Medical and psychological paradigm supervision somatic patients with comorbid mental disorders

I. Koval

Bogomolets National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv, Ukraine

Article info

Received 10.01.2018

Accepted 29.06.2018

Bogomolets National Medical
University of the Ministry of
Health of Ukraine, Kyiv,
Ukraine

13, T. Shevchenko boulevard.
01601, Kyiv
Ukraine

irenekoval@bigmir.net

Коваль, І.А. (2018).
Медико-психологічна
парадигма курації
соматичних хворих з
коморбідними психічними
розладами. Fundamental
and applied researches in
practice of leading scientific
schools, 27 (3), 46–56.

Koval, I. (2018). Medical and psychological paradigm supervision somatic patients with comorbid mental disorders. Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools, 27 (3), 46–56.

The thesis is devoted to the research of medical and psychological paradigm Supervision of patients. Studies performed on clinical material of patients with a wide range of somatic disorders. This reveals the conceptual foundations of medical activities as a complex medical and psycho-pedagogical process, which not only improves the efficiency of the professional activities of doctors, but also the formation of individual image of the world of patients achieving this level of personal development where disease and related restrictions do not interfere with their self-development based on the existing system of values and meanings.

The paper provides a detailed analysis of the interaction of the three components of medical and psychological care to patients and their families: psychodiagnosis psyhoeducation and correction (psychotherapy).

Presents a program of psychological diagnosis of somatic patients, including a study of the characteristics of emotional state and distress intrapsychological and behavioral patterns, strategies for overcoming stress behavior and family functioning determine the influence of psychic correction targets formulated the task of medical and psychological assistance and the amount psyhoeducation classes.

Concepts and practical application of medical and psychological training of general practitioners and medical internist at the stages of pre-tested and post-graduate training in preparation of interns, and the pre-cycles thematic improvement of doctors.

Determined, medical, psychological and educational determinants doctor's practice, positive motivation of their activities; preparedness to common therapeutic activities; focus on subject-subject interaction; mastering the techniques of effective communication and more.

Keywords: medical and psychological paradigm of psychotherapy; psyhoeducation; physical illness; nonpsychotic mental disorders anxiety-depression spectrum.

Медико-психологічна парадигма курації соматичних хворих з коморбідними психічними розладами

І.А. Коваль

Національний медичний університет імені О. О. Богомольця МОЗ України, Київ, Україна

Дослідження виконано на клінічному матеріалі пацієнтів з широким спектром соматичних захворювань. При цьому розкрито концептуальні основи лікувальної діяльності як комплексного медико-психолого-педагогічного процесу, який не лише сприяє підвищенню ефективності фахової діяльності лікарів, а й становленню індивідуального образу світу пацієнтів, досягненню ними такого рівня особистісного розвитку, на якому хвороба та пов'язані з нею обмеження не заважають їхньому саморозвитку на основі

сформованої системи цінностей та смислів.

У роботі міститься детальний аналіз взаємодії трьох компонентів медико-психологічної допомоги хворим та їх близьким: психодіагностики, психоедукації та психокорекції (психотерапії).

Представлено програму психологічної діагностики соматичних хворих, що включає вивчення особливостей психоемоційного стану та дистресу, інтрапсихічних та поведінкових патернів, стратегій стрес-долаючої поведінки та сімейного функціонування для визначення мішеней психокорекційного впливу, сформульовано завдання медико-психологічної допомоги та обсяг психоедукаційних занять.

Концепцію та практичну програму медико-психологічної підготовки лікарів загальної практики та лікарів-інтерністів на етапах до- та післядипломної підготовки апробовано в процесі підготовки лікарів-інтернів, та на передатестаційних циклах та циклах тематичного удосконалення лікарів.

Визначено, медико-психолого-педагогічні детермінанти професійної діяльності лікарів: позитивна мотивація їхньої діяльності; підготовленість до спільної лікувальної діяльності; орієнтація на суб'єкт-суб'єктну взаємодію; оволодіння прийомами ефективної комунікації тощо.

Ключові слова: медико-психологічна парадигма; психотерапія; психоедукація; соматичне захворювання; непсихотичні психічні розлади тривожно-депресивного спектру.

Вступ

Сучасний комплексний підхід до лікування хворої людини повинен поєднувати три основні види лікувальної діяльності: біологічний, психологічний та соціальний. Пам'ятаючи, який взаємовплив існує між психікою та функціонуванням внутрішніх органів людини, зрозуміло, що кожна хвороба дезорганізує психічну рівновагу та обмежує соціальне життя особистості. Цей взаємовплив можна спостерігати навіть при незначних порушеннях здоров'я, та особливо важливо пам'ятати про це, працюючи з пацієнтами, які страждають від психічних розладів, а також хронічних соматичних хвороб, оскільки у цих пацієнтів взаємовпливи більш тривалі, а отже й наслідки їх більш виражені.

Загалом процес трансформації сучасної медицини полягає у зміні парадигми з медико-біологічної на медико-психологічну, що призводить до перетворення парадигми хвороби в парадигму здоров'я, та потребує зміни у підходах як до курації пацієнтів, так і до підготовки лікарів до надання медичної допомоги з позицій не лише лікувальної, а й превентивної медичної допомоги пацієнтам.

Аналіз вітчизняної та зарубіжної наукової літератури показує, що дослідження світоглядно-психологічних проблем медицини та їх сучасної трансформації відображені у психологічних, медичних, методологічних, філософських джерелах. Численні психологічні, філософські, соціологічні дослідження, присвячені подоланню одномірного соматичного підходу до особистості хворого та загальним світоглядним і методологічним питанням вивчення взаємодії людини, природи і суспільства, з'ясуванню сутності й змісту основної форми їх взаємодії (наукові дослідження А.Адлера, А.Бергсона, Л.Бінсвангера, М.Бубера, М.Вебера, Л.С.Виготського, Ю.Габермаса, М.Гайдеггера, Л.М.Гумільова, Е. Гуссерля, Ж.Дерріда, В.П.Зінченка, Ф. Капра, С.Д.Максименка, О.М.Леонт'єва, Ж.-Ф.Ліотара, А.Маслоу, Ж.Піаже, Г.Ріккерт, С.Л.Рубінштейна, Е.Толмена, В.Франкла, З.Фройда, М.Шелера, К.Юнга, К.Ясперса та ін.).

Розвиток медичної психології набув неабиякого значення при вирішенні широкого кола проблем,

пов'язаних із забезпеченням комплексного підходу до лікування соматичних хворих і, в першу чергу, йдеться про пацієнтів, у яких діагностовано психічні розлади, починаючи від шизофренії, епілепсії та органічних уражень мозку й до різного ступеню вираженості невротичних розладів.

Аналіз медико-психологічних розвідок та конкретних процесів курації хворих свідчить, що науковці ставлять перед собою теоретичні завдання визначення того, які саме моделі курації є найбільш ефективними при тривалому лікуванні та подальшому супроводі соматичних хворих з психічними, психологічними розладами (О.Ф. Бондаренко; С.Д.Максименко; М.В. Маркова; В.Д. Менделевич; Б.В.Михайлов; Г.П. Мозгова; І.М. Сарвір; А.Ш. Тхостов; Н.Ф. Шевченко та ін.).

