

МЕДИЧНА ПСИХОЛОГІЯ

УДК 159.9:616.89]:159.947.23–044.247-043.5

DOI <https://doi.org/10.32782/psy-visnyk/2026.1.6>**Калмикова Л. О.***доктор психологічних наук, професор,
завідувач кафедри психології і педагогіки дошкільної освіти
Університету Григорія Сковороди в Переяславі
ORCID: 0000-0002-7538-2635***Калмиков Г. В.***доктор психологічних наук, професор,
професор кафедри психології і педагогіки дошкільної освіти
Університету Григорія Сковороди в Переяславі
ORCID: 0000-0002-1378-5236***Кириченко Т. В.***кандидат психологічних наук, доцент,
доцент кафедри психології і педагогіки дошкільної освіти
Університету Григорія Сковороди в Переяславі
ORCID: 0000-0002-6845-0628***КОМУНІКАЦІЯ, ІНТЕРАКЦІЯ, ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ І АВТОНОМІЯ
ПСИХОЛОГА-КОНСУЛЬТАНТА В СИСТЕМІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я****COMMUNICATION, INTERACTION, RESPONSIBILITY AND AUTONOMY
OF THE PSYCHOLOGIST-CONSULTANT IN THE HEALTHCARE SYSTEM**

У статті розглядаються провідні аспекти професійної діяльності психологів-консультантів у сфері охорони здоров'я. Зазначається, що психологи з такою спеціалізацією затребувані в сучасних умовах функціонування медичних установ, санаторіїв, профілакторіїв, де люди відновлюють не тільки соматичне, а й психічне здоров'я, користуючись послугами психолога. Отже, допомога психолога-консультанта це вимога часу. В статті визначається, що комунікація й інтеграція психолога-консультанта в охороні здоров'я – це комплексна взаємодія з пацієнтами, їхніми сім'ями та колегами, спрямована на сприяння лікуванню та підтримку, що вимагає дискурсивного впливу, довірливої бесіди, емпатії, активного слухання, уміння вибудовувати довіру та створювати комфортну атмосферу, а також знання специфіки медичного середовища, що включає повагу до пацієнта, компетентність та співпрацю з лікарями для створення комплексу. Зауважується, що в сучасній психоконсультаційній практиці спостерігається некоректне вживання і тлумачення комунікації й інтеракції. Прояви інтеракції часто необґрунтовано відносять до комунікації. Проте сучасна психологія розмежовує ці феномени, а саме: до *комунікації* відносить суто мовленнєві процеси: говоріння (висловлювання), аудіювання (сприймання і розуміння), читання і письмо, а до *інтеракції* – взаємодію (немовленнєву), співпрацю, співробітництво, прояв ставлення, взаємовідносини, де є місце для вияву поваги, емпатії, доброзичливості тощо. Також в статті розглядаються специфічні особливості комунікації й інтеракції психологів-консультантів в охороні здоров'я, їхньої відповідальності та автономії, зазначається, що вони мають спрямовувати свої дії на доцільну взаємодію з пацієнтами, розуміти відмінності між комунікацією й інтеракцією, що сприяє підвищенню результативності психоконсультаційної роботи; розкривається суть принципів пацієнтоцентричності та міждисциплінарної взаємодії, основні аспекти діяльності (сеттінг, психоутворення, робота з кризою); висвітлюються провідні правила відповідальності (компетентність, конфіденційність, поінформована згода, професійні кордони, благополуччя клієнта та ін.); визначається автономія психолога-консультанта, як баланс між професійною незалежністю та жорсткими клінічними протоколами.

Ключові слова: інтеграція, психолог-консультант, охорона здоров'я, принципи, взаємодія з лікарями, емпатія, компетентність, висловлювання, сеттінг, робота з травмою, етичні і цифрові стандарти, психоутворення, поінформована згода, професійні кордони, клінічні протоколи, професійна незалежність, благополуччя клієнта, рефлексія.

