

Є. Я. Пшук, Н. Г. Пшук  
**ОЦІНКА ВИРАЖЕНОСТІ БАЗИСНИХ КОПІНГ-СТРАТЕГІЙ  
 У ПАЦІЄНТІВ З ПАРАНОЇДНОЮ ШИЗОФРЕНІЄЮ**

Є. Я. Пшук, Н. Г. Пшук  
**ОЦЕНКА ВИРАЖЕННОСТИ БАЗИСНЫХ КОПИНГ-СТРАТЕГИЙ  
 У БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Ye. Ya. Pshuk, N. G. Pshuk  
**EVALUATION BASIS OF SEVERITY OF COPING STRATEGIES IN PATIENTS  
 WITH PARANOID SCHIZOPHRENIA**

С целью изучения особенностей копинг-стратегий (КС) у больных параноидной шизофренией было обследовано 168 пациентов в возрасте от 21 года до 45 лет с эпизодическим типом течения (77) и беспрерывным (91) по диагностическим критериям МКБ-10 с использованием психопатологического, психодиагностического и статистического методов. Для исследования КС была использована методика J. H. Amirkan. Установлено, что в силу нарушений интерперсональных отношений происходит блокирование антистрессовых возможностей пациентов с шизофренией и достоверно редко они используют КС «поиск социальной поддержки». Доминирующей КС является «избегание», что служит основной формирования дезадаптивных форм поведения. КС «решение проблем» занимает промежуточное положение. Определяется динамика использования репертуара КС в зависимости от длительности течения шизофренического процесса. Пациенты с длительностью заболевания до 4-х лет чаще используют КС «социальная поддержка», а 4 года и больше — КС «избегание», что свидетельствует об изменении личностной структуры больных и прогрессирующем нарастании эмоционально-волевого уплощения.

**Ключевые слова:** параноидная шизофрения, копинг, стресс, предиктор, поведение

З метою вивчення особливостей копинг-стратегій (КС) у хворих на параноїдну шизофренію було обстежено 168 пацієнтів у віці від 21 до 45 років з епізодичним типом перебігу (77) і безперервним (91) за діагностичними критеріями МКБ-10 з використанням психопатологічного, психодіагностичного та статистичного методів. Для дослідження КС була використана методика J. H. Amirkan. Встановлено, що в силу порушень інтерперсональних відносин відбувається блокування антистресових можливостей пацієнтів з шизофренією і достовірно рідко вони використовують КС «пошук соціальної підтримки». Домінуючою КС є «уникнення», що служить підґрунтям формування дезадаптивних форм поведінки. КС «вирішення проблем» займає проміжне положення. Визначається динаміка використання репертуару КС залежно від тривалості перебігу шизофреничного процесу. Пацієнти з тривалістю захворювання до 4-х років частіше використовують КС «соціальної підтримки», а 4 роки і більше — КС «уникнення», що свідчить про зміну особистісної структури хворих і прогресуюче наростання емоційно-волевого сплощення.

**Ключові слова:** параноїдна шизофренія, копинг, стрес, предиктор, поведінка

To study the features of coping strategies (CS) in patients with paranoid schizophrenia was examined in 168 patients aged 21 to 45 years with episodic type of flow (77) and uninterrupted (91) on the diagnostic criteria for ICD-10 with psychopathology, psycho-diagnostic and statistical methods. To investigate the CS method was used J. H. Amirkan. It is found that due to violations of interpersonal relationships, there is blocking anti-stress capacity of patients with schizophrenia and fairly rare they use CS "search of social support." The CS is the dominant "avoidance", which is the main form of disadaptive behaviors. CS "problem-solving" occupies an intermediate position. Determined by the dynamics of the use of the repertoire of the CS, depending on the duration of the flow of schizophrenia. Patients with a disease duration of up to 4 years old often use CS "social support", and 4 years and more — CS "avoidance", which indicates a change in personality structure of patients and a progressive increase in the emotional-volitional flattening.