Отже, на сьогодні є актуальною трансформація парадигми лікування хворого на ширший процес – його курації, тобто активного спостереження лікаря за перебігом захворювання у хворого, який включає взаємне спілкування, лікувально-діагностичні, профілактичні заходи та документальне його оформлення. Одним з елементів курації є загальноклінічне та патопсихологічне обстеження хворого, яке передбачає одержання узагальнюючої інформації про стан хворого за даними посистемного діагностичного обстеження для постановки діагнозу, підбору раціонального лікування, спостереження за перебігом захворювання, визначення прогнозу.

Поняття здоров'я (за даними ВООЗ) як стану повного фізичного, психічного і соціального благополуччя, а не тільки відсутність захворювання чи фізичних вад, охоплює динаміку захворювання та психологічну взаємодію з мікро- і макросоціумом, власне ставлення до себе й інших, можливості самореалізації, повноцінне соціальне функціонування, що особливо важливе для психічного здоров'я особистості. Психічне здоров'я – це стан психіки людини, основу якого складає відчуття душевного комфорту, що забезпечує адекватну поведінкову реакцію в різних ситуаціях, в т.ч. при хворобі.

Сьогодні для оцінки ефективності соціального функціонування людини розроблені і використовуються ще й додаткові критерії – показники

якості життя. За визначенням ВООЗ, якість життя – це сприймання людиною своєї позиції в житті, в тому числі фізичного, психічного і соціального благополуччя, незалежності, якості середовища, в якому вона живе, ступеню задоволення конкретним рівнем життя і іншими складовими психологічного комфорту. Саме тому, на даному етапі підготовки сучасних лікарів, особливо важливим стає запровадження інтегративного підходу до вивчення усіх медичних дисциплін, що не лише давало б змогу лікарям удосконалювати свої знання щодо фізіологічних аспектів хвороби, а й поєднувати їх з глибоким розумінням психологічних та соціальних факторів виникнення та перебігу захворювань, що, в підсумку, дасть змогу застосовувати комплексний підхід до курації пацієнтів і лікувати не хворобу, а хворого.

Мета дослідження полягає у комплексному медико-психологічному підході до курації психічних та психологічних розладів, коморбідних соматичній патології, а також в узагальненні та розробці способів діагностики, лікування, реабілітації пацієнтів як під час стаціонарного лікування, так і після його завершення, з метою зниження рівня рецидивування та хронізації психопатологічних процесів.

Гіпотеза дослідження полягають у тому, що: сучасна комплексна медико-психологічна парадигма курації соматичних хворих повинна ґрунтуватись на ідеологічному і методологічному концепті біопсихосоціального підходу до пацієнта, з урахуванням супутнього психічного та психологічного розладу особистості; медико-психологічна модель курації соматичних хворих розширює сферу її інтересів на преморбідні психічні стани, а також на зону психічного здоров'я пацієнта після завершення стаціонарного лікування соматичного захворювання.

Концепція дослідження

Світоглядною, методологічною та теоретичною засадою парадигми здоров'я є медико-психологічне знання, що допомагає розкривати і вивчати закономірності становлення і розвитку "спонтанно" виникаючих теоретичних систем у медичному і психологічному знанні, стає своєрідним рефлексивним засобом дослідження інваріантів прямування медичних і психологічних концепцій і шкіл. Запропонована і досліджена в дисертаційному дослідженні медико-психологічна модель виступає як методологічний інструмент трансформування медицини й охорони здоров'я та засіб подолання їхньої сучасної кризи.

Оскільки, незважаючи на вражаючі досягнення медицини, сьогодні не можна не відзначити, що кількість пацієнтів не зменшується, і якість їхнього життя не покращується, медицина повинна демонструвати багаторівневий підхід до хворого та забезпечувати співпрацю з таким пацієнтом на рівні його особистості, його соматичної та психологічної або психічної проблеми і бути зорієнтованою на кінцеву мету – зміні стратегії та якості життя пацієнта, його соціалізації, а не лише на позбавленні пацієнта симптомів захворювання. Сучасний комплексний підхід

до лікування хворої людини повинен поєднувати три основні види терапевтичної діяльності: біологічний, психологічний та соціальний.

Модель консиліарної психіатрії в умовах закладів загальномедичної практики є найбільше прийнятною для організації комплексної допомоги пацієнтам з психічними розладами. Вона допомагає консолідувати зусилля різних фахівців у звичних для даної категорії пацієнтів умовах її отримання. Доцільно використовувати наявні ресурси традиційного надання медичної допомоги з впровадженням в загальносоматичні лікувальні установи психосоматичних центрів. У складі таких центрів мають працювати не лише лікарі загальної практики, а також психологи, психіатри, психотерапевти і соціальні працівники. Провідним напрямком роботи таких центрів є розпізнавання психічних розладів і створення індивідуальної поетапної стратегії ведення хворого з послідовністю надання допомоги на різних рівнях.

Створення міждисциплінарної служби, заснованої на принципах матриці охорони психічного здоров'я та психологічних "фільтрів", може сприяти більш ефективному виявленню і лікуванню поєднаних видів психічної і соматичної патології, попередженню їхнього загострення, поверненню до активного життя та зменшенню економічних витрат на охорону здоров'я.

Методи дослідження:

теоретичні: аналіз та узагальнення наукової літератури, класифікація, теоретичне моделювання;

емпіричні: тестування, експертне оцінювання, контент-аналіз, клініко-психопатологічний аналіз основних симптомів і перебігу психічних розладів; клініко-анамнестичний порівняльний аналіз основних типів психокорекційних, психотерапевтичних і психоедукаційних впливів, скерованих на превенцію психічних розладів на доклінічному рівні, оптимізацію життя психічно здорової людини, підвищення якості її життя після завершення стаціонарного лікування; комплексне медико-психологічне дослідження психічних розладів, коморбідних соматичній патології; зокрема, використовувались такі психодіагностичні методики: шкала оцінки здоров'я пацієнта PHQ (Patient Health Questionnaire) R. L. Spitzer; госпітальна шкала тривоги і депресії HADS A.S. Zigmond, R.P. Snath; шкала депресії Гамільтона (Hamilton); шкала денної сонливості Елворта (ESS) M. Johns; Монреальська шкала оцінки когнітивних функцій MoCA (Montreal Cognitive Assessment) Z. Nasreddine; шкала оцінки рівня якості життя (Quality of Life in mental illness) H. Katschnig, H. Freeman, N. Sartorius, а також: скринінговий опитувальник пацієнта – розроблений на підставі зарубіжних опитувальників, а кінцевий варіант являє собою компіляцію з урахуванням культуральних особливостей української популяції, які мають значення для виявлення психічних розладів; шкала оцінки соматичного стану Дюка (Duke); напівструктуроване клінічне інтерв'ю орієнтоване на стандартний набір ознак, що визначає наявність психічних розладів відповідно до діагностичної системи МКХ-10; опитувальник соціального функціонування Шихана (Sheehan); узагальнення логіки пошуку прийнятних для

клінічних умов способів діагностики, лікування та подальшого супроводу пацієнтів з метою зниження рівня рецидивування та хронізації патологічних процесів; розробка диференційованих психореабілітаційних програм для пацієнтів; розробка навчальних програм для лікарів-інтерністів та студентів.

