

Kornatsky V. M., Mikhal'chuk V. M., Diachenko L.O. Improving primary health care to increase efficiency. *Journal of Education, Health and Sport*. 2017;7(2):345-368. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.377044>  
<http://ojs.ukw.edu.pl/index.php/johs/article/view/4332>

The journal has had 7 points in Ministry of Science and Higher Education parametric evaluation. Part B item 1223 (26.01.2017).  
1223 Journal of Education, Health and Sport eISSN 2391-8306 7

© The Author (s) 2017;

This article is published with open access at Licensee Open Journal Systems of Kazimierz Wielki University in Bydgoszcz, Poland  
Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author(s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non Commercial License (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited.  
The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper.  
Received: 02.02.2017. Revised 03.02.2017. Accepted: 05.02.2017.

## **IMPROVING PRIMARY HEALTH CARE TO INCREASE EFFICIENCY**

**V. M. Kornatsky, V. M. Mikhal'chuk, L. O. Diachenko**

**State Institution “National Scientific Center “M. D. Strazhesko Institute of Cardiology”  
of NAMS of Ukraine**

**NMAPE named after P. L. Shupik MH of Ukraine**

**State Institution “National Scientific Center “M. D. Strazhesko Institute of Cardiology”  
of NAMS of Ukraine**

### **Abstracts**

Thus, the convergence of medicine, psychiatry and psychology is the reality of today to eliminate the imbalance, psychosomatic health. The role of medical practice in the correction of psychosomatic disorders is large, but insufficient. Complementary medical becomes a psychological resource in decision psychosomatic problems.

A study of the leading role of psychogenic factors and mechanisms of somatic response to stressful situations, underlying the formation of the most common and socially significant diseases, is a current trend psychosomatic direction in the PC. The data obtained may become the basis for developing measures for the identification, treatment, and prevention of psychosomatic disorders in conditions of emotional stress and their prevention. Successful interdisciplinary interaction fosters the following principles: collegiality in matters of surveillance, social functioning capabilities; continuity in matters of treatment and preventive care; adherence to the principles of medical ethics and deontology; implementation of accounting volume of medical care. The formation of a new system will bring to the

population high-tech methods of diagnostics and treatment, strengthen the development of the system of prevention of socially significant diseases and expand the possibilities of rehabilitation.

**Key words: primary care, mental health, social stress disorder, stress factors, psychosomatics.**

## **УДОСКОНАЛЕННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ**

**В. М. Корнацький<sup>1</sup>, В. М. Михальчук<sup>2</sup>, Л. О. Дяченко<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> ДУ «Національний науковий центр “Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеска” НАМН України», Київ

<sup>2</sup> Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київ

### **Реферат**

Таким чином, конвергенція медицини, психіатрії і психології – це реалії сьогодення в усуненні дисбалансу психосоматичного здоров'я. Роль медичної практики в корекції психосоматичних розладів велика, але недостатня. Компліментарним медичному стає психологічний ресурс у вирішенні психосоматичної проблеми.

Дослідження провідної ролі психогенних факторів і механізмів соматичного реагування на стресові ситуації, що лежать в основі формування найбільш поширених і соціально значущих захворювань, є актуальною тенденцією психосоматичного напрямку в ПМД. Отримані дані можуть стати підґрунтям для розробки заходів по виявленню, лікуванню, профілактиці психосоматичних захворювань в умовах психоемоційного напруження, а також їх превенції. Успішній міждисциплінарній взаємодії сприяє дотримання наступних принципів: колегіальність у рішенні питань спостереження, можливостей соціального функціонування; наступності у вирішенні питань лікувально-профілактичної допомоги; дотримання принципів медичної етики і деонтології; здійснення обліку обсягу медичної допомоги. Формування нової системи дозволить наблизити до населення високотехнологічні методи діагностики і лікування, посилити розвиток системи профілактики соціально-значимих захворювань і розширити можливості реабілітації.

**Ключові слова: первинна медична допомога, психічне здоров'я, , соціально-стресові розлади, стресорні чинники, психосоматика.**

**Робота є фрагментом НДР «Медико-соціальне обґрунтування моделі оптимізації первинної медичної допомоги в умовах впливу підвищеного стресу» (номер державної реєстрації теми № 0116U004449)**

Ключовим елементом модернізації охорони здоров'я є зміни в первинній медичній допомозі (ПМД), яка представляє наймасовіший її етап, оскільки до 80 % пацієнтів починають і закінчують лікування у його установах [16], але не забезпечує істотних зрушень у поліпшенні стану хворих, що визначає необхідність пошуку нових можливостей до підвищенні ефективності медичної допомоги, перш за все її первинної ланки [19].

За останні роки відзначається значне збільшення кількості хворих з психосоматичною патологією, якщо страждає від 15 до 60 % населення [55]. За даними К. Gubb (2013), від 38 до 42 % усіх, що відвідують кабінети соматичних лікарів, відносяться до групи психосоматичних хворих, і, відповідно до прогнозів ВООЗ, кількість таких до 2020 р. зросте удвічі [41].

Проблема хронічних психосоматичних розладів знаходиться на стику психіатрії, психології, клініки внутрішніх хвороб і неврології [34]. Як стверджують S. Zipfel та співавт. (2016), інтеграція психіатрії в загальномедичну практику відбулася під впливом двох тенденцій: патоморфозу психічних розладів і збільшення їх частоти у хворих на соматичні захворювання [53]. Патоморфоз психічних розладів P. Rommer (2016) вбачає у зменшенні частоти важких психотичних станів, збільшенні субпсихотичних, невротичних, соматизованих розладів, в появі великої кількості станів, які важко розмежувати від соматичних захворювань. Зростання психічних розладів у хворих на соматичні захворювання пов'язують з великим числом чинників. Це – збільшення тривалості життя у хворих з важкими соматичними захворюваннями, поєднанням двох і більше соматичних захворювань в одного хворого, поява нових розладів, пов'язаних із залученням до патологічного процесу нервової системи, збільшення кількості психотравмуючих чинників, пов'язаних із способом життя, економічними, соціальними проблемами і багато інших причин [52]. Внаслідок цих тенденцій, на думку V. Menon та співавт. (2016), поступово збільшилося число осіб з психічними розладами госпіталізованих в соматичні стаціонари, які негативно впливають на перебіг і лікування [48].

Таким чином, реформування системи охорони здоров'я вимагає взаємодії окремих форм допомоги в установах первинної мережі, передусім в амбулаторних умовах [23].

З моменту запровадження в Україні сімейної медицини психічні розлади часто є причиною звертання до сімейного лікаря, однак, на відміну від розвинених країн світу, їм не приділяють належної уваги. Саме цим, як вважають, можна пояснити недостатню ефективність традиційних схем лікувально-профілактичних заходів у хворих, що страждають на соматичні захворювання. Лікарі-терапевти, які не володіють необхідними знаннями, недооцінюють роль соціально-психологічних чинників в розвитку і перебігу паталогії внутрішніх органів [2, 3]. У той же час доведено, що поза епідемією гострих респіраторних вірусних захворювань до 60 % амбулаторного прийому лікаря загальної практики-сімейної медицини складають пацієнти з психосоматичними і психічними розладами. Тобто мова йде про широкий спектр психічних розладів, що накопичуються в загальномедичній мережі [45].

