нарушения; тревожные нарушения, суицидальные мысли	депрессивные нарушения с соматическими проявлениями; астено-невротические нарушения; тревожные нарушения; когнитивные нарушения
Дисфункциональные характеристики личности	проявления враждебности; неприятие прошлого; склонность к фатализму; сниженная жизнестойкость	неприятие прошлого; неспособность находить радость в жизни; сниженная жизнестойкость	неприятие прошлого
Специфика социального взаимодействия	снижение социальной активности; ориентир на помощь близких	выраженный ориентир на помощь близких; снижение социальной активности	ориентир на помощь близких; снижение социальной активности

Работа с мишенями данного уровня не обязательно должна вестись только психотерапевтом или медицинским психологом. К ней также могут

присоединяться врач-кардиолог, врач – сердечно-сосудистый хирург, другие специалисты, вовлеченные в процесс оказания медицинской помощи больному. В таком случае может иметь место более выраженный положительный эффект.

Содержание мишеней уровня психопатологических проявлений предполагает слаженную работу команды специалистов во всех группах КХ больных над депрессивными, когнитивными, астено-невротическими, тревожными нарушениями, а также мыслями суицидального характера. Спектр мишеней в третьей группе КХ больных, в целом, повторяя общую структуру мишеней, имеет их иное распределение и меньше по общему количеству за счет отсутствия мишени с суицидальными проявлениями. На данном уровне мишеней психотерапевтическая работа и нейрореабилитационные вмешательства медицинского психолога обязательно сочетаются с фармакологической терапией, назначаемой врачом-психотерапевтом, врачом-неврологом, при необходимости – врачом-психиатром. При анализе депрессивных проявлений у КХ больных важно сохранять суицидальную настороженность, внимательно наблюдая за динамикой подобных переживаний.

Психотерапевтические мишени уровня дисфункциональных характеристик личности соответствуют тем клинико-психологическим паттернам, которые лежат в основе дезадаптивного поведения КХ больного, проявляющегося в нарушенном восприятии собственной личности, окружающего мира и своего места в этом мире. Данные характеристики, в зависимости от степени своей выраженности, могут относиться либо к психологическим факторам избыточности, либо к психологическим факторам недостаточности.

Выраженная враждебность, негативное отношение к прошлому, склонность к фатализму, неспособность находить радость в жизни, сниженная жизнестойкость – все это отражает, с одной стороны, доминирование у КХ больного иррациональных когнитивных установок, с другой стороны, нарушения в системе значимых отношений личности, что требует осознания, принятия и длительной психотерапевтической проработки в рамках индивидуальной или групповой терапии со специалистом.

Еще одним уровнем психотерапевтических мишеней у КХ больных является сфера социального взаимодействия, являющаяся важной стороной жизнедеятельности любого человека. Содержание данных мишеней определено на основании показателей уровня воспринимаемой социальной поддержки и социодемографических данных. Так, у большинства КХ

больных отмечено определенное снижение социальной и профессиональной активности в связи с имеющимся заболеванием, что может способствовать излишней фиксации пациентов исключительно на вопросах, связанных с болезнью. С другой стороны, с учетом высокого уровня социальной поддержки, уверенно демонстрируемой КХ больными, у них в дальнейшем не исключается риск формирования дезадаптивных состояний по типу синдрома выученной беспомощности.

Для профилактики указанного негативного направления развития личности КХ больных необходима организация психосоциальных мер превентивного воздействия [7], к проведению которых можно подключать как медицинских психологов, так и специалистов по социальной работе и социальных работников. Вполне оправданно, что больший объем подобной работы будет вестись в амбулаторных условиях, после выписки пациента из стационара.

Структурирование процесса медико-психологического сопровождения КХ больных на ряд последовательных клинических этапов (дооперационный амбулаторный, дооперационный стационарный, ранний послеоперационный, послеоперационный стационарный, послеоперационный реабилитационный, реабилитационный амбулаторный) также позволило соотнести выделенные психотерапевтические мишени с этапами сопровождения (рисунок).