The article discusses the leading aspects of the professional activities of counselling psychologists in the field of healthcare. It notes that psychologists with this specialisation are in demand in the current conditions of medical institutions, sanatoriums, and health resorts, where people restore not only their physical but also their mental health by using the services of a psychologist. Therefore, the assistance of a counselling psychologist is a requirement of our time. The article defines that communication and integration of a counselling psychologist in healthcare is a complex interaction with patients, their families and colleagues, aimed at facilitating treatment and support, which requires discursive influence, trusting conversation, empathy, active listening, the ability to build trust and create a comfortable atmosphere, as well as knowledge of the specifics of the medical environment, which includes respect for the patient, competence and cooperation



with doctors to create a complex. It should be noted that in modern psychological counselling practice, there is incorrect use and interpretation of communication and interaction. Manifestations of interaction are often unjustifiably attributed to communication. However, modern psychology distinguishes between these phenomena, namely: communication refers to purely verbal processes: speaking (expression), listening (perception and understanding), reading and writing, while interaction refers to (non-verbal) interaction, cooperation, collaboration, the expression of attitudes, relationships where there is room for the expression of respect, empathy, kindness, etc. The article also discusses the specific features of communication and interaction of counselling psychologists in healthcare, their responsibility and autonomy, noting that they should focus their actions on effective interaction with patients and understand the differences between communication and interaction, which contributes to the effectiveness of psychological counselling. It reveals the essence of the principles of patient-centredness and interdisciplinary interaction, the main aspects of activity (setting, psychotherapy, crisis work). The leading rules of responsibility (competence, confidentiality, informed consent, professional boundaries, client well-being, etc.) are highlighted. The autonomy of the counselling psychologist is defined as a balance between professional independence and strict clinical protocols.

Key words: integration, counselling psychologist, healthcare, principles, interaction with doctors, empathy, competence, expression, setting, trauma work, ethical and digital standards, psychogenesis, informed consent, professional boundaries, clinical protocols, professional independence, client well-being, reflection.

Постановка проблеми. Робота психолога-консультанта в системі охорони здоров'я є обґрунтованою з позицій людино-центрованої й інтегрованої моделей медичної допомоги, в якій психосоціальні фактори розглядаються як значущі детермінанти клінічних результатів, прихильності лікуванню й якості життя пацієнтів. Міжнародні підходи до організації охорони здоров'я підкреслюють необхідність інтеграції психічного здоров'я в медичні маршрути, включаючи первинну допомогу із застосуванням стандартизованих методів оцінки і короткотермінових доказових втручань (ВООЗ). Систематичний огляд літературних джерел засвідчує, що інтеракція поведінкового/психологічного компонента в первинній ланцюг охорони здоров'я пов'язана з покращенням результатів і може бути економічно доцільною при коректній організації моделі спільної допомоги (alaborative care), демонструє потенціал підвищення доступності й ефективності лікування поширених психічних розладів у медичній практиці, що посилює аргументи на користь штатної позиції психолога-консультанта як учасника міждисциплінарної команди, здатної до доцільної комунікації й інтеракції.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Огляди наукових джерел з collaborative care (командна модель, що передбачає: лікаря, координатора/кейс-менеджмент і спеціаліста з психічного здоров'я, а також вимірювані результати) демонструють покращення доступу і покращення результатів лікування [2;7]; відмічають потенціал зниження витрат при стійкому впровадженні психологічного компоненту в систему охорони здоров'я [1]. Для стаціонарів і соматичних відділень активно розвивається поле consultation-liaison psychology, де психолог забезпечує діагностичну диференціацію, короткотермінові втручання (КПТ-підходи, АСТ-елементи), покращує співробітництво пацієнта з лікувальною командою, знижує його поведінкові бар'єри до лікування [2;3]. Частина досліджень з консультативно-зв'язуючої моделі в медстаціонарах, історично гетерогенна за дизайнами, потребує коректної постановки KPL і вибору моделі використання. Маються на увазі не разові консультації, а маршрут з вимірюваними результатами [2;5]. Існують публікації з cost-effectiveness інтегрованих паке-