Н. Г. Старинець (2013) рекомендує широко впроваджувати процедури скринінгу афективних розладів в роботу закладів загальномедичної мережі. У першу чергу такий скринінг необхідно впроваджувати при хворобах, що супроводжуються значним обмеженням побутового та соціального функціонування або мають несприятливий прогноз. Своєчасна діагностика психосоматичних розладів допоможе краще зрозуміти пацієнта, покращить терапію і прогноз основного захворювання, збереже соціальну адаптацію хворого та підвищить якість життя з повноцінним соціальним функціонуванням [33]. Актуальною при вирішенні питань організації необхідної медичної допомоги хворим із стресовими розладами G. Matthews (2016) вважає проблему ідентифікації стрес-чинників. Виділення найбільш патогенних факторів, які з великою ймовірністю здатні викликати психічні порушення, в т.ч. розвиток ПТСР, визначає групу первинних стрес-чинників, які необхідно подолати (або зменшити їх вплив) в першу чергу [46].

Як відомо, механізм «замкнутого кола» – найважливіший у взаємовідносинах між психікою і сомою. Порушення, виникаюче первинно у соматичній (або в психічній) сфері, викликає психопатологічні реакції, які стають причиною подальших соматичних порушень. По замкнутому колу й розгортається цілісна психосоматична картина захворювання. Важлива роль даного феномену вказується дослідниками як у зв'язку з походженням психосоматичних захворювань, так і у зв'язку з генезисом психічних порушень при соматичних захворюваннях [26]. Сучасний підхід ґрунтується на

інтеграції наукових і практичних досягнень міждисциплінарного характеру. Все помітніше стає пильний інтерес фахівців з внутрішньої медицини до проблем особистості, психіки пацієнта, вивчення співвідношень соматичного і психічного, зростаючої потреби у заповненні дефіциту знань з клінічної психології, необхідності психосоматичного підходу як основополагаючого підходу до лікування [28].

Так, як стверджують S. Kachur та співавт. (2016), пацієнт з ССЗ не може розглядатися як хворий тільки кардіологічного профілю без урахування чинників психосоціальної дії на його соматичний і психічний стан. Перспективність превентивного напряму передбачає загальну стратегію первинної і вторинної профілактики ССЗ впливом на відомі патогенетичні ланки і кардіоваскулярні ФР з урахуванням особистісних і соціальних характеристик хворого [56]. Серед соціологічних характеристик чинників ризику розвитку психосоматичних та соматопсихологічних розладів називають стать (жінки більш вражені психосоматичною патологією), низький рівень освіти та соціальне положення, стресові життєві події, самі соматичні хвороби [14]. G. Hanel та співавт. (2009) проаналізовано дані 1751 пацієнта первинної ланки медичної допомоги та висновки лікарів загальної практики, які їх лікують (n=32) в Німеччині [6]. Хворі з депресією, тривогою і/або соматоформними порушеннями (основна група) були значно старші, мали нижчий рівень освіти, частіше це були жінки, у порівнянні з контрольною групою без психічних розладів. Пацієнти основної групи частіше відвідували лікаря ПМСД, мали більшу тривалість симптомів, частіше знаходилися під впливом соціального або фінансового стресу. За висновками лікарів, депресії, тривожності і виникнення коморбідних соматоформних порушень були пов'язані, при цьому зафіксовано погіршення стану хворих при наявності і депресії, і тривожності, ніж одного з розладів, а також відмічали важкість стосунків лікаря і пацієнта, спостерігали неадекватну самостійну оцінку пацієнтів психічного розладу [39]. Досвід Н. Л. Скворцова та співавт. (2003) дозволив умовно розділити пацієнтів кардіологічного профілю на 3 групи. Перша – молодого віку з діагнозами соматизованої вегетативної дисфункції з кардіологічними симптомами і різними варіантами депресивного синдрому. Друга – зрілого, що мають кардіологічну патологію (ГБ, ІХС, вади серця, постінфарктний кардіосклероз) і супутню психопатологічну симптоматику неспсихотичного рівня. Третя – похилого віку, у яких переважають явища психоорганічного синдрому чи депресивного розладу на тлі судинних захворювань головного мозку [27].

Незважаючи, що необхідність комплексного підходу визнається всіма фахівцями, сьогодні практично відсутні дослідження, що пояснюють виникнення і динаміку психосоматичних феноменів з точки зору вікового процесу, процесу старіння, що могли б забезпечити нові перспективам в терапії і профілактиці широкого спектру розладів, що так або інакше пов'язані з віковою динамікою [5]. А. С. Klemt та G. Neuft (2013) розглядають віковий процес наднормативно як специфічну психосоматичну проблему з специфічними психофізичними феноменами [44].

В Україні у структурі показників захворюваності серед усіх розладів психіки та поведінки осіб похилого віку переважає неспокійна група (65 %), яка не потребує інтенсивної стаціонарної спеціалізованої допомоги і при наявності альтернативних позалікарняних форм допомоги та обізнаності відповідних фахівців може отримувати наближену до місця проживання. Водночас, сучасний стан медичної допомоги цій категорії хворих не відповідає реальним потребам [25].

У повсякденній практиці дільничні терапевти, лікарі загальної практики часто стикаються з різними проявами психічних розладів, в тому числі тривожно-депресивного реєстру, що складають 20-25 % візитів при зверненні пацієнтів до лікарів первинної ланки [11]. Симптоми патологічної тривоги виявляються у 30-40 % хворих, що звертаються до лікаря загальної практики, а проблема депресій в наш час розглядається як одна з ключових, частота яких, наприклад, у хворих з ССЗ варіює від 18 до 60 %, що значно перевищує їх поширеність в популяції [11, 59].

Отримані у більшості досліджень дані щодо зниження показників фізичного і психічного компонентів здоров'я в сучасних умовах демонструють зв'язок факторів високого серцево-судинного ризику і психосоціальних чинників, обумовлених стресом, низьким матеріальним станом, відсутністю соціальної підтримки, сприяючих порушенню соціально-психологічної адаптації і пов'язаних у хворих з ССЗ з депресією [59], надають певної легітимності тенденції діагностики і терапії [21].

Соматизована депресія у глобальному масштабі є прихованою епідемією, оскільки лікування отримує лише незначна кількість пацієнтів. За даними дослідження DEPRES у Європі 43 % з 75 000 дорослих пацієнтів, що страждають на депресію, ніколи не зверталися за консультацією до лікаря. Дослідження також засвідчило, що 70 % хворих, які звернулись за консультацією, не отримали адекватної допомоги з приводу депресії [57]. Головною ознакою цих розладів є періодичні або постійні скарги хворого на будь-які хворобливі соматичні прояви, які, за переконанням пацієнта,

небезпечні для його здоров'я або навіть є загрозою для життя та потребують негайного медичного втручання [31].

Як вважають Я. А. Накатис та співавт. (2008), важливим механізмом є розвиток ринку платних послуг. Проте, у зв'язку з тим, що основний потік пацієнтів відноситься до так званого середнього класу з обмеженим доходом, затребуваність їх залишається низькою. Спроби поліпшити доходність психосоматичного центру за рахунок введення комплексних послуг, наприклад, лікування поєднане з сеансом психотерапії або зайняттям релаксацією, не змінило ситуацію принципово. Негативним аспектом для розвитку психосоматичних центрів є те, що психотерапевтична допомога і такі форми роботи, як школи пацієнтів, не включені у бюджетне фінансування і здійснюються або за рахунок резервів медичного закладу, або як платні послуги [20]. Також автори підкреслюють необхідність наступності між стаціонарним і амбулаторним лікуванням. Так, після короткої госпіталізації лікарі центру тривало курирують пацієнтів в амбулаторному режимі. Такий тип роботи став обґрунтуванням створення нових програм. Перша була орієнтована на хірургічних хворих. Здійснювався супровід хворих на доопераційному і післяопераційному етапах. Встановлено, що хворі набагато більше потребують допомоги психотерапевта в післяопераційному періоді, ніж в доопераційному [20]. Успішність таких програм і їх рентабельність залежать від якості взаємодії лікарів різних спеціальностей і організаторів охорони здоров'я, оскільки передбачає подолання великої кількості клінічних і організаційних проблем.