Реализация задач каждого из шести клинических этапов медико-психологического сопровождения КХ больных осуществляется за счет целенаправленного применения специальных методов, приемов, интервенций, направленных на дифференцированные психотерапевтические мишени. Часть мишеней может реализовываться в течение одного этапа, реализация других мишеней может продолжаться несколько этапов, в зависимости от успешности достижения ожидаемых результатов.

Персонализированная программа медико-психологического сопровождения КХ больного междисциплинарной бригадой специалистов начинает разрабатываться врачом-психотерапевтом совместно с медицинским психологом учреждения уже на начальном этапе сопровождения при первом знакомстве с пациентом.

В это время формируется стратегия программы сопровождения, которая ориентирована на успешную подготовку больного к хирургическому вмешательству, но в то же время она учитывает некоторые индивидуальные особенности пациента, ставшие известными специалистам. На послеоперационном стационарном этапе после получения результатов клиниче-

ского и психологического обследования пациента программа сопровождения уточняется, в нее вносятся дополнения с учетом специфики и выраженности клинико-психологических факторов риска тяжести заболевания и психологических ресурсов личности, психологических факторов недостоверности и психологических факторов избыточности.

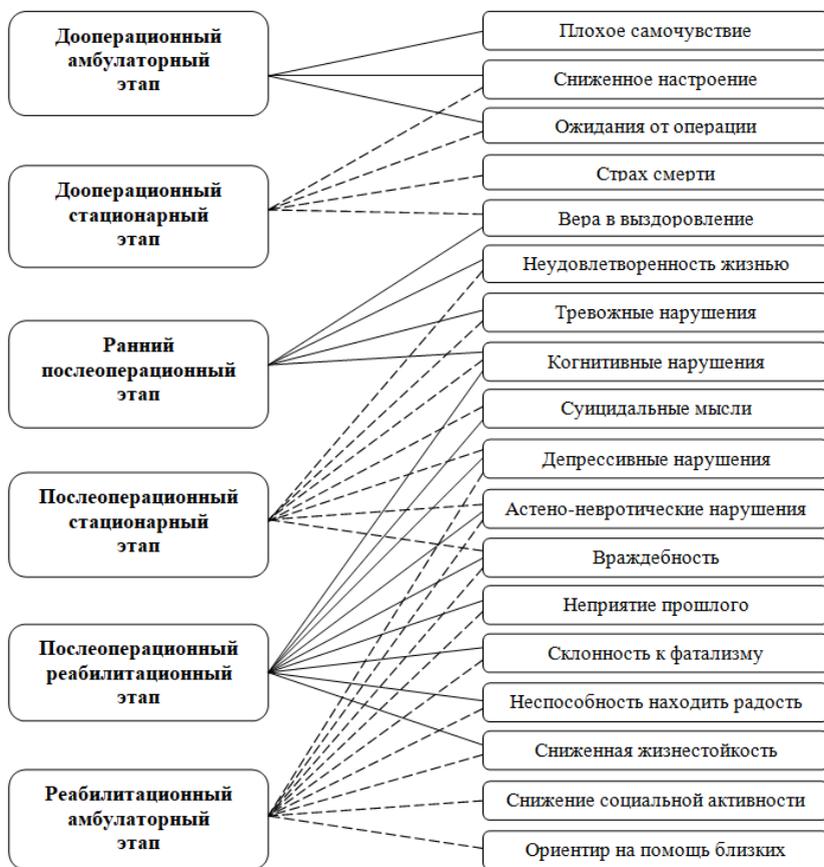


Рис. Соотнесение психотерапевтических мишеней с этапами медико-психологического сопровождения КХ больных

С учетом полученной первоначально клинико-anamnestической и психологической информации о пациенте определяются, а затем корректируются ключевые психотерапевтические мишени, ведущий метод, прием,

интервенция психологического воздействия, очерчивается круг вовлеченных в работу специалистов, применительно к каждому методу устанавливается индивидуальная или групповая форма работы, количество занятий и их продолжительность.