- *методи обробки та інтерпретації емпіричних даних:* кількісний та якісний аналіз (методи описової статистики, параметричні і непараметричні методи перевірки значущості розбіжностей, кореляційний аналіз та ін.).

Організація і база дослідження

Дослідження проводилось у кілька етапів.

На першому етапі здійснювалося дослідження психологічних, медичних, психопатологічних, педагогічних та психосоціальних складових сучасної медико-психологічної парадигми курації соматичних хворих з коморбідними психічними розладами, формулювались вихідні уявлення про комплексний

підхід до курації пацієнтів, окреслювались вихідні позиції для постановки адекватних цілей і вичленування підходів; було здійснений теоретичний аналіз трансформації парадигми з медичної до медико-психологічної.

На другому етапі, був реалізований дослідницький проект, що передбачав: скринінгову діагностику пацієнтів соматичних відділень. Загальна вибірка пацієнтів складала 395 пацієнтів Дорожньої клінічної лікарні №1 та №2 ст. Київ: (225 основна група, 170 – контрольна група). Вибірка досліджуваних формувалась за такими ознаками: за статтю та віком (до 55 років та після 55 років); за соціальним статусом (працюючі та непрацюючі); за сімейним станом; за освітою (вища, середня, середня спеціальна, неповна середня); за матеріальним становищем (дуже погане, погане, середнє, хороше, дуже хороше).

Супутня соматична патологія включала захворювання: серцево-судинної системи, органів дихання, шлунково-кишкового тракту, сечостатевої системи, захворювання сполучної тканини, а також коморбідна патологія кількох систем.

Таблиця 1.

Розподіл пацієнтів за супутньою соматичною патологією

Патологія	Абс.	%
Серцево-судинної системи	121	53,8
Органів дихання	32	14,1
Шлунково-кишкового тракту	34	15,0
Сечостатевої системи	8	3,9
Захворювання сполучної тканини	7	3,1
Коморбідна патологія кількох систем	23	10,1

Після діагностики соматоформного, депресивного, панічного, тривожного розладів та порушень харчування і зловживання алкоголем при використанні шкали PHQ було отримано такий розподіл:

Таблиця 2.

Розподіл пацієнтів основної групи за психопатологічним синдромом

Розлади	Чоловіки		Жінки	
	< 55 р.	> 55 р.	< 55 р.	> 55 р.
Соматоформний розлад	1,6%	8,1%	14,5%	14,5%
Великий депресивний синдром	-	-	1,8%	2,5%
Інший депресивний розлад	2,7%	14,8%	15,2%	28,8%
Панічний синдром	2,7%	1,7%	6,8%	-
Розлади переїдання	1,1%	-	4,3%	2,1%
Невротична булімія	-	-	1,6%	1,5%
Зловживання алкоголем	2,1%	8,1%	-	-

Далі досліджувані були розподілені у різні психотерапевтичні групи, стосовно кожної із яких реалізовувалась особлива психотерапевтична програма, яка включає як групову, так й індивідуальну форми роботи.

Медико-психологічна парадигма: філософські, психологічні і медичні аспекти

З'ясовано, що однією з традиційних концепцій науки є теорія циклічного часу і періодичного оновлення історії. З цих позицій стають можливими моніторинг та аналіз динаміки історичного тренду ментальних

парадигм, що впливають на зміст кожної епохи, а також розгляд і пошук закономірностей, що визначають їх еволюцію. Завданням такого аналізу є визначення факторів, що впливають на формування і стилістичними наповнення кожної парадигми, що дозволяє здійснити прогнозування їх подальшого розвитку.

Здоров'я розглядається як комплексне поняття міри, властивості, прояву сутності людини. Уточнюється положення про те, що здоров'я виявляється функцією способу життя людини тільки в рамках соціальної системи і водночас, парадигма здоров'я не вичерпується суто соціокультурними чинниками, оскільки задається індивіду як генетичними так і біологічними

передумовами. Парадигма здоров'я в цьому аспекті досліджується як особиста належність індивіда і як певне суспільне явище. Аналізуються сучасні санологічні, валеологічні, рекреаційні, реабілітаційні і аксіологічні напрями. Якщо, здоров'я класифікується як процес, клас, якість людей та специфічне ставлення, то його парадигма – характеристика біопсихологічної системи, відновлення її міри (сутності), ціннісної структури. Визначається, що таке ставлення по суті є реабілітаційним (як у фізичному, так і в моральному наповненні) і тільки таким чином відповідає ефективності та адекватності. В цьому аспекті парадигма здоров'я виявляється як риса здоров'я, процес кількісно-якісних переходів, ізономія властивих людському організму протилежностей. Організм вважається хворим, коли в ньому домінує одна із протилежностей, отож видужання – це процес відновлення порушеної рівноваги. Тобто, свідомо реабілітаційна діяльність людини можлива лише за умови відновлення порушених особистісних цінностей пацієнта. Цей процес є творчим, життєво важливим і соціалізованим. Відзначається, що у контексті діалектичного відношення “здоров'я-хвороби”, хвороба – це інобуття здоров'я у певному часовому інтервалі. Отже, хвороба має своєрідні ціннісні властивості і може виступати аксіологічним регулятивом щодо нової поведінки – здорового способу життя. Відповідно, парадигму здоров'я можна визначити як форму взаємодії ціннісних регулятивів в межах певної парадигми поведінки людини.

Взаємодія об'єктивного і суб'єктивного спричинює природну детермінацію загальнолюдської цінності парадигми здоров'я, а взаємодія культур (культури харчування, культури лікування, культури відпочинку, культури взаємин, фізичної культури) формує соціальне значення цієї парадигми.

Отже, парадигма здоров'я не є незмінною константою, а представляє діалектичну трансформацію тілесного, душевного та духовного способів буття людини у напрямку появи нової якості – здоровотворення, проходить як заміна класичної парадигми “лікування хворого організму людини” новим – “збереження здоров'я особистості”. Використання гуманістичного знання в процесі трансформації медицини й охорони здоров'я допомагає розв'язати традиційні протиріччя між науками про природу і суспільство, яке у медико-біологічному знанні набуває форму протиріччя між біологічним і психологічним у людини. Розвиток медицини довів необхідність єдності філософського, природничого і гуманітарного знання.

Скринінгова діагностика психічних розладів у соматичних хворих

У науковій літературі як психологічній, так і медичній відображений повний спектр верифікованих методів психологічного дослідження, які дають змогу медичним психологам, які працюють в лікувальних закладах проводити швидко, точну і необтяжливу для пацієнтів діагностику їхнього психічного стану, психічних процесів. Виявлено, що психологи

лікувальних закладів загального профілю (не психіатричних) працюють у 16 установах, однак лише в 7 з них вони мають змогу проводити обстеження пацієнтів, рекомендувати і проводити необхідну психокорекцію, в разі потреби – звертатися за консультацією до психіатрів. Небажання лікарів-інтерністів залучати медичних психологів до процесу лікування і курації пацієнтів пояснюється вкрай недостатнім рівнем їхньої обізнаності з можливостями медичної психології, схильністю до звичного способу роботи без залучення інноваційних кроків.