**Keywords:** paranoid schizophrenia, coping, stress, a predictor, behavior

Сучасними дослідниками встановлено, що свідомі зусилля хворих, що спрямовані на ліквідацію або ж зменшення впливу стресу (копінг-стратегії), є важливим чинником, що впливає на подальший перебіг захворювання, рівень соціальної та професійної адаптації хворих [1, 7, 8]. Способи, за допомогою яких пацієнти долають ситуацію хвороби, визначають типи реагування на захворювання та ступінь ефективності всього лікувально-діагностичного процесу. Наведені дані переконливо показали, що є кореляція між ступенем психічного здоров'я та способом подолання стресу. Показано, що психічно менш здорові особи схильні більш поверхнево сприймати значущі події, швидше підкоряться в складних ситуаціях, гірше справлятися з неконтрольованими стресорами. При цьому виявляється дефіцит здатності переоцінки і є тенденція до уникнення, самозвинувачення, агресії [6, 10]. Незважаючи на наявні результати, не можна не враховувати ту обставину, що проведені до теперішнього моменту дослідження лише частково показують

ймовірність виникнення «великих психічних розладів» під впливом стресових подій [9]. Більшість експериментальних і клінічних досліджень, що стосуються захворювань шизофреничного кола, побудовані на концепції «ранимість — стрес — подолання» як визначальний чинник ремісій і загострень та соціальної адаптації [1, 3]. Існують дані, згідно з якими пацієнти з шизофренією здатні уникати вирішення проблеми, уникаючи контактів, вбачаючи в них причину розвитку свого хворобливого стану, що, на думку автора, посилює хворобливі переживання, посилює їхню подальшу соціально-психологічну дезадаптацію; разом з цим, пацієнти демонструють готовність приймати відповідальність за свої дії і вчинки [4, 11].

Метою нашого дослідження було визначення рівня базисних копинг-стратегій у пацієнтів з параноїдною шизофренією.

За умови інформованої згоди було обстежено 168 хворих (97 чоловіків та 71 жінка), які страждають на параноїдну шизофренію. Основними критеріями включення хворих в дослідження були наявність загальних діагностичних критеріїв шизофренії (F20.0); наявність

епізодичних проявів психозу з прогредієнтним розвитком «негативної» симптоматики у проміжках між психотичними епізодами; стан ремісії; наявність сім'ї власної або ж батьківської; згода дружини, чоловіка або ж іншого референтного родича взяти участь у дослідженні. Критеріями виключення були: вік хворих менш 21 року та більш 45 років з метою виключення вікових патопластичних впливів на прояв хвороби; домінування в клінічній картині неадекватності у поведінці; наявність гострого продуктивної симптоматики або ж наявність гострого маніакального чи депресивного стану; наявність ознак шизофренічного дефекту. За діагностичними критеріями МКХ-10 у 77 пацієнтів діагностований епізодичний тип перебігу з наростаючим дефектом та у 91 — безперервний. Обстежені хворі перебували у віці від 21 до 45 років (в середньому  $34,1 \pm 0,8$  роки). Тривалість спостереження цих хворих відповідала вимогам МКХ-10 та була не менше року, в середньому 2,7 роки. Зі всього загалу обстежених тривалість хвороби у 57 пацієнтів була до 4-х років (1ОГ), у 58 — 4—8 років (2ОГ) та у 53 хворих — більше 8 років (3ОГ). Середній вік маніфестації захворювання —  $25,3 \pm 2,9$  роки. Контрольну групу (КГ) склали 55 практично здорових респондентів.

Методи дослідження: клініко-анамнестичний, соціально-демографічний, психометричний, статистичний. Для вивчення базисних копінг-стратегій (КС) була використана психодіагностична методика «Індикатор стратегій подолання стресу» (CSI), яка була створена J. H. Amirkhan в 1988 році та адаптована для проведення досліджень в Росії Н. А. Сиротою та В. М. Ялтонським [2, 5].

Як показало проведене дослідження, базисна КС «пошук соціальної підтримки» є важливою ланкою у соціально-підтримуючому процесі. В структурі копінг-поведінки пацієнтів з шизофренією КС «пошук соціальної підтримки» мала відносно незначну представленість (бальна оцінка —  $18,4 \pm 0,5$  бали; здорові чоловіки —  $29,1 \pm 0,7$  бали,  $P < 0,001$ ). Високий рівень розвитку базисної КС пошуку соціальної підтримки у пацієнтів з шизофренією, зважаючи на клініко-психопатологічні особливості розвитку захворювання є порушеними інтерперсональні стосунки з референтними особами, такі особи все рідше звертаються за соціальною підтримкою до представників соціальних мереж та близьких людей. Лише незначна кількість хворих, які були нами обстежені (13,1 %) за обставин наявного стресу, намагалась віднайти соціальну підтримку. Однак, складні, напружені відносини з оточуючими, були причиною блокування антистресових можливостей. Коли ж обстежені нами хворі потрапляли в середовище осіб, які не мали прямого відношення до хворих, не мали дружніх стосунків з ними, а подекуди навіть виявляли адиктивні форми поведінки, — це спонукало їх шукати соціальної підтримки саме у них. Середній рівень розвитку базисної КС пошуку соціальної підтримки реєструвався у 32,7 % обстежених хворих, низький — у 54,2 % пацієнтів.