тів психіатричної/психотерапевтичної допомоги (в різних країнах і форматах), які підтверджують, що при правильній організаційній моделі, психологічна допомога може бути економічно виправданою [1;7]. Є роботи, де доводиться, що cost-effectiveness для окремих конфігурацій «психолог в первинній допомозі» оцінюється як недостатня допомога [4;8]. Це є аргументом на користь «грамотного» дизайну психологічної служби (протоколи, triage, вимірювання результатів, маршрутизація), а не проти самої ролі психологічної допомоги у первинній ланці охорони здоров'я [5;6].

Мета статті – описати роль психолога-консультанта в охороні здоров'я щодо комунікації й інтеракції з пацієнтом, а також суть його відповідальності й автономії при наданні психологічної допомоги.

Виклад основного матеріалу. Коморбідність психічних і соматичних станів (депресія, тривожність, вживання алкоголю, стресреакції та ін.) істотно впливають на перебіг хронічних захворювань, прихильність лікуванню, частоту звернень і якість життя. Тому психологічна допомога дедалі стає не «доповненням», а компонентом клінічного маршруту. Сучасні підходи до реформування системи охорони здоров'я орієнтують на інтегровану, людино-центровану допомогу, при якій враховуються не лише симптоми хвороби, а й поведінка, мотивація, соціальний контекст, навички саморегуляції пацієнта. Це безпосередньо узгоджується з концептом «integrated people-centred care (ВООЗ) [3]. Міжнародні рекомендації з інтеграції психічного здоров'я у первинну та інші ланки медицини засвідчують, що психосоціальні втручання можуть бути ефективно впроваджені в умовах обмежених ресурсів при правильній організації процесів і підготовці персоналу [6]. Мета діяльності психолога-консультанта в охороні здоров'я – підвищити якість і неперервність медичної допомоги через виявлення і зниження психологічних і поведінкових факторів ризику, підтримку прихильності лікуванню і використання короткотермінових доказових втручань в медичні маршрути. В первинній ланці (сімейна медицина/амбулаторія) функції психолога-консультанта це – скринінг, короткострокова терапія, психоутворення, маршрутизація [4].

У стаціонарах/соматичних відділеннях це – КЛ-допомога, робота з кризисними реакціями, взаємодія з командою. У реабілітації – відновлення функцій coping-стратегії, робота з болем/стресом/адаптацією.

Дискусійними питаннями до цього часу залишається номінація людини, що звертається за допомогою до психолога. Вона є клієнтом чи пацієнтом?

Вважаємо, що називання такої людини залежить від її актуального статусу. В лікарні – вона пацієнт, поза лікарнею – клієнт. Тобто психолог-консультант може вважати тих, хто потребує його допомоги, і клієнтом, і пацієнтом залежно від умов, в яких знаходиться людина, та її психологічного стану (в нормі, чи порушенні норми).

Основними функціями психолога-консультанта в охороні здоров'я є наступні:

1. *Скринінг і оцінка* таких станів, як депресія, тривожність стрес, вживання психоактивних речовин, суїцидальний ризик, що здійснюються за протоколами і маршрутами;

2. Короткотермінові втручання доказових підходів у медичному форматі із застосуванням КПП-орієнтованих технік, мотиваційного інтерв'ювання, навиків саморегуляції, АСТ-елементів, психоутворення;

3. *Підтримка прихильності* лікуванню через поведінкову активізацію, роботу з батьками, планування, комунікацію («лікар-пацієнт»);

4. *Маршрутизація* – визначення рівня допомоги (самопомоги/групи, індивідуальної терапії, психіатра, відділення за логікою stepped care);

5. *Психологічний супровід соматичних пацієнтів* (адаптація до діагнозу, хронічний біль, онко, кардіо, ендокринні профілі – за запитами відділень);

6. *Консультування медперсоналу* – комунікація зі «складними» пацієнтами, профілактика емоційного вигорання через навчання навичок і супервезійні формати [4].

