

ПАЦИЕНТ-ЦЕНТРИРОВАННАЯ МЕДИЦИНА. НОВАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

Таратухин Е. О.

Аналитический обзор литературы посвящён актуальности и неоднозначности понятия пациент-центрированной медицины, которое всё больше привлекает внимание исследователей и практиков. Рассмотрены предпосылки возникновения этого явления, его перспективы как совершенно нового, обобщённого врачебного подхода к человеку с возможностью позитивных изменений на уровнях от соматического до социокультурного. Поставлен ряд вопросов, предложены пути концептуализации и поиска доказательной базы для практического внедрения пациент-центрированной парадигмы.

Российский кардиологический журнал 2016, 9 (137): 79–83
<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-9-79-83>

Ключевые слова: человекоцентрированная медицина, пациент-центрированное интервью, психосоматика, реабилитация, профилактика, неинфекционная патология.

ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н. И. Пирогова, Москва, Россия.

Таратухин Е. О. — к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии №1 л/ф.

Автор, ответственный за переписку (Corresponding author): cardio03@list.ru

ВОЗ — Всемирная организация здравоохранения, ЧЦМ — человекоцентрированная медицина, ESC — European Society of Cardiology (Европейское кардиологическое общество), FDA — Food and Drug Administration (Управление по контролю качества лекарственных средств и пищевых продуктов США), РСС — Patient-Centered Care (Пациент-центрированная медицинская помощь).

Рукопись получена 11.04.2016

Рецензия получена 12.04.2016

Принята к публикации 19.04.2016

PATIENT-CENTERED MEDICINE. A NEW REALITY

Taratukhin E. O.

The literary analysis is presented to underline the importance and controversy of the meaning of patient-centered medicine, which attracts more and more researchers and practitioners. The origins of this concept are reviewed, its further directions as a novel generalized physician approach to a human with opportunity to launch positive dynamics on all levels from somatic to social and cultural. A range of questions is taken, and the pathways sketched towards conceptualization and evidence base for practical implementation of patient-centered paradigm.

Russ J Cardiol 2016, 9 (137): 79–83<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-9-79-83>

Key words: person-centered medicine, patient-centered interview, psychosomatics, rehabilitation, prevention, non-communicable diseases.

N. I. Pirogov Russian National Research Medical University (RNRMU), Moscow, Russia.

В программе Всемирной организации здравоохранения по борьбе с нетрансмиссивными (неинфекционными) заболеваниями до 2020–2025 года ключевая роль отдаётся девяти Глобальным целям (“Global Targets”). Эти цели: снижение на 10% вредоносного потребления алкоголя, снижение на 10% степени физической неактивности, снижение потребления соли/натрия на 30%, снижение курения табака на 30%, снижение на 25% распространённости повышенного артериального давления, стабилизация и отсутствие роста распространённости диабета и ожирения, достижение охвата более 50% населения медицинской помощью и 80% — доступностью фармакопрепаратов и медицинских технологий, снижение на 25% преждевременной сердечно-сосудистой смертности [1]. Данные цели достигаются путём внедрения в общества, согласно региональным программам ВОЗ, государственных стратегий. К примеру, снижение потребления табака может достигаться рядом запретов (курение в общественных местах, запрет рекламы) и контрпропагандой (размещение неприятных изображений и надписей на упаковках, скрытие пачек сигарет от визуального контакта с потребителем).

Перечисленные цели обоснованны и патогенетически объяснимы. Так, давно доказана причинная связь развития неинфекционной патологии

с рядом модифицируемых факторов (главные из которых и входят в Программу-2025), а также немодифицируемых. К последним относится генетическая предрасположенность, уникальная для каждого отдельного человека, а потому стоящая как будто на противоположном полюсе, в оппозиции глобальным эпидемиологическим усилиям. В отношении генетических факторов усилия здравоохранения становятся сугубо индивидуализированными, *персонализированными*. Внимание к ним дало начало персонализированной медицине, бурно развивающейся в последние годы.