Використання базисної КС пошуку соціальної підтримки пацієнтами з шизофренією мало пасивний характер. Хоча пацієнти з шизофренією намагались використати таку КС, але зважаючи на те, що міжособистісні стосунки у соціальному середовищі були порушеними, підтримка соціуму була непостійною і не завжди відповідала очікуванням пацієнтів. Постійний вплив та контроль референтних родичів, які постійно намагались контролювати вчинки, поведінку, процес лікування, сприймалось хворими негативно та супроводжувалось

реакцією протесту, агресією, дратівливістю, нездатністю налагоджувати стосунки в соціальному середовищі.

Реакція протесту та невиконання власних обіцянок призводили до наростання відмежованості та емоційного дистанціювання в міжособистісних стосунках із референтними родичами. Надто обмежене коло спілкування та відсутність соціальної підтримки у соціальному середовищі (серед друзів, знайомих) не дозволяли повною мірою використовувати антистресові можливості.

Порушені міжособистісні стосунки з просоціальним середовищем стимулювали пацієнтів на пошук допомоги в асоціальному середовищі. Тому такі пацієнти намагались за власним бажанням віднайти таке соціальне середовище, представники якого зуміли б зрозуміти думки пацієнтів та їх підтримати.

КС пошуку соціальної підтримки використовувалась хворими за умови недостатньо сформованого індивідуального досвіду вирішення життєвих проблем, де саме соціальна підтримка є одним з важливих копінг-ресурсів.

У респондентів групи контролю (КГ) високий рівень розвитку базисної КС пошуку соціальної підтримки визначався у 57,2 % ( $30,1 \pm 0,4$  бали). Такі особи були активними в пошуку допомоги у соціальному середовищі в разі виникнення власних проблем. Інтенсивне використання базисної КС пошуку соціальної підтримки дозволяло здоровим чоловікам не тільки визначати адекватні варіанти вирішення проблемних ситуацій, а й сприяло зниженню емоційного напруження, яке виникало як наслідок дистресу. Середній рівень розвитку базисної КС пошуку соціальної підтримки реєструвався у 30,9 % та низький — у 11,9 % осіб. Поведінка таких осіб була орієнтована на встановлення довірливих, дружніх стосунків з представниками соціальних мереж. Пошук соціальної підтримки передбачав необхідність спільного обговорення та вирішення проблемних ситуацій. Результатом таких дій було формування успішного колективного досвіду подолання проблем та впевненість у тому, що підтримка представників соціальних мереж є адекватною та своєчасною.

КС «вирішення проблем», за бальною оцінкою, займала проміжне місце. Так, вираженість вказаної вище стратегії у хворих на шизофренію становила  $20,4 \pm 0,3$  бали (в групі контролю —  $31,4 \pm 0,7$  бали,  $p < 0,001$ ).

Високий рівень досліджуваної КС був притаманний 19 пацієнтам (11,3 %) та 34,5 % осіб групи контролю. Середній рівень визначався у 64 (38,1 %) хворих основної групи та 54,5 % осіб групи контролю, низький, відповідно, у 85 (50,6 %) та 10,9 % обстежених.

Використання КС «вирішення проблем» пацієнтами з шизофренією супроводжувалось низькою здатністю щодо подолання стресових проявів. Причина цього, на наш погляд, полягає в тому, що в осіб, які страждають на шизофренію, є порушенням функціонування когнітивних процесів та наявність емоційно-вольового сплюснення, що є перешкодою ефективному підходу у вирішенні тієї чи іншої проблеми, її оцінці, пошуку інформації щодо наявної проблеми, вибору конструктивного варіанту її вирішення.