Це підкреслює необхідність запровадження в навчальні програми студентів медичних факультетів курсу медичної психології та комунікативних навичок лікаря, де вони отримали б інформацію про можливість і доцільність застосування медико-психологічної допомоги в клінічній роботі, переконались би в ефективності та дієвості медико-психологічних впливів на пацієнтів.

Нами був запропонований проект виявлення психічних розладів у соматичних пацієнтів, з метою зниження ризику інвалідизації (обмеження працездатності та соціального функціонування) внаслідок психічних розладів і зменшення тягаря на суспільство у зв'язку з високою їх поширеністю серед населення. З цією метою було проведено:

- вивчення психічних розладів у пацієнтів первинної ланки медичної допомоги, їх діагностична оцінка відповідно до МКХ-10;
- розробка та апробація моделі взаємодії різних фахівців (дільничних терапевтів, інших інтерністів, психіатрів, медичних психологів, медсестер) при наданні допомоги пацієнтам;
- формування методичних підходів та діагностики депресій та інших розладів афективного спектру у пацієнтів поліклінік, визначення показань, вибір безпечних способів лікування, прийнятних для використання у даній категорії хворих;
- здійснення освітніх програм, підготовка інформаційних матеріалів для лікарів, медичних сестер, пацієнтів, їх родичів.

Основні етапи проекту:

- скринінг розладів психічного спектру серед пацієнтів в дільниці територіальної поліклініки (може здійснюватися силами дільничного лікаря – це не суто психодіагностика, а визначення зони ризику для розвитку психічних розладів);
- клінічна діагностика психічних розладів (проводиться лікарем-психологом спільно з психіатром в психотерапевтичному кабінеті поліклініки);
- відбір пацієнтів для психотерапії (напр., якщо рівень депресії виявляється 15 балів і вище при застосуванні шкали депресії Гамільтона);
- фармакотерапія психічних розладів (монотерапія одним з обраних препаратів, при відсутності ефекту – зміна препарату у поєднанні з мовленнєвою психотерапією);
- катamnестичне спостереження (враховуючи закономірності дії препаратів, оцінка терапевтичного ефекту здійснюється не раніше ніж через місяць терапії, а сам терапевтичний курс зазвичай триває 2 місяці).

Встановлення партнерських взаємин з пацієнтами – одне із основних завдань роботи, оскільки відсутність прихильності рекомендаціям (комплаєнсу) є істотною перешкодою в терапії, а особливо в поліклінічній практиці, адже пацієнти, які звертаються до первинної медичної мережі, мають інші установки, ніж пацієнти стаціонарів. Вони менше схильні слідувати рекомендаціям лікаря.

Результати реалізації проекту показали, що більш ніж у половини пацієнтів констатується наявність психічної патології в групі молодших за 55 років, а також у більшості випадків у групі старші за 56 років. Депресії у чоловіків виявляються рідше, але вони менш доступні виявленню, ніж депресії у жінок: депресії у жінок складають 34,7%, у чоловіків – 12,7%.

Для виявлення психічних порушень у пацієнтів з хронічними захворюваннями була розроблена карта обстеження, яка включала такі етапи:

1 етап – при отриманні згоди пацієнта проводилося скринінгове тестування за допомогою «Анкети для виявлення психосоматичних розладів» (варіант для дорослих).

2 етап – за наявності таких розладів, пацієнтам пропонували інформовану згоду для участі у науковому дослідженні, після отримання якої, проводилось психолого-психіатричне обстеження з використанням уніфікованої карти, яка складалась з:

- демографічного блоку: вік, стать, освіта, професійна зайнятість. Дані надавались у формі, зручній для подальшого статистичного опрацювання;

- анамнестичного блоку: сімейний стан, склад сім'ї, матеріальне становище, соціальне функціонування,

фізичний стан, наявність стресових ситуацій, прихильність до виконання медичних рекомендацій;

- клініко-діагностичного блоку: з використанням батареї методик: самоопитувальник стану здоров'я PHQ; госпітальна шкала тривоги і депресії HADS; шкали сну; Монреальська шкала когнітивної оцінки (MoCA) та шкала оцінки рівня якості життя.

Зауважимо, що самоопитувальник PHQ є діагностичним інструментом для виявлення психічних розладів неспсихотичного регістру у пацієнтів на етапі первинної медико-санітарної мережі: депресії, тривоги, соматоформного розладу, розладів переїдання та зловживання алкоголем. Але на сучасному етапі існує багато варіантів даного опитувальника. Для досягнення поставленої мети нами було проаналізовано різні модулі PHQ.

Для пацієнтів з депресивними розладами, оцінка індексу важкості депресії за PHQ може бути проведена повторно для відстеження змін. PHQ має застосовуватися для усіх пацієнтів, які щойно поступили у відділення з підозрою на психічний розлад. Оскільки опитувальник надається для самозвітності пацієнта він дозволяє виявити проблему, але остаточний діагноз повинен бути перевірений лікарем з урахуванням того, наскільки добре пацієнт зрозумів питання опитувальника, а також іншу відповідну інформацію від пацієнта, його сім'ї та інших джерел.

При використанні шкали PHQ для діагностики соматоформного, депресивного, панічного, тривожного розладів та порушень харчування і зловживання алкоголем були отримані наступні показники:

Таблиця 3.

Розподіл пацієнтів за психопатологічним синдромом

Розлади	Чоловіки		Жінки	
	< 55 р.	> 55 р.	< 55 р.	> 55 р.
Соматоформний розлад	1,6%	8,1%	14,5%	14,5%
Великий депресивний епізод	-	-	1,8%	2,5%
Інший депресивний розлад	2,7%	14,8%	15,2%	28,8%
Панічний синдром	2,7%	1,7%	6,8%	-
Розлади харчування	1,1%		4,3%	2,1%
Невротична булімія			1,6%	1,5%
Зловживання алкоголем	2,1%	8,1%	-	-

Доповідь робочої групи ESNP (2008) показала, що поширеність захворювань психічної сфери у країнах ЄС сягає 24,1%, лікарі-інтерністи виявляють психічні розлади у 36,9-60,1% соматичних пацієнтів. В Україні на етапі первинної медичної допомоги виявляють до 8% психічних розладів неспсихотичного регістру. До основних причин низької діагностики у даної категорії хворих варто віднести схильність до психологізації в поясненні виникнення порушень неспсихотичного рівня, недостатню поінформованість населення та лікарів загальної практики щодо психічних розладів, побоювання пацієнтів психіатричних стигм, переважання зацікавленості у соматичному здоров'ї з витісненням значення психічного благополуччя.

Проведено теоретичне обґрунтування необхідності розробки діагностичних критеріїв для виявлення психічних розладів серед пацієнтів з хронічними

соматичними захворюваннями загальносоматичної мережі на етапі первинної медичної допомоги. На підставі критеріїв скринінгової діагностики розроблена та апробована уніфікована карта обстеження щодо психічних, психологічних та психосоматичних розладів у пацієнтів з хронічними соматичними захворюваннями. Обстеження пацієнтів з використанням уніфікованої карти для оцінювання стану психічного здоров'я виявило, що 54% (122 особи) мали психічні розлади неспсихотичного регістру.