Дополнительно учитываются следующие факторы: наличие у пациента опыта предшествующих КХ операций, их успешность; наличие опыта работы с психологом или психотерапевтом; участие в программах кардиореабилитации, школах пациентов; готовность участвовать во всех этапах сопровождения; возможность продолжения прохождения программы по месту жительства; готовность участвовать в дистанционных формах работы. Все это позволяет проводить индивидуализацию маршрута персонализированной программы сопровождения.

На любом этапе медико-психологического сопровождения КХ больного в персонализированную программу и индивидуализированный маршрут могут вноситься коррективы с учетом изменившейся клинической или социальной ситуации пациента, его индивидуальных пожеланий, рекомендаций медицинских специалистов и других значимых факторов. В течение всех этапов сопровождения, в т.ч. во время завершающего реабилитационного амбулаторного этапа, пациент поддерживает регулярную связь с врачом-психотерапевтом или медицинским психологом, проходит периодические осмотры у врача-кардиолога в специализированном учреждении или по месту жительства.

Во время таких встреч с врачом-психотерапевтом и медицинским психологом оцениваются актуальное состояние пациента, характер динамики его психического и психологического состояния, приверженность терапии, степень соблюдения рекомендаций по модификации образа жизни, необходимость корректировки персонализированной программы и маршрута медико-психологического сопровождения, а также – способность пациента самостоятельно справляться с текущими психологическими трудностями, успешность адаптации в ближайшем социальном окружении. При необходимости пациент проходит дополнительную психологическую диагностику, позволяющую оценить конкретные психологические параметры в соответствии с задачами текущего этапа сопровождения.

### **Заключение**

Таким образом, в данной работе по итогам клинко-психологического исследования КХ больных трех клинических групп представлен опыт дифференциации системы психотерапевтических мишеней, которая позво-

ляет персонализировать программы медико-психологического сопровождения для пациентов данного профиля. Мишени дифференцированы с учетом потребностей КХ больных по четырем уровням – уровню психологических реакций личности на ситуацию операции, уровню ее психопатологических проявлений, уровню дисфункциональных характеристик личности и уровню специфики социального взаимодействия, а также подробно соотнесены с шестью этапами медико-психологического сопровождения. Персонализированный характер психологических программ позволяет проводить индивидуализацию маршрутов медико-психологического сопровождения КХ больного.

### Литература

1. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Враждебность как личностный фактор депрессии и тревоги // Психология: направления междисциплинарных исследований: материалы научной конференции. – М., 2003. – С. 100–114.
2. Караваева Т.А. Основные тенденции изменения психотерапевтических и реабилитационных стратегий при лечении невротических расстройств // Обозрение психиатрии и мед. психологии им. В. М. Бехтерева. – 2010. – № 3. – С. 71–74.
3. 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. XLIX, № 2. – С. 31–36.
4. 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.
5. Киселева М.Г. Влияние индивидуально-психологических особенностей пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями на эффективность психологического сопровождения послеоперационного восстановления : дис. ... канд. психол. наук. – М., 2012. – 210 с.
6. Ключев В.М., Яковлев В.Н., Маньков Ю.У. Клинико-функциональные результаты аортокоронарного шунтирования больных ишемической болезнью сердца и их медицинская реабилитация // Военно-медицинский журнал. – 1993. – № 6. – С. 30–35.
7. Николаев Е.Л. Современные направления исследования пограничных психических расстройств // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2007. – № 3. – С. 8–49.
8. Николаев Е.Л., Сулова Е.С., Александров Д.В. Клинико-психологический дискурс исследований здоровья // Вестник Чувашского университета. – 2010. – № 4. – С. 164–170.

9. Николаева О.В., Бабурин И.Н., Николаев Е.Л., Дубравина Е.А. Криз? Атака? Невроз? Клинический случай приступа психоэмоциональных нарушений в кардиологическом стационаре // Вестник психотерапии. – 2009. – № 30 (35). – С. 86–90.