Найбільш важливим у виявленні, розпізнанні і корекції пограничних психічних розладів вважають визначення ролі лікарів загальної практики сімейної медицини, як центральних фігур в даному процесі, наділених відповідальністю і правом діагностики легких і помірно виражених неускладнених станів та призначення обмеженого переліку психотропних засобів і антидепресантів [40]. Водночас, за даними В. Olivan-Blázquez та співавт. (2016), лікарі загальної практики, до яких в першу чергу звертаються хворі із стертими афективними розладами, нерідко керуються уявою про депресії з типовою картиною, а легкі і атипові, у тому числі соматизовані або масковані форми залишаються поза їх увагою і розпізнаються лише в 2 % випадків, хоча частота соматизованих, або прихованих депресій перевищує кількість явних в 10-20 разів [37]. На думку S. Nomura (2007), лікар ПМД має оцінити симптоматику депресій, що сприяє прогнозу захворювання, а також економічній ефективності ведення пацієнта [51]. R. S. McIntyre (2009) торкаючись проблеми встановлення предикторів розвитку психосоматичних захворювань, вказує на необхідність ретельного соматичного

обстеження таких пацієнтів у поліклініках і стаціонарах будь-якого типу. Автор відмічає, що метаболічний синдром, ожиріння, ЦД і ССЗ часто зустрічаються у пацієнтів з психічними порушеннями [47]. У таких хворих у порівнянні з популяцією високий ризик ранньої смертності. Частково це обумовлено нездоровим способом життя (неправильне харчування, паління, зловживання алкоголем, вживання наркотиків, гіподинамія), а також поширенням інших захворювань (інфекційних, деяких форм онкологічних). Крім того, з різних причин часто не проходять адекватного обстеження і не дотримуються рекомендацій [47].

Про необхідність комплексного обстеження і більш диференційованого підходу до терапії пацієнтів з психосоматичними захворюваннями свідчать і фармакоеконімічні дані, отримані S. L. Tsai та співавт. (2005). Автори наводять результати сумісної з страховими і фармацевтичними компаніями роботи по впровадженню диференційованої медичної допомоги з психосоматичними розладами. На підставі результатів щорічного лікування більше 300 хворих зроблений висновок про економічну і терапевтичну ефективність виділення їх із загального потоку [58].

Спектр психотропних препаратів, що використовується в психосоматиці, досить широкий. При визначенні терапевтичної тактики необхідно оцінити структуру і тяжкість розладу для вирішення питання про місце проведення лікування і вибору класу засобів (антипсихотики, антидепресанти, анксиолітики). В умовах соматичного стаціонару і амбулаторного спостереження рекомендують сучасні ефективні і безпечні препарати 1-го ряду, що диференційовано використовуються в якості базисної і симптоматичної терапії при соматоформних, депресивних і тривожних розладах [43]. До них включено засоби, що відповідають вимогам загальномедичної мережі: мінімальна вираженість небажаних нейротропних і соматотропних ефектів, які могли порушити функції внутрішніх органів, викликати/посилити шкірні алергічні реакції, а також реакції ЦНС; обмеженість ознак поведінкової токсичності; низька ймовірність небажаної взаємодії з соматотропними препаратами; безпека при передозуванні; простота використання (можливість призначення фіксованої дози або мінімальна потреба у її титрації) [9].

Адекватним для комплексної оцінки ефективності лікування в наш час вважають підхід, що враховує три площини терапевтичної динаміки: соматичну, психологічну та соціальну, а не обмежуються традиційними лікарськими симптоматичними критеріями: одужання, покращання, без змін, погіршення [12]. Поширення біопсихосоціальної концепції у медицині загальної практики призвело до актуалізації питання взаємодії



фармакологічних і психотерапевтичних методів лікування у єдиній системі [42]. У зв'язку з цим у процесі лікування усе частіше застосовуються методи психотерапії, основним завданням яких є подолання зафіксованих реакцій тривоги, що призводять до формування психопатологічних проявів – страху, астенії, депресії, іпохондрії, та нейровегетативних і нейросоматичних функціонально-динамічних розладів серцево-судинної, дихальної, травної систем. Даний підхід дає позитивні результати при ГХ, ІХС (особливо у постінфарктних хворих), бронхіальній астмі, хворобах органів травлення та ревматоїдному артриті, а також при психічних розладах [22]. Особливо переконливими є дані щодо застосування комбінованої терапії: специфічного лікування соматичної хвороби, антидепресантів та психокорекції з елементами психоедукації не лише значно підвищує ефективність лікування як соматичних, так і психічних розладів, а й забезпечує стійке (протягом 6-12 місяців) покращення самопочуття і відсутність рецидивів, що вказує на доцільність її подальшого застосування [1].

За узагальненими даними М. Nakaо та Т. Takeuchi (2016) співпраця з психіатрами лікарів соматичного профілю підвищує можливості корекції психічних розладів у соматичних хворих, у тому числі депресії і тривожних розладів, які часто зустрічаються. Краще всього це ілюструє скорочення термінів госпіталізації, тривале збереження комплайенсу і висока частота повторних відвідувань лікарів в поліклінічних умовах, що значно скорочує сумарні витрати на лікування багатьох груп хворих [49].

Останнім часом, у зв'язку з інтервенцією клінічної психології в загальномедичну практику, зростає роль клінічних психологів та їх взаємодії з лікарями закладів ПМД, при цьому виділяють два головних напрями діяльності медичного психолога: організація і забезпечення психологічної допомоги в лікуванні пацієнта через визначення його психологічного статусу, структури особистості, аналізу соціальної ситуації та психологічне забезпечення профілактики і попередження розвитку захворювань [30]. Водночас, принцип детермінізму, коли стверджується, що при поясненні будь-яких психічних явищ особистість виступає як сукупність внутрішніх умов, через які переломлюються усі зовнішні впливи, ще не завжди визнається і усвідомлюється лікарями. Нерідко вони лікують хворобу, а не самого пацієнта, не враховуючи особистість хворого, його соціальний і сімейний статус, життєву ситуацію, вікові, статеві особливості тощо [38].

У концепціях сучасних авторів психосоматичні хвороби розглядаються як результат способу життя особистості, взаємодії її здібностей, преморбідних

особливостей, передумов і умов розвитку і виховання, особових характеристик, адаптаційних ресурсів. Принцип структурності допомагає медичному психологу бачити людину як систему, розуміти її співвідношення із зовнішнім середовищем, враховувати синдромологічний напрям медицини [29]. S. Sánchez-Reales та співавт. (2015) узагальнено досвід залучення клінічних психологів до роботи у закладах ПМД (36 лікарів загальної практики з 6 медичних центрів) протягом 1 року [36]. Обстежено 171 пацієнта амбулаторної ланки медичної допомоги з помірними психічними розладами, з яких 111 отримали психологічну допомогу. Більше половини (54,82 %) з них досягли повного одужання. Основними діагнозами були розлади адаптації, афективні розлади і тривожність. Через рік спостереження використання лікарських засобів припинили 25,19 % пацієнтів. За висновками авторів, без залучення клінічного психолога до надання первинної допомоги пацієнтам з легкою психічною симптоматикою вони б залишилися недолікованими. Раннє втручання запобігає хронізації психічних проблем, про що свідчить відсутність необхідності прийому ліків. Підтвердженням доцільності міждисциплінарного підходу також є значна економія ресурсів [36].