Методологічні і організаційні принципи надання комплексної медико-психологічної допомоги соматичним пацієнтам з коморбідними психічними розладами

Фокусами обстеження були соціальні, психологічні та соціально- психологічні предиктори розвитку соматичних хвороб та коморбідних неспсихотичних психічних розладів. Дослідження дало змогу встановити питому вагу впливу неспсихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектру на розвиток соматичних хвороб та розробити систему диференційованих медико-психологічних заходів, спрямованих на покращення стану здоров'я та якості життя пацієнтів.

Проведене дослідження (клініко-психопатологічний, психо-діагностичний, клініко-анамнестичний, інформаційно-аналітичний, клінічний,

інструментальний, статистичний) дали підстави підтвердити вагомий вплив психологічних чинників та психічних розладів на перебіг соматичних хвороб, зокрема хворі на хронічні соматичні хвороби відзначають вищий, ніж перед хворобою, рівень психосоціального стресу, скаржаться на зниження здатності до стрес-опору та низький, порівняно з практично здоровими особами, рівень соціальної адаптації, що сприяє погіршенню соматичного здоров'я, наприклад – розвитку серцево-судинних захворювань у пацієнтів. Зокрема, порівняймо вплив макросоціальних чинників на здорових особистостей та на особистостей з хронічними соматичними хворобами.

Таблиця 4

**Провідні макросоціальні чинники, що впливають
на перебіг хронічних соматичних захворювань**

Показники	Хворі з серцево-судинними захворюваннями		Хворі з хворобами органів дихання, системи травлення		Здорові особи	
	Частота %±m	Інтенсивність (у балах)	Частота %±m	Інтенсивність (у балах)	Частота %±m	Інтенсивність (у балах)
відсутність відчуття перспективи життя	72,9±4,5%	5,7 ± 0,7	77±4,2%	5,2 ± 0,3	36,7±4,8%	3,2 ± 0,4
політичні події, які створюють ситуацію тривоги	65,7±4,8%	5,5 ± 0,5	60±4,9%	4,7 ± 0,3	23,3±4,2%	2,8 ± 0,3

Отже, відсутність відчуття перспективи життя, а також політичні події, які створюють ситуацію тривоги, виступають негативними макросоціальними чинниками, що впливають на перебіг захворювання пацієнтів з хронічними соматичними хворобами.

Дослідження також показало, що хворим на хронічні соматичні хвороби незалежно від нозології та наявності

коморбідних психічних розладів, властивий високий рівень наявного стресу, низький рівень стресостійкості та соціальної адаптації, максимальні показники рівня соціальної фрустрації.

Водночас, показовими є результати впливу мікросоціальних чинників на здорових особистостей та на особистостей з хронічними соматичними хворобами.

Таблиця 5

Провідні мікросоціальні чинники, що впливають на перебіг хронічних соматичних захворювань

Показники	Хворі з серцево-судинними захворюваннями		Хворі з хворобами органів дихання, системи травлення		Здорові особи	
	Частота %±m	Інтенсивність (у балах)	Частота %±m	Інтенсивність (у балах)	Частота %±m	Інтенсивність (у балах)
смерть рідних та близьких	30,5±4,6%	8,2 ± 0,9	30±7,5%	9,7 ± 0,9	10,0±3,0%	4,0 ± 0,3
сімейні конфлікти	76,7±4,2%	7,8 ± 0,3	87±3,4	5,3 ± 0,4	46,7±5,0%	5,2 ± 0,3
погіршення взаємин з дітьми	62,4±0,8%	4,2 ± 0,3	53±2,6%	3,8 ± 0,3	26,7±4,4%	3,2 ± 0,2
порушення сексуальних стосунків	59,5±4,9%	4,5 ± 0,3	70±4,6%	5,7 ± 0,3	26,7±4,4%	2,9 ± 0,1
власні захворювання	91,4±2,8%	5,7 ± 3,3	90±3,0%	7,3 ± 0,4	76,7±4,2%	4,8 ± 0,3
погіршення матеріально-побутових умов, матеріальна скрута	78,6±4,1%	5,5 ± 0,5	70±4,6%	6,1 ± 0,3	56,7±5,0%	3,3 ± 0,2
шкідливі професійні і санітарно-технічні умови	87,1±2,8%	4,1 ± 0,2	50±6,3%	3,9 ± 0,3	43,3±5,0%	2,4 ± 0,2
міжособистісні конфлікти на роботі	93,8±2,4%	5,2 ± 0,1	90±3,6%	7,4 ± 0,3	70±4,6%	3,1 ± 0,2

З-поміж мікросоціальних факторів на стан здоров'я пацієнтів з хронічними соматичними хворобами найбільш вагомо негативно впливають: смерть рідних та близьких, сімейні конфлікти, власні захворювання; а також погіршення взаємин з дітьми, порушення сексуальних стосунків, погіршення матеріально-побутових умов, матеріальна скрута, шкідливі професійні і санітарно-технічні умови, міжособистісні конфлікти на роботі.

Наявність високого рівню алекситимії в структурі особистості пацієнтів з хронічними соматичними хворобами є додатковим фактором, що не лише обтяжує перебіг захворювання, а й сприяє розвитку невротичної тривоги та депресії. Хворі на хронічні соматичні хвороби набагато більш чутливі до дії мікросоціальних стрес-факторів, ніж здорові особистості.

Зважаючи на значну вираженість неспсихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектру у соматичних хворих вважаємо обґрунтованим запровадження в практику медико-психологічних заходів, спрямованих на зміну актуальної життєвої стратегії. Апробована нами модель складається з чотирьох етапів. Перший – короткострокова психотерапевтична інтервенція із застосуванням методів «малої» і частково «великої» психотерапії, метою якої було формування комплаєнсу та профілактика ятрогенії. Другий – визначення «мішеней» психотерапевтичного впливу. Третій – активна психотерапевтична інтервенція щодо створення умов зміни життєвої стратегії (спочатку індивідуальна, потім групова). Четвертий – рекомендації щодо супроводу зміни життєвої стратегії пацієнта.

Лікування неспсихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектру у соматичних хворих було комплексним та містило медико-соціальну і клінічну складові. Медико-соціальна складова передбачала реалізацію соціальних програм на макросоціальному рівні (міждержавні, національні, регіональні, галузеві, громадські програми). Клінічні програми лікування на індивідуальному та мікросоціальному рівні включали оцінку факторів ризику, відбір пацієнтів для подальшої інтервенції, трансформацію актуальної життєвої стратегії пацієнтів за допомогою когнітивно-біхевіоральних впливів, а також психофармакологічну підтримку.

На підставі результатів проведених досліджень були розроблені та апробовані програми медико-психологічних заходів на індивідуальному та мікросоціальному рівні, які склалися з двох блоків, спрямованих на застосування на стаціонарному та амбулаторному етапах надання спеціалізованої медичної допомоги.

На стаціонарному етапі досягалось комплаєнсу, формування адекватного ставлення до хвороби та активної мотивації щодо лікування як основного захворювання, так і невротичного розладу шляхом проведення короткострокової психотерапевтичної інтервенції в малій групі пацієнтів (після діагностичної процедури – 2-3 групових заняття). Мішенню психокорекційних впливів на амбулаторному етапі були індивідуальні особистісні властивості та значущі макро-

і мікросоціальні чинники виникнення неспсихотичних психічних розладів тривожно-депресивного спектру, що досягалося за допомогою активної короткострокової індивідуальної диференційованої психотерапії (перший крок), яка в подальшому переходила у суппортивну (другий крок). Також були сформульовані загальні принципи медико-психологічної корекції пацієнтів.