10. Осин Е.Н. Факторная структура краткой версии Теста жизнестойкости // Организационная психология. – 2013. – Т. 3, № 3. – С. 42–60.

11. Рубинштейн С.Я. Экспериментальные методики патопсихологии и опыт их применения. Ч. 1. Практич. руководство. – М., 2010. – 224 с.

12. Сирота Н.А., Сивакова О.В., Ялтонский В.М. Динамика факторов риска заболеваний сердца под влиянием дистанционного медико-психологического консультирования // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27, № 3. – С. 175–196.

13. Сырцова А. Соколова Е.Т., Митина О.В. Методика Зимбардо по временной перспективе // Психологическая диагностика. – 2007. – № 1. – С. 85–106.

14. Тарабина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер. – 2001. – 272 с.

15. Artzi N. Materializing Personalized Medicine [Электронный источник] // Adv Mater. – 2020. – Vol. 32 (13). – e1908065. doi: 10.1002/adma.201908065. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32237118/> (дата обращения: 15.06.2021).

16. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psychotherapy // International Journal of Person Centered Medicine. – 2011. – Vol. 1, № 3. – P. 482–485.

17. Pruteanu L.M. Predictors of postsurgical stress among cardiac patients // Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi. – 2014. – Vol. 118 (2). – P. 508–513.

18. Zimet G.D., Dahlem N.W., Zimet S.G., Farley G.K. The multidimensional scale of perceived social support // Journal of Personality Assessment. – 1988. – Vol. 52. – P. 30–41.

Поступила 12.08.2021

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией статьи.

Для цитирования. Николаева О.В., Караваяева Т.А. Психотерапевтические мишени и персонализированная программа медико-психологического сопровождения кардиохирургических больных // Вестник психотерапии. 2021. № 79 (84). С. 121–133.

---

**PSYCHOTHERAPEUTIC TARGETS AND PERSONALIZED PROGRAM OF MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL SUPPORT OF CARDIAC SURGICAL PATIENTS**

**Nikolaeva O.V.<sup>1,2</sup>, Karavaeva T.A.<sup>3,4,5,6</sup>**

<sup>1</sup> Republican Cardiology Dispensary of the Health Ministry of Chuvashia  
(F. Gladkov Str., 23 A, Cheboksary, Russia);

<sup>2</sup> Ulianov Chuvash State University (Moskovsky Ave., 15, Cheboksary, Russia);

<sup>3</sup> V.M. Bekhterev National Medical Research Center for Psychiatry and Neurology  
(Bekhtereva Str. 3, St. Petersburg, Russia);

<sup>4</sup> Saint-Petersburg State University  
(Universitetskaya Emb., 7–9, St. Petersburg, Russia);

<sup>5</sup> St. Petersburg State Pediatric Medical University  
(Litovskaya Str., 2, St. Petersburg, Russia);

<sup>6</sup> N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology  
(Leningradskaya Str., 68, Pesochny settlement, St. Petersburg, Russia).

✉ Olga Vladimirovna Nikolaeva – cardiologist of the Republican Cardiological Dispensary (F. Gladkov Str., 23 A, Cheboksary, 428000, Russia); senior lecturer of the Department of Faculty and Hospital Therapy, Ulianov Chuvash State University (Moskovsky Ave. 15, Cheboksary, 428015, Russia); e-mail: nikolvl9@mail.ru;

Tatyana Arturovna Karavaeva – Dr. Med. Sci., 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 (Bekhtereva Str. 3, St. Petersburg, 192019, Russia); Prof. of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, St. Petersburg State University (St. Petersburg, Universitetskaya nab., 7–9, St. Petersburg, 199034, Russia); Prof. of the Department of General and Applied Psychology with a course in biomedical disciplines, St. Petersburg State Pediatric Medical University (Litovskaya Str., 2, St. Petersburg, 194100, Russia); Leading Researcher of the Scientific Department of Innovative Methods of Therapeutic Oncology and Rehabilitation, N.N. Petrov National Medical Research Center of Oncology (Leningradskaya Str., 68, Pesochny settlement, St. Petersburg, 197758, Russia); e-mail: tania\_kar@mail.ru.