Як підкреслює А. А. Педак (2011), проведення лікувально-реабілітаційних заходів пацієнтам з психосоматичними розладами передбачає участь бригади з кількох спеціалістів [24]. За висновками І. І. Кутько та співавт. (2015), лікар загальної практики-сімейної медицини здійснює диспансерний нагляд, лікування органної патології у відповідності з клінічними протоколами спеціалізованої допомоги, медикаментозне і немедикаментозне лікування психічних розладів, відповідно до рекомендацій лікаря-психіатра реалізує програму психотерапевтичної допомоги і реабілітаційних заходів, складену на основі призначень лікаря-психотерапевта і клінічного психолога [15]. Психіатр консультує пацієнта для синдромологічної діагностики психічних розладів у клінічній картині психосоматичних захворювань і рекомендує лікувально-реабілітаційні заходи у відповідності з Критеріями діагностики психічних розладів і клінічними протоколами медичної допомоги. Психотерапевт консультує пацієнта для уточнення особливостей зв'язаної з психосоматичними розладами соціально-психологічної дезадаптації і надає рекомендації з проведення лікування, направленою на симптоматику і корекцію порушень особистості. Клінічний психолог проводить психологічне консультування пацієнта з порушенням особистості і надає рекомендації по оптимальній адаптації до несприятливих соціальних впливів [15].

Так, для оптимізації комплексної профілактики ССЗ, асоційованих з тривожними і депресивними розладами, на думку Н. П. Гарганеєвої та співавт. (2013), потрібна співпраця і взаємодія спеціалістів (терапевта, кардіолога, психіатра, психотерапевта, медичного психолога), що забезпечує ранню діагностику, своєчасне виявлення і лікування розладів тривожно-депресивного спектру на усіх етапах спостереження хворих – від стаціонарного до амбулаторно-поліклінічного в умовах ПМД [4]. Після виписки з стаціонару хворі на ССЗ потребують подальшого диспансерного спостереження і продовженні підтримуючої психотропної терапії в умовах загально-медичних установ з оцінкою динаміки стану і критеріїв ефективності терапії. Для цього в умовах первинної ланки автори рекомендують використання психодіагностичних опитувальників (HADS, HDRS, HARS) як для виявлення ранніх ознак соціально-психологічної дезадаптації і симптомів тривоги або депресії, так і для контролю ефективності лікування, а при необхідності – консультування [4].

За даними Р. Раїна (2008), показник поширеності психосоматичної патології вищий у мешканців сільської місцевості і має тенденцію до збільшення [54]. Як показано у роботі І. П. Дицук та співавт. (2010), з метою удосконалення медичної допомоги таким хворим, у міських та центральних районних лікарнях Чернівецької області були організовані денні психосоматичні стаціонари (ДПС) на 5-10 ліжок [8]. У процесі підготовки сімейних лікарів з числа дільничних терапевтів і педіатрів у Буковинському державному медичному університеті широко висвітлювалися питання клініки, діагностики, перебігу та лікування хворих на соматоформні і психосоматичні розлади. Лікарі-психіатри, психотерапевти та медичні психологи підвищували свою кваліфікацію на курсах тематичного удосконалення. В організації надання кваліфікованої медико-психологічної допомоги сприяла укомплектованість лікувальних закладів області лікарями-психологами. Такі заходи дали можливість наблизити спеціалізовану медичну допомогу до населення області, сприяли впровадженню сучасних технологій діагностики та лікування, інтеграції систем медико-психологічної, психіатричної та загальномедичної допомоги хворим на соматоформні і психосоматичні розлади [8]. Слід відмітити, що прихід у медицину лікарів, які отримують підготовку в області загальної і медичної психології, сприяє ефективному лікуванню кожного конкретного хворого, є сучасною тенденцією медичної допомоги, коли людям все складніше справлятися з життєвими проблемами, темпом сьогодняшнього дня, з соціально-економічним тиском тощо [7]. Стан проблеми потребує розробки алгоритмів діагностики, лікувальної тактики, профілактичних та

організаційних заходів при курації соматичних хворих з коморбідними психічними розладами, а також створення навчальних програм для лікарів загальної медичної практики [13]. Наскільки швидко сімейні лікарі розпізнають ці розлади і нададуть допомогу, залежить перебіг захворювання і якість життя пацієнта [32].

В. І. Клименко (2008) обґрунтовано впровадження наступних організаційних заходів щодо профілактики хвороб системи кровообігу, пов'язаних зі стресом [10]:

- впровадження процедури скринінгу психосоціальних чинників ризику розвитку ХСК у пацієнтів первинної ланки медичної допомоги;
- навчання лікарів первинної ланки роботі з необхідним діагностичним інструментарієм та виявленню серед пацієнтів груп ризику;
- організація професійної взаємодії між дільничним лікарем/лікарем загальної практики та психотерапевтом/психіатром територіальної поліклініки або консультантом-психіатром з іншого медичного закладу;
- впровадження в амбулаторні поліклінічні установи загальносоматичного профілю спеціалізованих (психотерапевтичних, медико-психологічних) кабінетів [10].

Співпраця лікарів загальносоматичного профілю (кардіолога, лікаря загальної практики, лікаря-терапевта) та психіатричної мережі (психотерапевта, медичного психолога), на думку автора, є необхідною, оскільки надає можливість здійснювати не тільки медичні заходи, але й надавати психологічну лікувально-профілактичну допомогу пацієнтам, тим самим сприяючи досягненню більш повного та стабільного кінцевого результату. Залучення психотерапевта дає змогу попередити виникнення та прогресування кардіологічної патології, сприяє підвищенню адаптації кардіологічних хворих за рахунок подолання стресу [10].

В. І. Коростій та співавт. (2010) розроблено модель реалізації мультидисциплінарного підходу до лікування психосоматичних захворювань у виді «децентралізованого» психосоматичного відділення: психіатр, психотерапевт, медичний психолог проводять консультативну, психотерапевтичну і психоосвітню роботу з хворими в тісній взаємодії з лікарями і персоналом неврологічного і терапевтичного відділень. Реалізується комплексна система психотерапії і психопрофілактики, спрямована на підвищення особистісного і соціального ресурсів пацієнтів, психоосвітня робота з лікарями і медичним персоналом, пацієнтами і їх родичами [17]. На недостатню ефективність лікування психосоматичних розладів у загальносоматичній мережі без залучення лікарів-психіатрів, медичних психологів, психотерапевтів вказують І. Д. Спіріна та співавт. (2012). Одним з ключових

організаційних перетворень в умовах реформування системи охорони здоров'я автори також вважають перехід до мультидисциплінарної моделі та бригадного підходу її надання [18]. Розроблена лікувально-реабілітаційна програма, що ґрунтується на послідовній реалізації таких етапів: переддіагностичного (попередня діагностика), діагностичного, невідкладної психотерапевтичної допомоги (при необхідності), базової психотерапії, реабілітації та реінтеграції хворого у суспільство, підтримуючого лікування. Перший етап здійснюється сімейним лікарем, подальші – мультидисциплінарною бригадою, включаючи лікаря-психотерапевта, медичного психолога. За висновками авторів, дана модель достатньо пластична та універсальна, як у відношенні набору етапів, їх тривалості, так і в кількості залучених спеціалістів. Мультидисциплінарний підхід до формування комплексу лікувально-реабілітаційних заходів дозволяє вплинути на організм пацієнтів з метою максимально можливого усунення симптомів захворювання, відновлення професійного та соціального функціонування, а також мінімізації ризику виникнення рецидивів [18].

На думку J. Y. Nau (2007), проблема підвищення якості медичної допомоги шляхом психологічно грамотного підходу лікаря тісно пов'язана з організацією роботи психолога і його взаємодії з лікарями різних спеціальностей. Для того, щоб у лікарів виникла мотивація звернення до психолога по допомогу, вони повинні мати уявлення про психосоматичні розлади, соціально-психологічну природу цілої групи поширених захворювань [50]. Досвід сучасної медицини вказує, що без психологічного розуміння (вивчення, концептуалізації, прогнозування тощо) і здорової і хворої людини неможливе дієве та ефективне лікування. Без взаємодії з психологією медицина перетворюється в «фельшеризм» в гіршому розумінні цього слова, тобто в лікування хвороби, а не хворого [35].