На концепт персонализированной медицины обращают внимание ключевые научные и регуляторные организации. Так, американская FDA (Управление по контролю качества лекарственных средств и пищевых продуктов) в 2013 году опубликовала меморандум о своей роли как контролирующего органа в “новую эру” персонализированной медицины [2]. Документ начинается с цитаты Гиппократ: “гораздо важнее знать, какой *человек* имеет заболевание, чем какое *заболевание* имеется у человека”. Такой подход определяется через понятия фармакогеномики, наиболее важного раздела персонализированной медицины. Знание об индивидуальных особенностях молекулярного строения пациента позволит подбирать ему макси-

мально эффективную терапию ввиду сугубой специфичности.

В отношении персонализированной медицины своё мнение (“Position Paper”) в августе 2014 года высказало Европейское общество кардиологов (ESC), из которого следует, что современная сердечно-сосудистая медицина основана на доказательствах; парадигма качественного оказания помощи сегодня — *основанная на доказательной базе* (“evidence based”) помощь. Хотя этот подход привёл к значительному снижению смертности от инсульта и острого коронарного синдрома, ограничения доказательной медицины в последнее время стали очевидны. Например, особенности критериев включения в те или иные протоколы оставляют за бортом целые популяции и субпопуляции, к которым применение полученных данных оказывается нелегитимным. По этой причине приобретает индивидуальное значение концепт “персонализации” медицины, который определяется как подбор диагностической и терапевтической стратегии на основании последовательной оценки особенностей пациента, включающих клинические и биохимические данные, а также данные биомаркеров и генетики.

В документе ESC отмечается, что целый ряд систем оценки уже используется в кардиологии как *индивидуализированная* помощь: шкалы риска SCORE, GRACE, TIMI, MAGGIC, CHA₂DS₂Vasc. Индивидуализации способствуют параметры сегмента ST, интервалов PR, QT на электрокардиограмме, уровни NT-proBNP, тропонинов, D-димера, данные эхокардиографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии и других методов [3].

Но, как указывается в документе ESC со ссылкой на Lenfant (2013), всё больше ограничений имеет такого рода стратификация, и всё больше видна разница клинических исходов у разных больных при применении подобных стандартов стратификации. В качестве примера приводится необходимость особого подхода к женщинам с болью в грудной клетке, особенности ведения больных старческого возраста, различия в действии препаратов, в частности, антикоагулянтов. По-прежнему сохраняется высокая летальность при мерцательной аритмии, несмотря на стратифицированный подход. Всё это требует нового пути, каковым становится персонализированная медицина.

Завершающей ремаркой в документе ESC становится указание на “пациент-центрированную” сердечно-сосудистую медицину в эпоху персонализации. Авторы указывают, что, безусловно, новые подходы основаны и будут основываться на научных методах, на биологии и патофизиологии, однако принципиально важно *учитывать пациента в его социальном контексте*. В сердце персонализированной медицины — сам пациент, включая его психологиче-

ские, культуральные особенности. Применительно к сердечно-сосудистой медицине за пределами чистой биологии оказываются такие факторы диагностики и лечения, как гендерные особенности (в отличие от половых), влияние индивидуализации помощи при сердечной недостаточности, информированность и непосредственный человеческий контакт с врачом. Включение *больного*, заключают авторы документа ESC, в структуру персонализированной помощи принципиально важно. Если обратиться к Глобальным целям ВОЗ, нельзя не признать, что снижение потребления алкоголя, табака и соли, увеличение физической активности, уменьшение массы тела — это глубоко личностные аспекты, связанные с самим человеком в его социальном и культурном поле. Сама ВОЗ актуализировала другое направление глобальной работы — сохранение психического здоровья (“Mental Health”) во всех популяциях [4]. Заниматься проблемами неинфекционной патологии необходимо в контексте психического здоровья с точки зрения пациент-центрированности [5].

За семь-восемь лет до представленных выше документов, ВОЗ опубликовала текст о “Здравоохранении, ориентированном на людей” (“People-Centered Health Care”), по результатам Международного симпозиума о переориентации систем здравоохранения в XXI веке, проходившего в Токио 25 ноября 2007г. Так называемые “Технические документы” (“Technical Papers”) позволяют понять, что подразумевается под People-Centered Health Care. Это, в первую очередь, использование ресурсов, которые могут предоставить сами больные, их семьи и сообщества [6]. Они могут способствовать улучшению медицинской помощи, понимая причины и факторы влияния на здоровье, обращая внимание на минимальные диагностические признаки, выбирая наиболее приемлемый путь лечения острых состояний, отслеживая эффекты лечения и симптомы, имея в виду и сообщая о проблемах безопасности, овладевая приёмами работы с хроническими болезнями, обретая и обучаясь здоровому образу жизни, критикуя и давая обратную связь системе здравоохранения. Распространение таких установок позволит сделать медицинскую помощь доступной для всех, эффективной и пациент-центрированной.