**Abstract.** The article presents the experience of differentiation based on the results of a clinical and psychological study of cardiac surgery patients from three clinical groups of the psychotherapeutic target system. The targets are differentiated taking into account the needs of the cardiac surgery patients according to four levels - the level of psychological reactions of the individual to the situation of the operation, the level of its psychopathological manifestations, the level of dysfunctional characteristics of the personality and the level of specificity of social interaction, and are also correlated in detail with six stages of medical and psychological support. This made it possible to personalize the programs and individualize the routes of medical and psychological support for cardiac surgery patients.

**Keywords:** psychotherapeutic targets, medical and psychological support, personalized programs, cardiac surgery patients.

## References

1. Garanyan N.G., Kholmogorova A.B., Yudeeva T.Yu. Vrazhdebnost kak lichnostnyy faktor depressii i trevogi [Hostility as a personal factor in depression and anxiety]. *Psikhologiya: napravleniya mezhdistsiplinarnykh issledovaniy: materialy*

nauchnoy konferentsii [Psychology: directions of interdisciplinary research: proceedings of a scientific conference]. Moskva. 2003. Pp. 100–114. (In Russ.).

2. Karavaeva T.A. Osnovnye tendentsii izmeneniya psikhoterapevticheskikh i reabilitatsionnykh strategiy pri lechenii nevroticheskikh rasstroystv [The main trends of psychotherapeutic and rehabilitation strategies in the treatment of neurotic disorders]. *Obozrenie psikhiiatrii i med. psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2010. N 3. Pp. 71–74. (In Russ.).

3. Karavaeva T.A., Mikhaylov V.A., Vasileva A.V. [et al.] Razrabotka kompleksnoy personalizirovannoy programmy korrektsii dissonnicheskikh narusheniy v strukture nevroticheskikh rasstroystv [Development of a comprehensive personalized program for the correction of dyssomnic disorders in the structure of neurotic disorders]. *Nevrologicheskiy vestnik. Zhurnal im. V.M. Bekhtereva* [Neurological Bulletin. Journal named after V.M. Bekhterev]. 2017. Vol. XLIX, N 2. Pp. 31–36. (In Russ.).

4. Karavaeva T.A., Vasileva A.V., Poltorak S.V. Printsipy i algoritmy psikhoterapii trevozhnykh rasstroystv nevroticheskogo urovnya (trevozhno-fobicheskikh, panicheskogo i generalizovannogo trevozhnogo rasstroystv) [Principles and algorithms of psychotherapy for anxiety disorders of the neurotic level (anxiety-phobic, panic and generalized anxiety disorder)]. *Obozrenie psikhiiatrii i med. psikhologii im. V.M. Bekhtereva* [V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology]. 2016. N 4. Pp. 42–51. (In Russ.).

5. Kiseleva M.G. Vliyanie individualno-psikhologicheskikh osobennostey patsientov s serdechno-sosudistymi zabolevaniyami na effektivnost' psikhologicheskogo soprovozhdeniya posleoperatsionnogo vosstanovleniya [Influence of individual psychological patients with cardiovascular diseases on the effectiveness of psychological support of postoperative recovery] : dis. ... PhD Psychol. Sci. Moskva. 2012. 210 p. (In Russ.).

6. Klyuzhev V.M., Yakovlev V.N., Man'kov Yu.U. Kliniko-funksional'nye rezul'taty aortokoronarnogo shuntirovaniya bol'nykh ishemicheskoy bolezn'yu serdtsa i ikh meditsinskaya reabilitatsiya [Clinical and functional results of coronary artery bypass grafting in patients with coronary heart disease and their medical rehabilitation]. *Voенно-медитсинский журнал* [Military Medical Journal]. 1993. N6. Pp. 30–35. (In Russ.).