#### **Підсумок:**

Таким чином, конвергенція медицини, психіатрії і психології – це реалії сьогодення в усуненні дисбалансу психосоматичного здоров'я. Роль медичної практики в корекції психосоматичних розладів велика, але недостатня. Компліментарним медичному стає психологічний ресурс у вирішенні психосоматичної проблеми.

Дослідження провідної ролі психогенних факторів і механізмів соматичного реагування на стресові ситуації, що лежать в основі формування найбільш поширених і соціально значущих захворювань, є актуальною тенденцією психосоматичного напрямку в ПМД. Отримані дані можуть стати підґрунтям для розробки заходів по виявленню,

лікуванню, профілактиці психосоматичних захворювань в умовах психоемоційного напруження, а також їх превенції. Успішній міждисциплінарній взаємодії сприяє дотримання наступних принципів: колегіальність у рішенні питань спостереження, можливостей соціального функціонування; наступності у вирішенні питань лікувально-профілактичної допомоги; дотримання принципів медичної етики і деонтології; здійснення обліку обсягу медичної допомоги. Формування нової системи дозволить наблизити до населення високотехнологічні методи діагностики і лікування, посилити розвиток системи профілактики соціально-значимих захворювань і розширити можливості реабілітації.

### ***Список використаної літератури:***

1. Бабаева С. В. Психологическая помощь при соматических заболеваниях: взгляд из настоящего в будущее / С. В. Бабаева, Я. В. Медик // Психотерапия. – 2011. – № 11. – С. 13–20.
2. Бібик І. Г. Медико-соціальне обґрунтування удосконалення системи надання психіатричної допомоги населенню в умовах сімейної медицини : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Бібик Інесса Геннадіївна ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2015. – 22 с.
3. Вітенко І. С. Сімейна медицина: психологічні аспекти діагностики, профілактики і лікування хворих: навч. посібник / за ред. І. С. Вітенка. – Тернопіль : Укрмедкн., 2002. – 186 с.
4. Вторичная профилактика сердечно-сосудистых заболеваний, ассоциированных с тревожными и депрессивными расстройствами: пути оптимизации / Н. П. Гарганеева, Л. И. Тюкалова, М. Ф. Белокрылова [и др.] // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. – 2013. – Т. 20, № 3. – С. 26–28.
5. Гайворонская Е. Б. Возрастные психосоматические кризисы как элементы возрастной психосоматики / Е. Б. Гайворонская, Л. А. Шалиткина // Науч.-мед. вестн. Центр. Черноземья. – 2010. – № 1. – С. 35–41.
6. Громова Е. А. Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний (Обзор литературы) / Е. А. Громова // Сиб. мед. журнал. – 2012. – № 2. – С. 22–29.

7. Грушевский Н. П. О психотерапевтическом поведении с соматическими пациентами в зависимости от их характерологических особенностей (опыт работы терапевта) / Н. П. Грушевский // Психотерапия. – 2016. – № 8. – С. 80–87.
8. Дищук І. П. До питання організації медичної допомоги хворим на соматоформні та психосоматичні розлади у Чернівецькій області / І. П. Дищук, В. В. Калуцький, П. Т. Ніколенко // Укр. вісн. психоневрології. – 2010. – Вип. 3. – С. 123–124.
9. Дороженок И. Клинико-терапевтические аспекты психосоматических расстройств / И. Дороженок // Врач. – 2011. – № 9. – С. 14–19.
10. Клименко В. І. Організаційні заходи щодо профілактики хвороб системи кровообігу, коморбідно пов'язаних зі стресом / В. І. Клименко // Запоріж. мед. журнал. – 2008. – № 2. – С. 9–13.
11. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессии в кардиологической практике: у больных Артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): результаты многоцентрового исследования / Е. И. Чазов, Р. Г. Оганов, Г. В. Погосова [и др.] // Кардиология. – 2007. – № 3. – С. 28–37.
12. Коваль І. А. Віддалені результати ефективності застосування медико-психолого-педагогічних прийомів при курації соматичних хворих з коморбідними межовими психічними розладами / І. А. Коваль // Наук. вісн. Миколаїв. держ. ун-ту ім. В.О. Сухомлинського. Сер. Психол. науки. – 2013. - Т. 2, вип. 10. – С. 156–160.
13. Коваль І. А. Вплив психоедукації на адаптацію соматичних хворих з коморбідними психічними розладами / І. А. Коваль // Проблеми сучас. психології. – 2013. – Вип. 21. – С. 258–267.
14. Комина А. В. Медико-психологические предикторы психосоматической проблемы / А. В. Комина, А. П. Брянцев // Перспективы науки. – 2010. – № 4. – С. 5–10.
15. Кутько И. И. Психосоматические расстройства в общей практике / И. И. Кутько, О. А. Панченко, А. Н. Линева // Укр. мед. часопис. – 2015. – № 5. – С. 42–44.
16. Лаврищева Г. А. Управление процессом модернизации первичной медико-санитарной помощи / Г. А. Лаврищева // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2012. – № 28. – С. 87–90.
17. Модель реализации мультидисциплинарного подхода к лечению психосоматических заболеваний в научно-практическом медицинском центре Харьковского национального медицинского университета / В. И. Коростий, И. М. Соколова, А. В. Тимченко, Т. П. Бровка // Укр. вісн. психоневрології. – 2010. – Вип. 3. – С. 130–131.

18. Мультидисциплінарний підхід в організації надання психотерапевтичної та медико-психологічної допомоги хворим з психосоматичними та соматопсихічними розладами / І. Д. Спіріна, С. Ф. Леонов, С. В. Рокутов [та ін.] // Укр. вісн. психоневрології. – 2012. – Вип. 3. – С. 225.
19. Надута-Скринник О. К. Медико-соціальне обґрунтування оптимізованої інноваційної моделі первинної медичної допомоги на засадах загальної практики - сімейної медицини : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Надута-Скринник Оксана Костянтинівна ; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика. – Київ, 2012. – 24 с.
20. Накатис Я. А. Проблемы организации работы и финансирования центров психосоматической медицины / Я. А. Накатис, Н. П. Ванчакова, А. П. Попов // Вестн. Санкт-Петербург. ун-та. Сер. 11. Медицина. – 2008. – № 1. – С. 241–246.
21. Напреенко А. К. Депрессивные расстройства в амбулаторной общесоматической практике / А. К. Напреенко, Н. Латчман // Укр. вісн. психоневрології – 2002. – № 3. – С. 46–48.
22. Окладников В. И. Психодиагностика и психокоррекция в лечении нейросоматических расстройств / В. И. Окладников // Сиб. мед. журнал. – 2014. – № 8. – С. 120–122.
23. Организационная модель помощи лицам, страдающим депрессиями, в условиях территориальной поликлиники : метод. рек. № 2000/107 / подгот. В. Н. Красновым ; Моск. НИИ психиатрии. – М. : Медпрактика, 2000. – 18 с.
24. Педак А. А. Психические и психосоматические расстройства в клинике врача общей практики - семейной медицины / А. А. Педак. – Николаев : Илион, 2011. – 694 с.
25. Пінчук І. Я. Медико-соціальне обґрунтування оптимізації системи надання допомоги населенню похилого віку з вадами психічного здоров'я / І. Я. Пінчук // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 3. – С. 16–23.
26. Психосоматические расстройства в клинической практике психолога / В. Н. Кожевников, Л. И. Фусу, Т. А. Кожевникова, В. В. Костарев // Сиб. вестн. спец. образования. – 2013. – № 1. – С. 71–83.
27. Психосоматическое отделение городской больницы № 32: опыт создания и перспективы лечения / Н. Л. Скворцов, Г. А. Иванова, Л. С. Сергеева [и др.] // Психиатрия консультирования и взаимодействия : материалы конф., 28 марта 2003 г. – СПб., 2003. – С. 6–7.