Потрібне впровадження організаційної моделі з метою доведеності ролі психолога в охороні здоров'я. Для того, щоб роль психолога давала вимірювальний ефект (і проходила аудит) корисним буде передбачати: 1) єдині протоколи triage із зазначенням хто, коли направляється до психолога; 2) вимірювальні результати (PNQ-9, GAD-7, шкали якості життя, adherence метрики, повторні звернення, тривалість госпіталізації – залежно від рівня); 3) командну модель (collaborative care/integrated care) і регулярні клінічні розбори; 4) вбудованість психологічної служби в первинну медицину як рекомендований вектор інтеграції психічного здоров'я [4;8].

Робота психолога-консультанта більшою мірою побудована на комунікації.

Комунікація й інтеракція психолога-консультанта в охороні здоров'я це – комплексна взаємодія з пацієнтами, їхніми сім'ями та колегами, спрямована на сприяння лікуванню та підтримку, що вимагає дискурсивного впливу, довірливої бесіди, емпатії, активного слухання, уміння вибудовувати довіру

та створювати комфортну атмосферу, а також знання специфіки медичного середовища, що включає повагу до пацієнта, компетентність та співпрацю з лікарями для створення комплексу.

В сучасній психологічній науці і практиці спостерігається некоректне вживання і тлумачення термінів «комунікація» і «інтеракція». Часто прояви інтеракції необгрунтовано відносять до комунікації. Сучасна психологія розмежує ці феномени. До *комунікації* відносить суто мовленнєві процеси: говоріння (висловлювання), аудіювання (сприймання і розуміння), читання і письмо. *Інтеракція* – це взаємодія (немовленнєва), співпраця, співробітництво, прояв ставлення, взаємовідносини, де є місце для вияву поваги, доброзичливості тощо. З ними тісно пов'язана *соціальна перцепція*, сприйняття співрозмовника. Всі ці три процеси в їх єдності є спілкуванням [9].

Навички психолога-консультанта включають соціальну сприйнятливості, грамотне мовлення, розуміння чужої ситуації, керування емоціями та саморегуляцію. Що саме є ключовими аспектами професіоналізму, соціальної перцепції, комунікації й інтеракції?

По-перше, це визначення і розуміння мети, яка полягає у створенні терапевтичного середовища, полегшенні стану клієнта, допомозі в адаптації та вирішенні психологічних проблем у контексті захворювання (інтеракція).

По-друге, це врахування *взаємодії з пацієнтом* – встановлення довіри, прояв щирого інтересу, доброзичливості, розуміння його стану, а не осуд (інтеракція). У міждисциплінарній взаємодії це – взаємодія і комунікування з лікарями, медсестрами у команді, обмін інформацією задля досягнення спільної мети. Щодо внутрішньої комунікації, то це саморегуляція, самопомога, усвідомлення власних емоцій.

По-третє, це *володіння* комунікаційно-інтеракційними навичками важливими у роботі психолога-консультанта:

1) емпатією – здатністю відчувати та розуміти переживання іншої людини (інтеракція);

2) активним професійним говорінням і слуханням – уважним сприйняттям і розумінням суті сказаного (комунікація);

3) створенням комфорту – навичкою розслабити та вселити впевненість (інтеракція);

4) навичкою використовувати методи допомоги та дотримуватися етичних норм (інтеракція);

5) управління емоціями – навичкою правильно сприймати і справлятися зі своїми та клієнтськими емоціями (соціальна перцепція, інтеракція).

По-четверте, орієнтування на цінності – повагу до особи, відповідальність, професіоналізм, співпрацю.