7. Nikolaev E.L. Sovremennyye napravleniya issledovaniya pogranichnykh psikhicheskikh rasstroystv [Modern directions of research of borderline mental disorders]. *Vestnik psikhiiatrii i psikhologii Chuvashii* [Bulletin of psychiatry and psychology of Chuvashia]. 2007. N 3. Pp. 8–49. (In Russ.).

8. Nikolaev E.L., Suslova E.S., Aleksandrov D.V. Kliniko-psikhologicheskii diskurs issledovaniy zdorov'ya [Clinical and psychological discourse of health research]. *Vestnik Chuvashskogo universiteta* [Bulletin of the Chuvash University]. 2010. N 4. Pp. 164–170. (In Russ.).

9. Nikolaeva O.V., Baburin I.N., Nikolaev E.L., Dubravina E.A. Kriz? Ataka? Nevroz? Klinicheskiy sluchay pristupa psikhovegetativnykh narusheniy v kardiologicheskoy statsionare [Crisis? Attack? Neurosis? A clinical case of an attack of psychovegetative disorders in a cardiological hospital]. *Vestnik psikhoterapii* [Bulletin of psychotherapy]. 2009. N 30 (35). Pp. 86–90. (In Russ.).

10. Osin E.N. Faktornaya struktura kratkoy versii Testa zhiznestoykosti [Factor structure of the short version of the Test of vitality]. *Organizatsionnaya psikhologiya* [Organizational psychology]. 2013. Vol. 3, N 3. Pp. 42–60. (In Russ.).

11. Rubinshteyn S.Ya. Eksperimental'nye metodiki patopsikologii i opyt ikh primeneniya . Ch. 1. Praktich. Rukovodstvo [Experimental methods of pathopsychology and experience of their application. Part 1. Practical. Management]. Moskva. 2010. 224 p. (In Russ.).

12. Sirota N. A., Sivakova O. V., Yaltonskiy V. M. Dinamika faktorov riska za-bolevaniy serdtsa pod vliyaniem distantsionnogo mediko-psikhologicheskogo konsul-tirovaniya [Dynamics of risk factors for cardiovascular diseases of additional medical and psychological counseling]. *Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Coun-seling psychology and psychotherapy]. 2019. Vol. 27, N. 3. Pp. 175–196. (In Russ.).

13. Syrtsova A. Sokolova E.T., Mitina O.V. Metodika Zimbardo po vremennoy perspektive [Zimbardos method of time perspective]. *Psikhologicheskaya diagnostika* [Psychological diagnostics]. 2007. N. 1. Pp. 85–106. (In Russ.).

14. Tarabrina N.V. Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. Sankt-Peterburg. 2001. 272 p. (In Russ.).

15. Artzi N. Materializing Personalized Medicine. *Adv Mater.* 2020. Vol. 32, № 13. e1908065. doi: 10.1002/adma.201908065. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32237118/>

16. Nikolaev E. Person-centered medicine and the sociocultural approach in psy-chotherapy. *International Journal of Person Centered Medicine.* 2011. Vol. 1, N 3. P. 482–485.

17. Pruteanu L.M. Predictors of postsurgical stress among cardiac patients. *Rev Med Chir Soc Med Nat Iasi.* 2014. Vol. 118 (2). P. 508–513.

18. Zimet G.D., Dahlem N.W. Zimet S.G., Farley G.K. The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment.* 1988. Vol. 52. P. 30–41.

Received 12.08.2021

**For citing.** Nikolaeva O.V., Karavaeva T.A. Psihoterapevticheskie misheni i personalizirovannaya programma mediko-psihologicheskogo soprovozhdeniya kardio-hirurgicheskikh bolnyh // *Vestnik psikhoterapii.* 2021. № 79. Pp. 121–133. (In Russ.)

Nikolaeva O.V., Karavaeva T.A. Psychotherapeutic targets and personalized program of medical and psychological support of cardiac surgical patients. *The Bulletin of Psychotherapy.* 2021. № 79. Pp. 121–133.