28. Психосоматичні та соматопсихічні розлади в практиці медичного психолога / О. В. Друзь, К. В. Аймедов, В. Є. Луньов, І. О. Черненко. – Одеса : Прес-кур'єр, 2016. – 372 с.
29. Расстройства психосоматического спектра: патогенез, диагностика, лечение : рук. для врачей / ред. : Г. И. Сторожаков, В. К. Шамрей. – СПб. : СпецЛит, 2014. – 303 с.
30. Русина Н. А. Проблемы клинического психолога в системе здравоохранения / Н. А. Русина // Бюл. Мед. интернет-конференций. – 2011. – № 7. – С. 24–28.
31. Рутц В. Проблема содействия психическому здоровью во времена перемен / В. Рутц // Соц. и клин. психиатрия. – 2007. – № 2. – С. 99–102.
32. Соматоформные расстройства в практике семейного врача. Часть 1 / В. Ю. Приходько, И. Р. Микропуло, М. В. Олейник [и др.] // Мед. перспективы. – 2013. – № 3. – С. 15–24.
33. Старинець Н. Г. Сучасні аспекти психосоматичної медицини / Н. Г. Старинець // Вісн. морфології. – 2013. – № 1. – С. 220–225.
34. Тополянский В. Д. Психическое и соматическое – мнимый дуализм / В. Д. Тополянский // Независимый психиатр. журнал. – 2014. – № 4. – С. 13–17.
35. Шмаргун В. М. Психосоматична парадигма інтеграції психології і медицини / В. М. Шмаргун, Т. М. Шмаргун // Наук. вісн. Нац. ун-ту біоресурсів і природокористування України. Сер. Педагогіка, психологія, філософія. – 2015. – Вип. 220. – С. 307–319.
36. Clinical psychology in primary care: a descriptive study of one year of operation / S. Sánchez-Reales, M. J. Tornero-Gómez, P. Martín-Oviedo [et al.] // *Semergen*. – 2015. – Vol. 41, N 5. – P. 254–260.
37. Correlation between diagnosis of depression and symptoms present in primary care patients / B. Olivan-Blázquez, E. Rubio-Aranda, O. García-Sanz, R. Magallón-Botaya // *Actas Esp. Psiquiatr.* – 2016. – Vol. 44, N 2. – P. 55–63.
38. Crome E. Better access and equitable access to clinical psychology services: what do we need to know? / E. Crome, A. J. Baillie // *Med. J. Aust.* – 2016. – Vol. 204, N 9. – P. 341–343.
39. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study / G. Hanel, P. Henningsen, W. Herzog [et al.] // *J. Psychosom. Res.* – 2009. – Vol. 67, N 3. – P. 189–197.

40. Feldman M. D. Managing psychiatric disorders in primary care: 1. Depression / M. D. Feldman // *Hosp. Pract.* – 2000. – Vol. 35, N 6. – P. 75–78, 81–84.
41. Gubb K. Psychosomatics today: a review of contemporary theory and practice / K. Gubb // *Psychoanal. Rev.* – 2013. – Vol. 100, N 1. – P. 103–142.
42. Henningsen P. Still modern? Developing the biopsychosocial model for the 21st century / P. Henningsen // *J. Psychosom. Res.* – 2015. – Vol. 79, N 5. – P. 362–363.
43. Jakovljević M. Psychopharmacotherapy and comorbidity: conceptual and epistemological issues, dilemmas and controversies / M. Jakovljević // *Psychiatr. Danub.* – 2009. – Vol. 21, N 3. – P. 333–340.
44. Klemm A. C. A longitudinal analysis of the inpatient treatment of the elderly in psychosomatic departments / A. C. Klemm, G. Heuft // *Z. Psychosom. Med. Psychother.* – 2013. – Vol. 59, N 3. – P. 290–300.
45. Kumar S. Psychosomatic illness among patients attending medical outpatient department / S. Kumar, A. Rashmi // *J. Indian Med. Assoc.* – 2004. – Vol. 102, N 6. – P. 330–331.
46. Matthews G. Multidimensional profiling of task stress states for human factors: a brief review / G. Matthews // *Hum. Factors.* – 2016. – Vol. 58, N 6. – P. 801–813.
47. McIntyre R. S. Understanding needs, interactions, treatment, and expectations among individuals affected by bipolar disorder or schizophrenia: the UNITE global survey / R. S. McIntyre // *J. Clin. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 70, suppl. 3. – P. 5–11.
48. Menon V. Establishing a psychosomatic clinic in a low resource setting: Process, challenges, and opportunities / V. Menon, S. Sarkar, S. Thomas // *J. Neurosci. Rural. Pract.* – 2016. – Vol. 7, N 1. – P. 171–175.
49. Nakao M. Clinical characteristics and referral patterns of outpatients visiting a Japanese psychosomatic medicine clinic / M. Nakao, T. Takeuchi // *Int. J. Behav. Med.* – 2016. – Vol. 23, N 5. – P. 580–588.
50. Nau J. Y. Management of psychophysiological disorders / J. Y. Nau // *Rev. Med. Suisse.* – 2007. – Vol. 3, N 110. – Art. No 1211.
51. Nomura S. Primary care for depression / S. Nomura // *Nihon Rinsho.* – 2007. – Vol. 65, N 9. – P. 1609–1613.
52. Pommer P. Psychosomatic aspects / P. Pommer // *Dtsch. Arztebl. Int.* – 2016. – Vol. 113, N 26. – art. No 462.

53. Psychosomatic medicine in Germany: more timely than ever / S. Zipfel, W. Herzog, J. Kruse, P. Henningsen // *Psychother. Psychosom.* – 2016. – Vol. 85, N 5. – P. 262–269.
54. Rajna P. Neuro-psychiatric conditions in rural Hungary / P. Rajna // *Ideggyogy Sz.* – 2008. – Vol. 61, N 3/4. – Art. No 76.
55. Regier D. A. Somatic presentations of mental disorders: refining the research agenda for DSM-V / D. A. Regier // *Psychosom. Med.* – 2007. – Vol. 69, N 9. – P. 827–828.
56. Significance of comorbid psychological stress and depression on outcomes after cardiac rehabilitation / S. Kachur, A. R. Menezes, A. De Schutter [et al.] // *Am. J. Med.* – 2016. – Vol. 129, N 12. – P. 1316–1321.
57. Saxena S. Challenges and opportunities in global mental health: a perspective from WHO / S. Saxena // *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* – 2016. – Vol. 25, N 6. – P. 495–498.
58. Tsai S. L. A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care with that of a conventional outpatient follow-up for patients with mental illness / S. L. Tsai, M. B. Chen, T. J. Yin // *J. Nurs. Res.* – 2005. – Vol. 13, N 3. – P. 165–173.
59. Van der Wall E. E. Cardiac disease and depression; a direct association? / E. E. Van der Wall // *Neth. Heart J.* – 2016. – Vol. 24, N 9. – P. 495–497.