Что такое пациент-центрированная медицинская помощь (“Patient-Centered Care”, PCC)? Это понятие появилось в 1993г как результат исследования, проводившегося Институтом Пиккера (Picker Institute) в сотрудничестве с Гарвардской Школой медицины. Определение PCC можно дать следующее: инновационный подход к планированию, предоставлению и оценке медицинской помощи, который основан на безусловно выгодном партнёрстве между представителями здравоохранения, пациентами и семьями пациентов [7]. В книге, названной “Глазами паци-

ента: *понимать и способствовать пациент-центрированной помощи*”, указано восемь признаков такого подхода: уважение предпочтений и ценностей больного, эмоциональная поддержка, физический комфорт, информирование с обучением и коммуникацией, последовательность и преемственность, координирование оказания помощи, вовлечение семьи и друзей, доступность помощи.

Перечисленные признаки имеют явную междисциплинарную природу, главным образом, психосоциальную, наряду с привычной биомедицинской помощью. Почти каждый пункт, будучи интуитивно понятным, скрывает широчайшие, требующие осознания и изучения аспекты. Вопросы появляются, как только взгляд с позиции общечеловеческой, с позиции “здорового смысла” смещается в научную плоскость. Доказательность, обоснованность, применимость необходимы, чтобы реально и, главное, осознанно применять положения РСС в практике. Очевидно, к примеру, что представление об “уважении предпочтений и ценностей” больного требует понимания путей, которые могли бы быть внедрены в практику в любом лечебном учреждении, вне зависимости от представлений и предпочтений врачей и организаторов медицинской помощи. Понятие “эмоциональной поддержки” ставит ещё больше вопросов, поскольку требует определённых психологических навыков от врачей и медперсонала. Понятие “информированности с обучением” ставит вопрос о возможности реального полного информирования пациента, который, не будучи врачом, вряд ли может во всей полноте проникнуть в тонкости собственного состояния и вариантов оказания помощи. Это понятие требует учёта культурных аспектов наряду с психологическими; оно требует от врача навыков понимания пациента и умения извлекать из контакта с ним те аспекты, которые будут наиболее экономичны и полезны. Представление о пациент-центрированной медицине, в итоге, ставит новые, совершенно особые задачи для врачей, ежедневно контактирующих с больными.

Насколько это необходимо? Нет ли в таком взгляде идеализма и чрезмерного увлечения романтикой межчеловеческих отношений? Современная наука показывает, что нет. Шаг к пациент-центрированной помощи на всех уровнях от биологического до культурного становится шагом к качественно новой медицине.

Доказательную базу эффективности пациент-центрированного подхода можно разделить на два типа. Первый — исследования, в которых изучалось применение тех или иных “приёмов” учёта больного как личности и в социально-культурном окружении (назовём их “структурные”). Второй тип — междисциплинарные исследования, связывающие психологические процессы с соматическими, а психосома-

тику с социокультурными явлениями (назовём их “сущностные”). Исследования второго типа могут объяснить саму суть того, почему, например, длительное персистирование тревоги и переживания безнадёжности через механизмы воспаления способствует развитию и осложнению атеросклероза. Представляется, что именно исследования второго типа в будущем окажутся базисом доказательной по форме и пациент-центрированной по сути медицинской помощи. На сегодняшний день, однако, гораздо больше практической применимости имеют изыскания первого типа.

К ним относится статья Constand, et al., в которой они сообщают результаты исследования литературы, опубликованной с 1990г, в результате которого смогли выделить 25 различных моделей пациент-центрированного оказания медицинской помощи [8]. Они подчёркивают, что какой-то одной модели не было обнаружено. Общими для всех подходов были эффективная коммуникация, партнёрство и делегирование контроля (“health promotion” — процесс расширения контроля пациентом своего здоровья). “Коммуникация” включала в себя информирование, сочувствие, эмпатию и уважение пожеланий; “партнёрство” подразумевало чуткость к запросам, построение отношений; “делегирование контроля” относилось к сотрудничеству, эффективному использованию ресурсов, вниманию к конкретной ситуации. Эти аспекты ставят высокую планку для врачей и организаторов здравоохранения, так как требуют не только биомедицинского знания, но более широкого знания, а, главное, навыков подобного взаимодействия.