Застосування психокорекційних та психотерапевтичних програм для курації соматичних пацієнтів з коморбідними психічними розладами

Сьогодні багато науковців відзначають стійке зростання кількості коморбідних (переважно межових) психічних розладів на тлі соматичної патології (G.E.Simon et al., 1999; І.Й.Влох та ін., 2001). Це призводить не лише до значних діагностичних та терапевтичних труднощів у процесі їх лікування для лікарів-інтерністів, а й до значного зростання повторних звернень за медичною допомогою, хронізації захворювань, зниження якості життя хворих. У значній мірі це пов'язано з тим, що лише мізерна кількість пацієнтів отримує комплексну медико-психологічну допомогу, тобто спостерігається у лікарів загальної практики, і обстежуються, і лікуються ще й у фахівців, які досліджують психічні та психологічні аспекти хвороби – у психологів, психіатрів, психотерапевтів. І лише одиниці з-поміж них, крім медичної допомоги, у процесі курації відвідують психоедукаційні програми, які дають їм та їхнім близьким достатню інформацію про перебіг хвороби на шляхи мінімізації її маніфестації та хронізації.

Доцільність психотерапевтичної допомоги ґрунтується на наявності взаємозв'язків між психічними і соматичними процесами та передбачає, що вона виступає особливим видом міжособистісної взаємодії. Різноманітні психодинамічні, біхевіористичні та гуманістичні теорії особистості використовуються психотерапевтом, щоб зрозуміти конкретного і неповторного у своїй індивідуальності пацієнта. Кожна з них повинна слугувати основою для випрацювання гнучкої, однак логічно послідовної і працюючої системи поглядів на ситуацію психотерапевтичної взаємодії з пацієнтом.

При лікуванні соматичних захворювань широко застосовуються різні методи психотерапії: гіпнотерапія, аутогенне тренування, навчання, поведінкова терапія та інші. Зазвичай основним завданням психотерапевта є подолання зафіксованих реакцій тривоги. За допомогою зазначених методів можна впливати й на інші психопатологічні розлади – страх, астенію, депресію, іпохондрію, а також на нейровегетативні і нейросоматичні функціонально-динамічні розлади (з боку серцево-судинної, дихальної, шлунково-кишкової та інших систем). Істотним стимулом ефективного використання психотерапії в соматичній клініці став психотерапевтичний вплив на психологічні фактори патогенезу захворювання (інтрапсихічний конфлікт; механізми психологічного захисту; внутрішня картина хвороби, в тому числі патологічна реакція особистості на захворювання; система значущих взаємин хворого,

включаючи порушені в результаті захворювання (соціальні зв'язки пацієнта).

Сучасна модель курації вказує на необхідні доповнення до нозологічної моделі лікування, що застосовується в медицині на сьогодні. Зважаючи на те, що наші дослідження підтверджують інформацію з наукових джерел про те, що психічні розлади у соматичних хворих представлені: порушенням адаптації (45,3%), дистимією (12%), невротичними розладами (18,7%), органічними психічними розладами (24,0%), проблема коморбідності соматичних захворювань і психічних розладів неспсихотичного регістру є актуальною, стосується як зміни рівня якості життя, так і соціальної адаптації в майбутньому, застосування даної моделі передбачає значне зростання ефективності курації пацієнтів.

Психопрофілактичні та психотерапевтичні заходи здійснюють послідовно, способи варіюються залежно від конкретних завдань кожного етапу, особливостей психічного та соматичного статусу хворого. При реабілітації, в цілому, переслідується мета повного або часткового відновлення особистості, особистісного, сімейного, соціального статусу пацієнта. Психотерапевтичні, психопрофілактичні заходи включають послідовне поєднання раціональної, роз'яснювальної психотерапії з сугестивними методиками, включаючи системну еріксонівську терапію, що в разі необхідності доповнювалось короткофокусною когнітивною психотерапією за А.Беком, спочатку індивідуально, а потім – малими групами у палаті, за участю родичів пацієнтів. Проліковано 225 хворих, а враховуючи родичів пацієнтів, психотерапевтичні, психоедукаційні заходи охопили ще 282 особи. Психоедукація відбувалася індивідуально або в групах, і проводили її різні кваліфіковані працівники «педагоги здоров'я»: психолог, лікар, медсестра, соціальний працівник. Обмін досвідом між зацікавленими пацієнтами і взаємна підтримка відіграють важливу роль у процесі одужання.

«Значне поліпшення» відзначали у себе 30% хворих, «поліпшення» - 52%, що в сумі свідчить, що ефективність нашої моделі психотерапії на думку пацієнтів становить 82%. «Погіршення самопочуття» у пацієнтів не відзначалось.

Незважаючи на індивідуальні відмінності між пацієнтами та варіативність філософських основ та методів психотерапії, можна виділити певну послідовність етапів, типових для психотерапевтичного процесу: усвідомлення клієнтом наявності проблеми (скарга, симптом тощо), а, отже, підстав для звертання по допомогу; встановлення стосунків між психотерапевтом та пацієнтом; висловлення пацієнтом своїх почуттів і робота психотерапевта у взаємодії з пацієнтом над його проблемою; аналіз переживань пацієнта (до того рівня глибини, що відповідає обраному методу психотерапії); опрацювання переживань пацієнта: рух до інсайту і планування дій; екстерналізація і завершення стосунків.

Загалом, взаємодія психотерапевта з пацієнтом у всіх моделях психотерапії об'єктивується у специфічній формі використання мовлення, яке є знаряддям здійснення зміни концепту (моделі) навколишньої

дійсності, трансформації системи особистісних смислів суб'єкта. Тобто, сутність психотерапевтичної допомоги полягає у зміні уявлень пацієнта про світ і самого себе, завдяки чому він, здобувши нові знання, може виробити продуктивніші думки й настановлення, сформувати ефективніші (та такі, що задовольняють його) ставлення до людей, об'єктів та подій. Зважаючи на це, на нашу думку, доцільно у процесі психотерапії соматичних пацієнтів з коморбідними психічними розладами з метою закріплення у них нових сформованих більш ефективних моделей ставлення до власного здоров'я і запобігання формування ускладнень, використовувати психоедукацію.

Психоедукацію (психоосвіту) в країнах ЄС і Північної Америки все частіше пропонують людям, які мають психологічні розлади, хоча зазвичай до психіатричної підготовки залучають пацієнтів з шизофренією, клінічною депресією, тривожними розладами, психотичними захворюваннями, розладами харчової поведінки, і розладами особистості, а також пацієнтів навчальних курсів в контексті лікування соматичних хвороб. До навчання залучають також членів сім'ї та інших дотичних до догляду за хворим осіб. Мета для пацієнта – краще зрозуміти і навчитися справлятися з психічними хворобами та психологічними проблемами. Крім того, вона сприяє посиленню сильних сторін пацієнта, ресурсів і навичок подолання, уникненню рецидиву і покращенню їх власного здоров'я і благополуччя на довгостроковій основі. Адже з ґрунтовнішим знанням пацієнта про свою хворобу, він краще може жити з цим станом, мати повноцінне особисте, суспільне і професійне життя.