## REFERENCES

1. Babaeva S. V. Psihologicheskaja pomoshh' pri somaticheskikh zabojevanijah: vzgljad iz nastojashhego v budushhee / S. V. Babaeva, Ja. V. Medik // *Psihoterapija.* – 2011. – N 11. – P. 13–20.
2. Bibik I. G. Mediko-social'ne obruntuvannja udoskonalennja sistemi nadannja psihiatrichnoï dopomogi naseleennju v umovah simejnoï medicini : avto-ref. dis. ... kand. med. nauk : 14.02.03 / Bibik Inessa Gennadiïvna ; Nac. med. akad. pisljadiplom. osviti im. P.L. Shupika. – Kiïv, 2015. – 22 p.
3. Vitenko I. S. Simejna medicina: psihologichni aspekti diagnostiki, profilaktiki i likuvannja hvorih: navch. posibnik / za red. I. S. Vitenka. – Ternopil' : Ukrmedkn., 2002. – 186 p.
4. Vtorichnaja profilaktika serdechno-sosudistyh zabojevanij, asociirovannyh s trevozhnymi i depressivnymi rasstrojstvami: puti optimizacii / N. P. Garganeeva, L. I. Tjukalova, M. F. Belokrylova [i dr.] // *Uchenye zapiski SPbGMU im. akad. I.P. Pavlova.* – 2013. – T. 20, N 3. – P. 26–28.

5. Gajvoronskaja E. B. Vozrastnye psihosomaticheskie krizisy kak jelementy vozrastnoj psihosomatiki / E. B. Gajvoronskaja, L. A. Shalitkina // Nauch.-med. vestn. Centr. Chernozem'ja. – 2010. – N 1. – P. 35–41.
6. Hromova E. A. Psykhosotsyal'nye faktory ryska serdechno-sosudystykh zabolevanyy (Obzor lyteratury) / E. A. Hromova // Syb. med. zhurnal. – 2012. – N 2. – P. 22–29.
7. Grushevskij N. P. O psihoterapevticheskom povedenii s somaticheskimi pacientami v zavisimosti ot ih karakterologicheskikh osobennostej (opyt raboty terapevta) / N. P. Grushevskij // Psihoterapija. – 2016. – N 8. – P. 80–87.
8. Dishhuk I. P. Do pitannja organizacii medichnoï dopomogi hvorim na somatoformni ta psihosomatichni rozladi u Chernivec'kij oblasti / I. P. Dishhuk, V. V. Kaluc'kij, P. T. Nikolenko // Ukr. visn. psihonevrologii. – 2010. – Vol. 3. – P. 123–124.
9. Dorozhenok I. Kliniko-terapevticheskie aspekty psihosomaticheskikh rasstrojstv / I. Dorozhenok // Vrach. – 2011. – N 9. – P. 14–19.
10. Klimenko V. I. Organizacijni zahodi shhodo profilaktiki hvorob sistemi krovoobigu, komorbidno pov'jazanih zi stresom / V. I. Klimenko // Zaporizh. med. zhurnal. – 2008. – N 2. – P. 9–13.
11. Kliniko-jepidemiologicheskaja programma izuchenija depressii v kardiologicheskoy praktike: u bol'nyh Arterial'noj gipertoniej i ishemicheskoy bolezni serdca (KOORDINATA): rezul'taty mnogocentrovogo issledovanija / E. I. Chazov, R. G. Oganov, G. V. Pogosova [i dr.] // Kardiologija. – 2007. – N 3. – P. 28–37.
12. Koval' I. A. Viddaleni rezul'tati efektivnosti zastosuvannja mediko-psihologopedagogichnih prijomiv pri kuracii somatichnih hvorih z komorbidnimi mezhovimi psihichnimi rozladami / I. A. Koval' // Nauk. visn. Mikolaïv. derzh. un-tu im. V.O. Suhomlins'kogo. Ser. Psihol. nauki. – 2013. – T. 2, vol. 10. – P. 156–160.
13. Koval' I. A. Vpliv psihoeducacii na adaptaciju somatichnih hvorih z komorbidnimi psihichnimi rozladami / I. A. Koval' // Problemi suchas. psihologii. – 2013. – Vol. 21. – P. 258–267.
14. Komina A. V. Mediko-psihologicheskie prediktory psihosomaticheskoj problemy / A. V. Komina, A. P. Brjancev // Perspektivy nauki. – 2010. – N 4. – P. 5–10.
15. Kut'ko I. I. Psihosomaticheskie rasstrojstva v obshej praktike / I. I. Kut'ko, O. A. Panchenko, A. N. Linev // Ukr. med. chasopis. – 2015. – N 5. – P. 42–44.

16. Lavrishheva G. A. Upravlenie processom modernizacii pervichnoj mediko-sanitarnoj pomoshhi / G. A. Lavrishheva // Sborniki konferencij NIC Sociosfera. – 2012. – N 28. – P. 87–90.

17. Model' realizacii mul'tidisciplinarnogo podhoda k lecheniju psihosomaticeskikh zabojevanij v nauchno-prakticheskom medicinskom centre Har'kovskogo nacional'nogo medicinskogo universiteta / V. I. Korostij, I. M. Sokolova, A. V. Timchenko, T. P. Brovko // Ukr. visn. psihonevrologii. – 2010. – Vol. 3. – P. 130–131.

18. Mul'tidisciplinarnij pidhid v organizacii nadannja psihoterapevtichnoï ta mediko-psihologichnoï dopomogi hvorim z psihosomatichnimi ta somatopsihichnimi rozladami / I. D. Spirina, S. F. Leonov, S. V. Rokutov [ta in.] // Ukr. visn. psihonevrologii. – 2012. – Vol. 3. – P. 225.

19. Naduta-Skrinnik O. K. Mediko-social'ne obruntuvannja optimizovanoï innovacijnoï modeli pervinnoï medicinoï dopomogi na zasadah zagal'noï praktiki - simejnoï medicini : avtoref. dis. ... kand. med. nauk : 14.02.03 / Naduta-Skrinnik Oksana Kostjantinivna ; Nac. med. akad. pisljadiplom. osviti im. P.L. Shupika. – Kiïv, 2012. – 24 p.

20. Nakatis Ja. A. Problemy organizacii raboty i finansirovanija centrov psihosomaticeskoj mediciny / Ja. A. Nakatis, N. P. Vanchakova, A. P. Popov // Vestn. Sankt-Peterburg. un-ta. Ser. 11. Medicina. – 2008. – N 1. – P. 241–246.

21. Napreenko A. K. Depressivnye rasstrojstva v ambulatornoj obshhesomaticeskoj praktike / A. K. Napreenko, N. Latchman // Ukr. visn. psihonevrologii – 2002. – N 3. – P. 46–48.

22. Okladnikov V. I. Psihodiagnostika i psihokorrekcija v lechenii nejrosomaticeskikh rasstrojstv / V. I. Okladnikov // Sib. med. zhurnal. – 2014. – N 8. – P. 120–122.

23. Organizacionnaja model' pomoshhi licam, stradajushhim depressijami, v uslovijah territorial'noj polikliniki : metod. rek. N 2000/107 / podgot. V. N. Krasnovym ; Mosk. NII psihiatrii. – M. : Medpraktika, 2000. – 18 p.

24. Pedak A. A. Psihicheskie i psihosomaticeskie rasstrojstva v klinike vracha obshhej praktiki - semejnoj mediciny / A. A. Pedak. – Nikolaev : Ilion, 2011. – 694 p.

25. Pinchuk I. Ja. Mediko-social'ne obruntuvannja optimizacii sistemi nadannja dopomogi naseleennju pohilogo viku z vadami psihichnogo zdorov'ja / I. Ja. Pinchuk // Ukraïna. Zdorov'ja nacii. – 2010. – N 3. – P. 16–23.