Критически важным является понятие коммуникации между врачом и больным. В своей статье Đorđević, et al. обращаются к понятию “человекоцентрированного медицинского интервью” (person-centered medical interview). Медицинское интервью или врачебный опрос, кроме информации о клинических признаках текущего состояния, может дать информацию о больном как личности, о заботах, переживаниях, непонимании, страхах в связи с болезнью, а также включить в процесс оказания помощи культурный контекст наряду с соображениями о доступности медицинской помощи и финансовых возможностях. Врачебный опрос — комплексный процесс, позволяющий поставить диагноз и создать *отношения* больного с врачом (“союз” врача и пациента), которые будут влиять и на приверженность к лечению, и на саму эффективность лечения, вторичную и первичную профилактику [9].

Появление и развитие пациент-центрированной и человекоцентрированной медицины (ЧЦМ) относится к области психиатрии [10]. Именно там изначально поставлен вопрос о важности учёта психического больного в его социальном и личностном контексте [11, 12].

В кардиологии исследования пациент-центрированного подхода идут довольно активно. В основном, это структурные исследования, оценивающие эффективность тех или иных приёмов. В качестве примера можно отметить следующие сообщения. Chiauzzi, et al. изучали мониторинг физической активности у больных с хроническими заболеваниями при помощи специальных устройств. Они заключают, что такой мониторинг позволяет вовлекать больных в персонализированную медицинскую помощь, давая возможность врачам проникать в повседневную жизнь и, тем самым, влияя на неё, что важно при работе с хронической патологией [13]. О крупном рандомизированном исследовании сообщают Coventry, et al. Они проводили комплексное лечение пациентов с депрессией, сочетающейся с диабетом или сердечно-сосудистой патологией. Всего было включено 387 пациентов. Кроме соматической терапии, проводилось психологическое консультирование с задачами активации образа жизни, переосмысления. Проводилось до восьми сессий со специалистами в области психологии благополучия (wellbeing). В качестве конечных точек использовались: шкала депрессии SCL-D13, шкала качества жизни ВОЗ и другие. Авторы отмечают, что краткосрочная психологическая помощь не позволила добиться существенных результатов по качеству жизни; тем не менее, в группе вмешательства были достоверно достигнуты снижение степени депрессии и улучшение возможности к самостоятельному контролю и лечению своего состояния [14].

О “пациент-центрированном” назначении статинов сообщают Scröder, et al. Их задачей было изучить влияние врачей на приверженность к приёму препаратов после инфаркта миокарда у пожилых больных. Показано, что более высокая степень приверженности была характерна для практики врачей, пользующихся “пациент-центрированным”, а именно, привязанным к характеристикам самих пациентов, способом ведения [15].

Группа исследователей под руководством Ekman I занимается проблемами сердечно-сосудистой практики в контексте человекоцентрированности. Ими проведено рандомизированное контролируемое исследование больных с острым коронарным синдромом (Fors, et al.). К экспериментальной группе больных применялся командный подход со специально обученными медицинскими сёстрами, преемственностью и индивидуализацией помощи. Наблюдение длилось 6 месяцев. Улучшение было достоверно более выражено в группе ЧЦМ (отношение шансов 2,7) за счёт повышения самоэффективности (self-efficacy). В отношении летальности и повторных госпитализаций различий не было [16]. Понятие кардио-самоэффективности исследуется этими же авторами в контексте человекоцентриро-