По-п'яте, це потреба психолога-консультанта проявляти соціально-перцептивні й професійні комунікаційно-інтерактивні якості, а саме:

1) соціальну сприйнятливості, гнучкість у бесідах;

2) грамотну та ясну мову і доступне і зрозуміле висловлювання;

- 3) логічне мислення і вміння приймати рішення;
- 4) швидкість та глибину розуміння ситуації пацієнта чи його запиту.

Психолог-консультант використовує ці навички, якості і цінності для психодіагностики, психологічної допомоги та участі у лікувально-профілактичних заходах, працюючи в команді з медичним персоналом.

Робота психолога-консультанта у системі охорони здоров'я будується на принципах *пацієнтоцентричності та міждисциплінарної взаємодії*. Основні аспекти їхньої діяльності полягають у таких напрямках:

1. *Взаємодія із пацієнтом, що враховує сеттинг*. На відміну від приватної практики, у лікарні консультації часто відбуваються в палатах. Психолог має вміти створювати «безпечний простір» навіть в обмежених умовах лікарні. Важливе забезпечення *психоутворення* – пояснення пацієнту зв'язку між емоційним станом та фізичним одужанням (соматизацією). Також потрібна *робота з кризою* – володіння навичками повідомлення поганих новин та підтримки пацієнтів у гострих станах (перед операціями, після встановлення важкого діагнозу);

2. *Комунікація й інтеграція у медичній команді*, що ґрунтуються: а) на використанні загальної мови. Психолог перекладає психологічні терміни мовою клінічних показників для лікарів (наприклад, як депресія впливає на комплаєнтність – прихильність пацієнта до лікування); б) на міждисциплінарному підході. Участь у консилиумах, де психолог виступає експертом із ментального здоров'я, допомагаючи лікарям коригувати тактику ведення пацієнта;

3. *Етичні та цифрові стандарти*, що передбачають: а) *цифровий етикет* – використання захищених медичних платформ для відеоконсультацій та ведення електронних карток з дотриманням суворої конфіденційності; б) врахування *кордонів компетенцій* – чіткого розуміння, коли направити пацієнта до психіатра чи психотерапевта для медикаментозної підтримки;

4. *Профілактика вигорання персоналу*. Психолог-консультант часто виступає медіатором у колективі, проводячи групи підтримки (балінтовські або балінт-групи) для лікарів та медсестер, щоб знизити рівень їхнього професійного вигорання.

Відповідальність психолога-консультанта у охороні здоров'я багатогранна. Вона включає *професійну, етичну та юридичну складові*, охоплюючи турботу про благополуччя пацієнта (конфіденційність, поінформовану згоду), підтримання власної компетентності, дотримання кордонів та норм, а також відповідність посадовим інструкціям та законодавству, що особливо важливо під час роботи з психічними розладами. Психолог несе відповідальність за якісну психодіагностику, розробку корекційних програм спільно з лікарем та забезпечення безпеки клієнта/пацієнта.

Основні аспекти відповідальності перед клієнтом – це *компетентність*, що передбачає роботу в межах своєї кваліфікації, перенаправлення до

інших фахівців, якщо завдання знаходяться поза його компетенцією; *конфіденційність* – забезпечення таємниці особистої інформації; *поінформована згода* – роз'яснення цілей, методів, ризиків та очікуваних результатів; *професійні кордони* – уникнення особистих відносин та конфліктів інтересів, направлення до інших фахівців за потреби; *благополуччя клієнта/пацієнта* – створення умов вирішення проблем, надання інструментів для самопомоги.

Основні аспекти відповідальності перед собою полягають у *саморозвитку* – постійному навчанні, підвищенні кваліфікації, *саморефлексії* – аналізі власних емоцій, поведінки, запобігання вигоранню.

Основні аспекти відповідальності *перед медичною організацією* пов'язані з *дотриманням таких норм*: виконанням наказів керівництва, посадових інструкцій, правил внутрішнього розпорядку; *документацією* – своєчасним та якісним веденням медичної та службової документації; *взаємодією* – роботою у команді з лікарем, участю у розробці програм лікування.