Основні елементи психоедукації:

- передача інформації (симптоматика порушення, причини, прогноз, лікування і побічні дії ліків);
- розуміння близькими пацієнта особливостей хвороби, що сприяє їхньому одужанню, обмін досвідом з іншими особами, дотичними до життя та курації пацієнтів, соціальні контакти тощо;
- пояснення доцільності дотримання регулярного і повного медикаментозного та психотерапевтичного лікування, оскільки кожна співпраця та комплаєнс сприяють покращенню психічного та соматичного здоров'я і підтримують пацієнта;
- допомога у виробленні навичок самопомогі (наприклад, навчання, як оперативно виявляти ознаки маніфестування хвороби чи кризових ситуацій у пацієнта і які кроки слід зробити, щоб сам пацієнт або його близькі були в змозі надати першу допомогу: медичну, психологічну, соціальну).

Пацієнтам і членам їх сімей часто важко прийняти психіатричний діагноз пацієнта, а тому функція сприяння дестигматизації психологічних порушень і зниження бар'єрів для лікування завжди викликають жваве зацікавлення в усіх залучених. Завдяки прискіпливому і «навченому» погляду на причини і наслідки психічної хвороби, часто розширюється бачення пацієнтом своєї хвороби, і це глибше розуміння може позитивно позначитися на хворому. Ризик

рецидиву на цьому шляху знижується, пацієнти та члени їх сімей, які краще інформовані про це захворювання, почувають себе менш безпорадними.

Отже, застосування для курації соматичних пацієнтів з коморбідними психічними розладами психокорекційних та психотерапевтичних програм, що містять принципово нові методи впливу дозволила значно збільшити кількість пацієнтів, які контролюючи симптоми хвороби, можуть повернути собі працездатність, соціальну активність, покращити стосунки з близькими. Водночас, даний підхід до здійснення лікувального процесу був неможливим без досягнення між пацієнтом та лікарем терапевтичного альянсу, що включав розробку індивідуального плану курації, який ґрунтується на ознайомленні пацієнта із сучасними уявленнями про терапію захворювання, навчання його навичкам розпізнавання ознак загострення соматичної або психічної хвороби, методам самостійного моніторингу важкості її перебігу.

Особливо важливим було застосування психокорекційних і психоедукаційних методів у пацієнтів, які проявляли патологічні заперечення хвороби, уникали виконання медичних рекомендацій, несвоєчасно зверталися за медичною допомогою, виявляли небажання виключити контакти із факторами, що провокують напад та загострення захворювання, відмовлялися від тривалої або постійної підтримуючої терапії, ухилялися від лікарських оглядів в межах динамічного спостереження, пізно зверталися за медичною допомогою, що сприяло уникненню цих загрозливих для життя та здоров'я пацієнта факторів.

Теоретична концепція та практична програма медико-психологічної підготовки лікарів загальної практики та лікарів-інтерністів на етапах до- та післядипломної підготовки

Розглядаючи педагогічні основи професійної діяльності лікаря, ми виокремили такі основні види його педагогічної діяльності: методична діяльність із ознайомлення пацієнтів з принципами і правилами організації здорового способу життя; практична діяльність, яка скерована на превентивне виховання та навчання пацієнтів; виховання та навчання соматичних пацієнтів поведінки, що запобігає рецидивам захворювання; навчання середнього й молодшого медичного персоналу; навчання родичів пацієнтів. У зв'язку з цим перед лікарем постають різні цілі: популяризувати здоровий спосіб життя, формування установок і навичок самозбережної поведінки; научіння формування цих установок і навичок у пацієнтів з хронічними захворюваннями; виявити найбільш ефективні психолого-педагогічні моделі, прийоми і методи взаємодії з пацієнтами, що дозволяють підвищити не лише якість медичної допомоги, а й якість життя пацієнтів. Диференціація цілей передбачає диференціацію засобів їх досягнення в різних видах педагогічної діяльності лікаря.

Дослідження проблеми показало, що педагогічні методи і прийоми навчання і виховання, наочні і технічні засоби, які лікар зможе застосувати в індивідуальній чи груповій роботі з пацієнтами,

вимагають спеціальної розробки. Кожен вид педагогічної діяльності дає свої результати, проте основним педагогічним результатом стає посилення контролю пацієнтів над своїм здоров'ям і його детермінантами шляхом активізації діяльності зі скорочення ризиків для здоров'я. Методологічно цей результат спирається на фундаментальні категорії педагогічної науки виховання, навчання і освіти.

Отже, сутнісну характеристику педагогічної складової у професійній діяльності лікаря можна охарактеризувати як виховання і навчання пацієнтів для формування у них індивідуальних якостей, що сприяють відновленню та збереженню здоров'я. Аналіз сутності і структури педагогічної діяльності лікаря виявляє, що виховання пацієнта заслуговує на окрему увагу, оскільки здатне сформувати і розвинути особистісні та поведінкові основи самозбереження і тим самим активізувати індивідуальні механізми зміцнення здоров'я.

Також знання основних закономірностей пізнавальної (психічної) діяльності дозволяє лікарю психологічно аналізувати діагностичний та лікувальний процеси. У процесі своєї професійної діяльності лікар отримує можливість адекватно корегувати свої особистісні якості та психоемоційний стан за тих чи інших професійних ситуацій.

Застосування проекту медико-психологічної підготовки дало можливість студентам навчитись своєчасно діагностувати патологічні психічні стани, впливати на процес одужання, вивчати основи вирішення питань соціальної та трудової реабілітації; навчитись виявляти психологічні особливості пацієнтів із різними хворобами; опанувати психічні фактори, що впливають на виникнення, перебіг, профілактику, лікування та прогноз хвороби; опанувати знання щодо особливостей міжособистісної взаємодії у процесі лікування; виявляти та запобігати виникненню психологічних передумов щодо рецидивів симптомів хвороби. Окрім того, медико-психологічна підготовка допомагала ознайомити студентів із закономірностями розвитку неспокійних психічних розладів, їх основними формами та способами подолання, що сприятиме підготовці фахівця, здатного забезпечити високий рівень лікувально-профілактичної комплексної медико-психологічної допомоги при роботі з різними групами населення.

Висновки

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що вперше: розкрито філософсько-психологічну інтерпретацію парадигмальних ідей сучасної медичної психології; визначено і обґрунтовано психологічну і культуральну обумовленість трансформації медичної парадигми в медико-психологічну; дано розгорнуту характеристику комплексного підходу до процесу курації соматичних пацієнтів з коморбідними психічними розладами; проведено експериментальне дослідження динаміки клініко-психологічних особливостей і рівня якості життя пацієнтів соматичного стаціонару з коморбідними психічними розладами залежно від особливостей проведення

комплексної терапії; визначено вплив психоедукації на ефективність психотерапії психічних розладів у пацієнтів з соматичними хворобами; розроблено і впроваджено в практичну діяльність лікувальних закладів конкретні програми роботи медичного психолога в межах поліпрофесійного підходу до надання допомоги пацієнтам з психічними розладами; адаптовано і модифіковано для застосування в умовах українських медичних закладів психоедукаційні програми для пацієнтів та їхніх близьких; обґрунтовано пріоритетну значущість медико-психологічного підходу до процесу курації пацієнтів; розроблено модель організації процесу курації пацієнтів, що ґрунтується на медико-психологічній парадигмі, яка поєднує медикаментозне лікування соматичних і психічних розладів, психотерапію, психоедукацію і психосоціальні впливи; розроблено навчальну програму курсу з вивчення психолого-педагогічних компетенцій лікарів в

процесі лікувальної взаємодії та запроваджено її в навчальний процес. Доповнено наявні наукові уявлення про детермінанти та механізми розвитку і трансформації парадигми курації. Удосконалено методологічні засади та методичне забезпечення дослідження курації пацієнтів як цілісного процесу. Отримало подальший розвиток обґрунтування шляхів та засобів оптимізації процесу курації хворої особистості в медичному середовищі.