ванного оказания помощи. Ими была валидизирована шкала этого параметра применительно к больным после острого коронарного события по трём компонентам: контроль симптомов, контроль болезни и поддержание функционирования [17]. Авторами проведён нарративный анализ переживаний пациентов с впервые возникшим острым коронарным синдромом [18]. Кроме того, подход ЧЦМ показан для больных сердечной недостаточностью. Granger, et al. поставили целью изучить связь отношения к медицинской помощи, включая приверженность к лечению, и переживания симптомов. Исследование проводилось методом интервью и стандартных опросников, проспективно, у 10 пациентов. Авторы делают вывод о том, что следует вырабатывать значащие взаимосвязи между терапевтическими средствами и картиной заболевания. Dudas, et al. изучали показатели “неопределённости” у больных сердечной недостаточностью. Из 248 больных к половине применялся подход ЧЦМ; показатели неопределённости оценивались по шкале CPS (Cardiovascular Population Scale), включающей раздел неоднозначности в отношении тяжести заболевания, сложности лечения и системы медицинской помощи. Показано, что на фоне ЧЦМ уменьшилась степень неопределённости по обоим разделам, в целом, больные были больше готовы управляться со своим заболеванием, увеличилась их бытовая активность. В протоколе РСС-НФ (Ekman, et al.) изучалось, как повлияет оказание пациент-центрированной помощи на качество жизни, бытовую активность, длительность госпитализации, частоту повторных госпитализаций. Показано, что в группе исследования, в сравнении с контролем (стандартное ведение больных), была меньше длительность госпитализации и улучшилась активность; два других показателя не отличались между группами [19-22].

Обзор исследований убеждения врачами общей практики своих пациентов в необходимости лечения приводят Labrie & Schulz. Авторы отмечают, что врачу зачастую непросто убедить больного в важности следования рекомендациям, так как у больных есть множество своих представлений и предпочтений, мнений относительно диагноза. Было изучено семьдесят случайно отобранных видеозаписей врачебного интервью с пациентом. Внимание обращалось на длительность визита, стиль принятия решений (по шкале OPTION — степень влиятельности врача), выражение точки зрения, аргументацию. Выявлено, что более эффективными были более длительные визиты, в которых проходило совместное принятие решений, была разносторонняя аргументация. Авторы указывают, что затраты времени могут оказываться неприемлемыми для практикующих врачей, однако дают более эффективную коммуникацию,

улучшая ближайшие и долгосрочные результаты врачебного приёма [23]. В отношении последнего исследования представляется интересным письмо, опубликованное в том же номере журнала, от Salmon [24], в котором он комментирует понятия “аргументации” и “убеждения” в соотношении с “пациент-центрированным” принятием решений, использованные в тексте Labrie & Schulz. Они кажутся взаимоисключающими. Однако, как было упомянуто выше, при получении согласия больного его невозможно сделать врачом, — всегда остаётся доля информации, отдаваемая на откуп манере, в которой врач взаимодействует с пациентом. Потому понятия аргументации и убеждения переходят в совершенно иную плоскость, если включить их в систему пациент-центрированной коммуникации.

Если исследования первого типа (структурные) позволяют понять, какими инструментами создавать на практике пациент-центрированную модель оказания медицинской помощи, то сущностные исследования могут объяснить, *почему* правильная коммуникация и учёт гуманистического контекста

так важны для пользы соматического состояния, эффективности борьбы с модифицируемыми факторами риска и предотвращения неинфекционной патологии — для достижения глобальных целей ВОЗ.

Открытым остаётся вопрос, на который в рамках одной статьи ответить невозможно. Вопрос о методах исследования и разработки пациент-центрированной и человекоцентрированной моделей (в рамках данной статьи я не различаю эти варианты). Что необходимо иметь врачу и организаторам здравоохранения, какими навыками обладать, чтобы оказывать помощь с подобной интенцией? На этот вопрос могут ответить междисциплинарные исследования, биопсихосоциальная точка зрения [25, 26]. Нельзя забывать, что русская клиническая школа изначально была ориентирована на то, чтобы лечить больного, но не болезнь. Психологические теории А. Н. Леонтьева, Л. С. Выготского могут дать богатую пищу для формулирования концепта ЧЦМ [27]. Так или иначе, дальнейшая работа необходима; без ответа на эти вопросы вряд ли возможно достойное развитие медицины.