Пацієнти з шизофренією виявляють тенденцію неадекватно оцінювати весь масштаб проблеми, надають надцінний зміст, намагаються виокремити несуттєві аспекти ситуації чи обставин на тлі повсякчасного роздратування. За висловами пацієнтів, з метою мінімізації стресового впливу, більшість пацієнтів додатково вживали препарати підтримуючої терапії.

Коли ж пацієнти не могли вирішити проблему, виникло відчуття внутрішнього напруження, тривоги, дискомфорту. Зазвичай, такі негативно забарвлені емоційні стани супроводжувались агресивністю, нетерплячістю, непосидючістю та призводили до психічної та психологічної дезадаптації пацієнтів. У міру вирішення проблем, після допомоги референтних родичів, у пацієнтів підвищувалась самооцінка, покращувався настрій, підіймався життєвий тонус, але, подекуди, виникало хибне сприйняття реально існуючих проблем.

Між тим, здорові чоловіки сприймали наявні проблеми як реально існуючі, надавали їм певну актуальність, вважали їх виникнення закономірним явищем, детально аналізували причини їх появи, ступінь впливу на особистість.

Узагальнений, детальний аналіз наявних проблем надавав змогу здоровим чоловікам відокремлювати малозначущі проблеми та вибрати найбільш ефективні шляхи їх вирішення. При цьому, коли вони стикались з можливими перешкодами, завжди спирались на досвід інших людей в подоланні аналогічних труднощів. Якщо виникали невдачі, у здорових чоловіків знижалась впевненість у власних силах, здавалось, що самотійно вони не зможуть подолати труднощі. Однак, активна життєва позиція, усвідомлення власної відповідальності за прийняте рішення, позитивна самооцінка сприяли тому, що здорові чоловіки були орієнтовані на досягнення успіху.

КС «уникнення» ( $27,1 \pm 0,8$  бали, основна група пацієнтів;  $16,2 \pm 1,7$  бали — КГ,  $P < 0,001$ ) інтенсивно використовували 79 (47,0 %) пацієнтів з шизофренією та 16,3 % осіб групи контролю. Середній рівень виявлявся у 65 (38,7 %) обстежених основної групи та у 60,1 % осіб групи контролю. Низький рівень, відповідно, у 24 (14,3 %) та 23,6 %. У пацієнтів з шизофренією, на відміну від обстежених групи контролю, тенденція до уникнення проблем та зниження інтенсивності використання активних способів подолання стресу виражена значно більше. Використання КС «уникнення» дозволяло пацієнтам тимчасово редукувати емоційне напруження, тривогу, сприяло нівелюванню відчуття невпевненості у собі. Між тим, причина, яка сприяла виникненню емоційного дискомфорту, дратівливості, агресивності, зберігалась. Пацієнти звертали увагу на порушення міжособистісного спілкування, відчуття, схильність до усамітнення, нездатність раціонально аналізувати поточні стресові події, що посилювало вираженість негативного емоційного резонансу, дратівливості та сприяло соціально-психічний дезадаптації пацієнтів.

Однак, зважаючи на те, що в наше дослідження ми включали пацієнтів з різною тривалістю захворювання, ми вважали за доцільне провести аналіз використання копінг-стратегій пацієнтами з шизофренією в залежності від тривалості хвороби.

Як свідчать отримані дані (таблиця), пацієнти 1ОГ з метою подолання стресових ситуацій найчастіше використовують КС «пошук соціальної підтримки» (56,1 %), в той час коли пацієнти 2ОГ та 3ОГ частіше використовують КС «уникнення» (відповідно, 51,7 % та 64,1 %). Встановлені дані свідчать про те, що з подовженням тривалості хвороби (4 роки та більше) пацієнти з шизофренією намагаються уникати стресових ситуацій, а не вирішувати їх, що підтверджує наростання емоційно-вольового сплюснення, ангедонії та абулії у хворих.

**Копінг-стратегії хворих на параноїдну шизофренію в залежності від тривалості хвороби**

Копінг-стратегія	1ОГ		2ОГ		3ОГ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Пошук соціальної підтримки	32	56,1	16	27,6	9	17,0
Вирішення проблем	18	31,9	12	20,7	10	18,9
Уникнення	7	12,2	30	51,7	34	64,1

Цікавими та неоднозначними виявились показники використання провідних КС і у гендерному аспекті. Так, жінки частіше використовують «стратегії соціальної підтримки» та «вирішення проблем» 33 (46,5 %) та 21 (29,6 %), в той час коли чоловіки, хворі на шизофренію, ці стратегії використовують значно менше, відповідно, 32 (32,3 %) та 20 (20,6 %) ( $P < 0,001$ ).