Отже, висунуті у нашому дослідженні гіпотези підтвердилися. Подальші **перспективи досліджень** медико-психологічної парадигми курації соматичних хворих, полягають у більш детальному розкритті чинників, що впливають на її трансформацію, на силу та інтенсивність мотивації пацієнтів до одужання, на розвиток ресурсів самореалізації пацієнтів та на вивчення даної проблеми на інших вікових категоріях, зокрема у дітей.

Література / References

- Koval, I.A. (2016). *Comprehensive medical and psychological assistance to somatic patients with comorbid psychiatric disorders*. Lviv: TEKA. [in Ukrainian]
- Коваль, І.А. (2016). *Комплексна медико-психологічна допомога соматичним пацієнтам з коморбідними психічними розладами*. Львів: «ТЕКА».
- Koval, I.A. (2013). Long-term results of the effectiveness of the use of medical-psychological and pedagogical methods in the management of somatic patients with comorbid border mental disorders. *Scientific Herald. Ministry of Education and Science of Ukraine. Nikolayev National University named after VO Sukhomlinsky Zb sciences works. Psychological Sciences*, Vol. 2, Issue 10. - P. 156-161. - Mykolayiv. [in Ukrainian]
- Коваль, І.А. (2013). Віддалені результати ефективності застосування медико-психолого-педагогічних прийомів при курації соматичних пацієнтів з коморбідними межовими психічними розладами. *Науковий вісник. Міністерство освіти і науки України. Миколаївський Національний університет імені В.О. Сухомлинського. Зб. наук. праць. Психологічні науки*, т. 2, випуск 10. - С. 156-161. - Миколаїв.
- Koval, I.A. (2013). Effectiveness of the application of psychotherapy in the treatment of somatic patients with concomitant mental disorders. *Actual problems of psychology. (Psychology of training, Genetic psychology, Medical psychology). Zb sciences works of the Institute of Psychology them. GS Kostyuk NAPS of Ukraine*, Vol. X, issue 25 - P. 673-682. [in Ukrainian]
- Коваль, І.А. (2013). Ефективність застосування психотерапії у лікуванні соматичних хворих з супутніми психічними розладами. *Актуальні проблеми психології. (Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія). Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*, т. X, випуск 25 - С. 673-682.
- Koval, I.A. (2015). Efficiency of application of psychotherapy in the complex treatment of somatic patients with arterial hypertension with comorbid boundary mental disorders. *Actual problems of psychology. (Psychology of training, Genetic psychology, Medical psychology). Zb sciences works of the Institute of Psychology them. GS Kostyuk NAPS of Ukraine*, Vol. X, Issue 22 - P. 228-237. [in Ukrainian]
- Коваль, І.А. (2015). Ефективність застосування психотерапії в комплексному лікуванні соматичних хворих на артеріальну гіпертензію з коморбідними межовими психічними розладами. *Актуальні проблеми психології. (Психологія навчання. Генетична психологія. Медична психологія). Зб. наук. праць Інституту психології ім. Г.С. Костюка НАПН України*, т. X, випуск 22 - С. 228-237.
- Koval, I.A. (2016). Clinical and psychopathological characteristics of patients with calculous cholecystitis with comorbid psychiatric disorders. *Actual problems of psychology: General psychology. Historical psychology. Ethnic psychology. Zb Science works of the Institute of Psychology named after GS Kostyuk NAUP of Ukraine*, Volume IX. Issue 8. -C. 242-251. [in Ukrainian]
- Коваль, І.А. (2016). Клініко-психопатологічна характеристика хворих на калькульозний холецистит з коморбідними психічними розладами. *Актуальні проблеми психології: Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. Зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*, Том IX. Випуск 8. -С. 242-251.
- Koval, I.A. (2015). Modern approaches to changing the paradigm of health. *Actual problems of psychology: General psychology. Historical psychology. Ethnic psychology. Zb Science works of the Institute of Psychology named after GS Kostyuk NAUP of Ukraine*. t. IX, issue 7. - P. 131-137. - Kiev. [in Ukrainian]
- Коваль, І.А. (2015). Сучасні підходи до зміни парадигми здоров'я. *Актуальні проблеми психології: Загальна психологія. Історична психологія. Етнічна психологія. Зб. наук. праць Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України*. т. IX, випуск 7. - С. 131-137. - Київ.
- Koval, I.A. (2016). Features of manifestation and severity of mental stress of relatives of incurable patients. *Psychosomatic medicine and general practice*, № 1, vol. 1. Kiev. Retrieved from: <https://www.uk-e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/14>. [in Ukrainian]
- Коваль, І.А. (2016). Особливості прояву та вираженість психічного стресу родичів інкурабельних пацієнтів. *Психосоматична медицина та загальна практика*, № 1, т. 1. Київ. Режим доступу: <https://www.uk-e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/14>
- Koval, I.A. (2017). The syndrome of emotional burnout by cancer physicians and ways to overcome it. *Psychosomatic medicine and general practice*, № 1, т. 2 - Kiev. Retrieved from: <https://www.uk-e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/25>. [in Ukrainian]
- Коваль, І.А. (2017). Синдром емоційного вигорання у лікарів онкологічного профілю та шляхи його подолання. *Психосоматична медицина та загальна практика*, № 1, т. 2. - Київ. Режим доступу: <https://www.uk-e-medjournal.com/index.php/psp/article/view/25>
- Tsekhmister, Ya. (2014). Paradigm analysis of the personality sociogenesis. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 6, 169-173.
- Yevdokimova, N., & Kazaryan, P. (2016). A model of rehabilitation and resocialization of drug addicts in modern rehabilitation center. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 17(5), 27-35. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/90>
- Євдокимова, Н., Казарян, П. (2016). Модель реабілітації і ресоціалізації наркозависимих в сучасному реабілітаційному центрі. *Фундаментальні та прикладні дослідження у практиках провідних наукових шкіл*, 17(5), 27-35. Retrieved from <https://farplss.org/index.php/journal/article/view/90>
- Mozgova, G., & Beketova, G. (2017). Neuropsychological characteristics of psychosomatic pathology in children and adolescents. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 23(5), 36-43.
- Markova, A. (2016). Rationale, content and effectiveness of the program measures of psychocorrection of psychological health violations of the family members who are engaged in joint business. *Fundamental and Applied Researches in Practice of Leading Scientific Schools*, 18(6).