Литература

1. Global Action Plan for the Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. World Health Organization, 2013.
2. Paving Way for Personalized Medicine. USA: Food and Drug Administration, 2013.
3. Kirchhof P, Sipido KR, Cowie MR, et al. The continuum of personalized cardiovascular medicine: a position paper of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J*, 2014; 35(46): 3250-7.
4. Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization, 2013.
5. Patel V, Chatterji S. Integrating mental health in care for noncommunicable diseases: An imperative for person-centered care. *Health Affairs*, 2015; 34(9): 1498-505.
6. People-Centred Healthcare. Technical Papers. International Symposium on People-Centred Health Care: Reorienting Health Systems in the 21st Century The Tokyo International Forum; 25 November 2007; Tokyo: WHO; 2008.
7. Gerteis M. Through the patient's eyes: understanding and promoting patient-centered care. Picker Institute; 1993.
8. Constand MK, MacDermid JC, Dal Bello-Haas V, et al. Scoping review of patient-centered care approaches in healthcare. *BMC Health Serv Res*, 2014; 14: 271.
9. Đorđević V, Braš M, Brajković L. Person-centered medical interview. *Croatian Medical Journal*, 2012; 53(4): 310-3.
10. Cowen EL. Person-centered approaches to primary prevention in mental health: Situation-focused and competence-enhancement. *American Journal of Community Psychology*, 1985; 13(1): 31-48.
11. Edvardsson D, Fetherstonhaugh D, Nay R. Promoting a continuation of self and normality: Person-centred care as described by people with dementia, their family members and aged care staff. *Journal of Clinical Nursing*, 2010; 19(17-18): 2611-8.
12. Edvardsson D, Winblad B, Sandman P. Person-centred care of people with severe Alzheimer's disease: current status and ways forward. *The Lancet Neurology*, 2008; 7(4): 362-7.
13. Chiauzzi E, Rodarte C, DasMahapatra P. Patient-centered activity monitoring in the self-management of chronic health conditions. *BMC Medicine*, 2015; 13(1).
14. Coventry P, Lovell K, Dickens C, et al. Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity: cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. *BMJ*, 2015; 350: h638.
15. Schroeder MC, Robinson JG, Chapman CG, et al. Use of statins by medicare beneficiaries post myocardial infarction: Poor physician quality or patient-centered care? *Inquiry (United States)*, 2015; 52(1): 1-5.
16. Fors A, Ekman I, Taft C, et al. Person-centred care after acute coronary syndrome, from hospital to primary care — A randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*, 2015; 187(1): 693-9.
17. Fors A, Ulin K, Cliffordson C, et al. The Cardiac Self-Efficacy Scale, a useful tool with potential to evaluate person-centred care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2015; 14(6): 536-43.
18. Fors A, Dudas K, Ekman I. Life is lived forwards and understood backwards — Experiences of being affected by acute coronary syndrome: A narrative analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 2014; 51(3): 430-7.
19. Granger BB, McBroom K, Bosworth HB, et al. The meanings associated with medicines in heart failure patients. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2013; 12(3): 276-83.
20. Falk H, Ekman I, Anderson R, et al. Older patients' experiences of heart failure — An integrative literature review. *Journal of Nursing Scholarship*, 2013; 45(3): 247-55.
21. Dudas K, Olsson LE, Wolf A, et al. Uncertainty in illness among patients with chronic heart failure is less in person-centred care than in usual care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 2013; 12(6): 521-8.
22. Ekman I, Wolf A, Olsson LE, et al. Effects of person-centred care in patients with chronic heart failure: the PCC-HF study. *Eur Heart J*, 2012; 33(9): 1112-9.
23. Labrie NH, Schulz PJ. Exploring the relationships between participatory decision-making, visit duration, and general practitioners' provision of argumentation to support their medical advice: results from a content analysis. *Patient Educ Couns*, 2015; 98(5): 572-7.
24. Salmon P. Argumentation and persuasion in patient-centred communication. *Patient Educ Couns*, 2015; 98(5): 543-4.
25. Taratukhin, EO. Biopsychosocial approach: a modern demand for interdisciplinarity. *Russ J Cardiol*, 2015; 125: 80-3. Russian (Таратухин ЕО. Биопсихосоциальный подход: новое требование междисциплинарности. *Российский кардиологический журнал*, 2015; 9: 80-3).
26. Taratukhin, EO. Patient's Personality: an Interdisciplinary approach to cardiovascular pathology. *Russ J Cardiol*, 2014; 113: 22-5. Russian (Таратухин ЕО. Личность больного: междисциплинарный подход в работе с кардиологической патологией. *Российский кардиологический журнал*, 2014; 9: 22-5).
27. Mezzich JE, Zinchenko YP, Krasnov VN, et al. Person-centered approaches in medicine: clinical tasks, psychological paradigms, and postnonclassical perspective. *Psychology in Russia: State of Art*, 2013; 5(1): 95.