Між тим, КС «уникнення» використовували 17 (23,9 %) жінок та 45 (46,4 %) чоловіків ( $P < 0,001$ ).

Таким чином, отримані результати свідчать про те, що психологічні конструкти соціально підтримуючого процесу функціонують як одне ціле. Вони є взаємозалежними та такими, що впливають один на одного. Лікування пацієнтів з шизофренією буде недостатнім, доки не будуть враховані чинники психологічного контексту, завдяки яким пацієнти з шизофренією нівелюють вплив наявних стресових чинників. Преморбідна вразливість до стресу, а також особливе значення стресостійкості як предиктора частоти наступних загострень роблять копінг-стратегії одними з основних цілей комплексного (психофармакологічного та психотерапевтичного) лікування. У репертуарі використання можливих копінг-стратегій хворих на параноїдну шизофренію домінує стратегія «уникнення», яка є предиктором формування дезадаптивних поведінкових паттернів.

**Список літератури**

1. Ибриегит М. О. Социальная компетентность при шизофрении: обзор современных теоретико-методологических подходов [Текст] / М. О. Ибриегит // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1996. — Вып. 1. — С. 24—31.
2. Ильин Е. П. Психология индивидуальных различий [Текст] / Е. П. Ильин. — СПб.: Питер, 2004. — С. 554—555.
3. Исаева Е. Р. Копинг-механизмы в системе приспособительного поведения больных шизофренией [Текст] : автореф. дис. на соискание уч. степени канд. псих. наук / Е. Р. Исаева. — СПб., 1999. — 21 с.
4. Исаева Е. Р. Исследование копинг-поведения больных малопрогредиентной шизофренией и неврозами [Текст] / Е. Р. Исаева, Г. Л. Исурина, Е. В. Кайдановская // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 1995. — Вып. 3—4. — С. 98—101.
5. Сирота Н. А. Копинг-поведение и психопрофилактика психосоциальных расстройств у подростков [Текст] / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Там же. — 1994. — № 1. — С. 63—74.
6. Сирота Н. А. Копинг-поведение как проблема интегративной медицины [Текст] / Н. А. Сирота, В. М. Ялтонский // Вестник постдиплом. мед. образования. — М., 1995. — С. 27—30.
7. Совладающее поведение больных шизофренией как стратегия адаптации/дезадаптации к «ситуации заболевания» / [Сирота Н. А., Соболев В. А., Давыдова И. А., Ярославская М. А.] // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика : электрон. науч. журнал. — 2013. — № 2 (2). — Режим доступа : <http://medpse.ru/climp>

8. Ряполова Т. Л. Особенности копинг-поведения больных с манифестным эпизодом шизофрении [Текст] / Т. Л. Ряполова // Медицинская психология. — 2011. — № 2. — С. 39—44.

9. Hautzinger M. Kognitive Veränderungen als Folgen nicht als Ursache der Depression [Text] / M. Hautzinger // Zeitschrift für Personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie. — 2003. — № 2. — С. 377—387.

10. Perez M. Bewältigung von Alltagsbelastungen und seelische Gesundheit [Text] / M. Perez // Zeitschrift für Klinische Psychologie. — 2008. — B. XVII, № 4. — С. 292—306.

11. Scheier M. F. Optimism, coping, and health: Assessment — and implications of generalized outcome expectancies [Text] / M. F. Scheier M. F., C. S. Carver // Health Psychol. — 2005. — Vol. 4. — P. 219—247.

Надійшла до редакції 27.08.2014 р.