26. Psihosomatičeskie rasstrojstva v kliničeskoj praktike psihologa / V. N. Kozhevnikov, L. I. Fusu, T. A. Kozhevnikova, V. V. Kostarev // Sib. vestn. spec. obrazovanija. – 2013. – N 1. – P. 71–83.
27. Psihosomatičeskoe otdelenie gorodskoj bol'nicy N 32: opyt sozdanija i perspektivy lečenija / N. L. Skvorcov, G. A. Ivanova, L. S. Sergeeva [i dr.] // Psihiatrija konsultirovanija i vzaimodejstvija : materialy konf., 28 marta 2003 g. – SPb., 2003. – P. 6–7.
28. Psihosomatični ta somatopsihični rozladi v praktici medicnogo psihologa / O. V. Druz', K. V. Ajmedov, V. Ė. Lun'ov, I. O. Chernenko. – Odesa : Pres-kur'er, 2016. – 372 p.
29. Rasstrojstva psihosomatičeskogo spektra: patogenez, diagnostika, lečenje : ruk. dlja vrachej / red. : G. I. Storozhakov, V. K. Shamrej. – SPb. : SpecLit, 2014. – 303 p.
30. Rusina N. A. Problemy kliničeskogo psihologa v sisteme zdravoohranenija / N. A. Rusina // Bjul. Med. internet-konferencij. – 2011. – N 7. – P. 24–28.
31. Rutc V. Problema sodejstvija psihičeskomu zdorov'ju vo vremena peremen / V. Rutc // Soc. i klin. psihiatrija. – 2007. – N 2. – P. 99–102.
32. Somatoformnye rasstrojstva v praktike semejnogo vracha. Chast' 1 / V. Ju. Prihod'ko, I. R. Mikropulo, M. V. Olejnik [i dr.] // Med. perspektivi. – 2013. – N 3. – P. 15–24.
33. Starinec' N. G. Suchasni aspekti psihosomatičnoï medicini / N. G. Starinec' // Visn. morfologii. – 2013. – N 1. – P. 220–225.
34. Topoljanskij V. D. Psihičeskoe i somatičeskoe – mnimyj dualizm / V. D. Topoljanskij // Nezavisimyj psihiatr. zhurnal. – 2014. – N 4. – P. 13–17.
35. Shmargun V. M. Psihosomatična paradigma integracii psihologii i medicini / V. M. Shmargun, T. M. Shmargun // Nauk. visn. Nac. un-tu bioresursiv i prirodokoristuvannja Ukraïni. Ser. Pedagogika, psihologija, filosofija. – 2015. – Vol. 220. – P. 307–319.
36. Clinical psychology in primary care: a descriptive study of one year of operation / S. Sánchez-Reales, M. J. Tornero-Gómez, P. Martín-Oviedo [et al.] // Semergen. – 2015. – Vol. 41, N 5. – P. 254–260.
37. Correlation between diagnosis of depression and symptoms present in primary care patients / B. Olivan-Blázquez, E. Rubio-Aranda, O. García-Sanz, R. Magallón-Botaya // Actas Esp. Psiquiatr. – 2016. – Vol. 44, N 2. – P. 55–63.

38. Crome E. Better access and equitable access to clinical psychology services: what do we need to know? / E. Crome, A. J. Baillie // *Med. J. Aust.* – 2016. – Vol. 204, N 9. – P. 341–343.
39. Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study / G. Hanel, P. Henningsen, W. Herzog [et al.] // *J. Psychosom. Res.* – 2009. – Vol. 67, N 3. – P. 189–197.
40. Feldman M. D. Managing psychiatric disorders in primary care: 1. Depression / M. D. Feldman // *Hosp. Pract.* – 2000. – Vol. 35, N 6. – P. 75–78, 81–84.
41. Gubb K. Psychosomatics today: a review of contemporary theory and practice / K. Gubb // *Psychoanal. Rev.* – 2013. – Vol. 100, N 1. – P. 103–142.
42. Henningsen P. Still modern? Developing the biopsychosocial model for the 21st century / P. Henningsen // *J. Psychosom. Res.* – 2015. – Vol. 79, N 5. – P. 362–363.
43. Jakovljević M. Psychopharmacotherapy and comorbidity: conceptual and epistemological issues, dilemmas and controversies / M. Jakovljević // *Psychiatr. Danub.* – 2009. – Vol. 21, N 3. – P. 333–340.
44. Klemm A. C. A longitudinal analysis of the inpatient treatment of the elderly in psychosomatic departments / A. C. Klemm, G. Heuft // *Z. Psychosom. Med. Psychother.* – 2013. – Vol. 59, N 3. – P. 290–300.
45. Kumar S. Psychosomatic illness among patients attending medical outpatient department / S. Kumar, A. Rashmi // *J. Indian Med. Assoc.* – 2004. – Vol. 102, N 6. – P. 330–331.
46. Matthews G. Multidimensional profiling of task stress states for human factors: a brief review / G. Matthews // *Hum. Factors.* – 2016. – Vol. 58, N 6. – P. 801–813.
47. McIntyre R. S. Understanding needs, interactions, treatment, and expectations among individuals affected by bipolar disorder or schizophrenia: the UNITE global survey / R. S. McIntyre // *J. Clin. Psychiatry.* – 2009. – Vol. 70, suppl. 3. – P. 5–11.
48. Menon V. Establishing a psychosomatic clinic in a low resource setting: Process, challenges, and opportunities / V. Menon, S. Sarkar, S. Thomas // *J. Neurosci. Rural. Pract.* – 2016. – Vol. 7, N 1. – P. 171–175.
49. Nakao M. Clinical characteristics and referral patterns of outpatients visiting a Japanese psychosomatic medicine clinic / M. Nakao, T. Takeuchi // *Int. J. Behav. Med.* – 2016. – Vol. 23, N 5. – P. 580–588.
50. Nau J. Y. Management of psychophysiologic disorders / J. Y. Nau // *Rev. Med. Suisse.* – 2007. – Vol. 3, N 110. – Art. No 1211.

51. Nomura S. Primary care for depression / S. Nomura // *Nihon Rinsho*. – 2007. – Vol. 65, N 9. – P. 1609–1613.
52. Pommer P. Psychosomatic aspects / P. Pommer // *Dtsch. Arztebl. Int.* – 2016. – Vol. 113, N 26. – art. No 462.
53. Psychosomatic medicine in Germany: more timely than ever / S. Zipfel, W. Herzog, J. Kruse, P. Henningsen // *Psychother. Psychosom.* – 2016. – Vol. 85, N 5. – P. 262–269.
54. Rajna P. Neuro-psychiatric conditions in rural Hungary / P. Rajna // *Ideggyogy Sz.* – 2008. – Vol. 61, N 3/4. – Art. No 76.
55. Regier D. A. Somatic presentations of mental disorders: refining the research agenda for DSM-V / D. A. Regier // *Psychosom. Med.* – 2007. – Vol. 69, N 9. – P. 827–828.
56. Significance of comorbid psychological stress and depression on outcomes after cardiac rehabilitation / S. Kachur, A. R. Menezes, A. De Schutter [et al.] // *Am. J. Med.* – 2016. – Vol. 129, N 12. – P. 1316–1321.
57. Saxena S. Challenges and opportunities in global mental health: a perspective from WHO / S. Saxena // *Epidemiol. Psychiatr. Sci.* – 2016. – Vol. 25, N 6. – P. 495–498.
58. Tsai S. L. A comparison of the cost-effectiveness of hospital-based home care with that of a conventional outpatient follow-up for patients with mental illness / S. L. Tsai, M. B. Chen, T. J. Yin // *J. Nurs. Res.* – 2005. – Vol. 13, N 3. – P. 165–173.
59. Van der Wall E. E. Cardiac disease and depression; a direct association? / E. E. Van der Wall // *Neth. Heart J.* – 2016. – Vol. 24, N 9. – P. 495–497.
-