**ПШУК Євген Ярославович**, кандидат медичних наук, асистент кафедри психіатрії та медичної психології з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця; e-mail: yevhen.pshuk@gmail.com

**ПШУК Наталія Григорівна**, доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри медичної психології та психіатрії з курсом післядипломної освіти Вінницького національного медичного університету імені М. І. Пирогова, м. Вінниця; e-mail: pshuk\_ng@mail.ru

**PSHUK Yevhen Yaroslavovych**, MD, PhD, Assistant of Professor of Department of Psychiatry and medical Psychology with a course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia; e-mail: yevhen.pshuk@gmail.com

**PSHUK Nataliia Grygorivna**, Doctor of Medical Sciences, Professor, Head of Department of Medical Psychology and Psychiatry with the Course of Postgraduate Education of Vinnytsia National Pirogov Memorial medical University, Vinnytsia; e-mail: pshuk\_ng@mail.ru

УДК: 616.08-039

*Б. С. Федак*

## НЕПСИХОТИЧЕСКИЕ ПСИХИЧЕСКИЕ РАССТРОЙСТВА В КЛИНИКЕ СОМАТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

*Б. С. Федак*

## НЕПСИХОТИЧНІ ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ В КЛІНІЦІ СОМАТИЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

*B. S. Fedak*

## NONPSYCHOTIC MENTAL DISORDERS IN CLINIC OF SOMATIC DISEASES

Нами были изучены расстройства психической сферы в структуре клинической картины больных ишемической болезнью сердца с приступами стенокардии, инфарктами миокарда, транзиторными ишемическими атаками, обострениями язвенной болезни желудка и 12-перстной кишки. В результате клинико-психопатологического исследования была определена клиническая структура и общие закономерности формирования непсихотических нарушений психической сферы у этих больных. Полученные результаты показали, что у всех больных с острыми соматическими состояниями наблюдаются разнообразные нарушения психической сферы непсихотического регистра. Это послужило основой для создания дифференцированной системы медико-психологического сопровождения больных.

**Ключевые слова:** соматические заболевания, непсихотические психические расстройства, нозогенные реакции психической дезадаптации

Нами було досліджено стан психічної сфери у хворих, які перенесли гострі стани терапевтичного профілю (ішемічна хвороба серця (ІХС) з нападами стенокардії, інфарктом міокарда, транзиторними ішемічними атаками, загостреннями виразкової хвороби шлунка і 12-палої кишки. В результаті клініко-психопатологічного дослідження була визначена клінічна структура і загальні закономірності формування непсихотичних порушень психічної сфери у цих хворих. Отримані результати показали, що в усіх хворих з гострими соматичними станами спостерігаються різноманітні порушення психічної сфери непсихотичного регістра. Це послужило підґрунтям для створення диференційованої системи медико-психологічного супроводу хворих.

**Ключові слова:** соматичні захворювання, непсихотичні психічні розлади, нозогенні реакції психічної дезадаптації

Was investigated state psychiatric patients after acute state therapeutic profile (coronary heart disease with attacks of stenocardia, myocardial infarction, transient ischemic attack, acute gastric ulcer and 12 duodenal ulcer. Clinical-psychopathological research allowed to determine the structure and manifestations of the general laws of formation of non-psychotic psychiatric disorders. The results showed that all patients with acute somatic state observed a variety of non-psychotic psychiatric disorders register. This was the basis for the creation differentiated health-psychological support of patients.

**Keywords:** physical illness, nonpsychotic mental disorders, nozogenic reaction by mental disadaptation

В настоящее время в Украине, как и во всех европейских странах, отмечается стойкая тенденция к росту заболеваний сердечно-сосудистой и цереброваскулярной систем, а также другой системно-органной принадлежности, которые можно отнести к разряду психосоматических. Наряду с нарушением уровня социального функционирования и снижением качества жизни этих больных, наиболее угрожающими являются острые состояния, такие как приступы стенокардии при ишемической болезни сердца (ИБС), инфаркт миокарда (ИМ), гипертонические кризы у больных артериальной гипертензией, мозговые инсульты и транзиторные ишемические атаки (ТИА).

© Федак Б. С., 2014

Вместе с тем, многочисленные авторы в исследованиях последнего времени указывают на недостаточное изучение вопросов медико-психологического сопровождения этой категории больных и психотерапевтической коррекции имеющихся у них нарушений психической сферы [4, 6, 9, 10].

Вышеизложенное обуславливает необходимость проведения систематизированных исследований в этой области. Необходимо также внедрение новых организационных форм реализации медико-психологических и психотерапевтических мероприятий на ранних уровнях медицинской помощи населению Украины с учётом реформирования отрасли. Одним из наиболее приоритетных направлений является разработка новых программ медико-психологического сопровождения больных