Юридична відповідальність є обов'язковою. У разі неналежного надання допомоги можлива адміністративна або кримінальна відповідальність (наприклад, за доведення до суїциду). Таким чином, психолог-консультант у охороні здоров'я відповідає за професійну якість роботи, дотримання етичних норм і законодавства, а також за турботу про свій стан, щоб ефективно допомагати пацієнтам. Адже психолог-консультант у системі охорони здоров'я – це не просто «співрозмовник», а фахівець, діяльність якого жорстко регламентована законом і етикою.

Професійна відповідальність це – по-перше, *дотримання стандартів*. Психолог має слідувати протоколам надання медичної (психотерапевтичної) допомоги, прийнятим у системі охорони здоров'я; по-друге, *документування* – обов'язкове ведення карток пацієнта, фіксація динаміки та обґрунтування обраних методів корекції; по-третє, врахування *кордонів компетенції*. Психолог несе відповідальність за своєчасне перенаправлення пацієнта до психіатра за підозри на патологію, яка потребує медикаментозного лікування.

Етична відповідальність ґрунтується: а) на *конфіденційності* – збереженні лікарської таємниці – критичному пункті. Винятком є лише пряма загроза життю пацієнта чи оточуючих (у разі необхідності психолог зобов'язаний повідомити відповідні органи); б) на *поінформованій згоді*, згідно з якою пацієнт повинен чітко розуміти методи роботи, можливі ризики та цілі консультування; в) на *забороні подвійних стосунків*; г) на відповідальності за підтримку виключно професійної дистанції (відмова від особистих чи дружніх зв'язків із пацієнтом).

Відповідальність за безпеку (Safety) передбачає здійснення *оцінки суїцидального ризику*. Психолог несе пряму відповідальність за проведення скринінгу щодо самоушкоджуючої або суїцидальної поведінки, а також за *екологічність методів* – використання лише науково обґрунтованих підходів (доказова психологія). Експериментальні методики

без спецзгоди та контролю етичного комітету суворо заборонені.

Особиста відповідальність пов'язана із супервізією та особистою терапією. Професійний стандарт обов'язково має зобов'язувати психолога регулярно проходити супервізію, щоб не допускати емоційного вигоряння та «перенесення» своїх проблем на пацієнта, а також підвищувати кваліфікації. Акредитація фахівців охорони здоров'я має потребувати регулярного оновлення знань.

Таким чином психолог відповідає за процес (якість, безпеку, етику), але не завжди за результат (оскільки він залежить від залученості самого пацієнта), проте зобов'язаний зробити все, щоб цей результат став можливим.

Автономність психолога-консультанта в охороні здоров'я – це дотримання балансу між професійною самостійністю в межах своєї компетенції (психологічна допомога психічно здоровим людям) та інтеграцією до медичної системи, де він працює як частина команди, але не як лікар, допомагаючи з адаптацією до хвороби, стресом, подоланням труднощів, але не ставлячи діагнозів і не призначаючи лікування. Він має право на самостійне ведення клієнтів/пацієнтів, розробку програм, але повинен дотримуватися професійних стандартів та етики, а входження до системи охорони здоров'я часто вимагає додаткової підготовки та відповідності критеріям МОЗ або аналогічних органів.

Ключові аспекти автономності психолога-консультанта полягають у дотриманні ним таких *правил*:

1. *Професійна автономія*. Психолог сам обирає методи, розробляє програми, веде клієнта/пацієнта, виходячи зі своєї кваліфікації, і несе відповідальність за свої дії;

2. *Методична свобода*. Автономія у виборі конкретних психоконсультаційних технік та підходів і, зокрема психотерапевтичних (КПТ, гештальт, клієнт-центрована терапія тощо);

3. *Етична автономія*. Прийняття рішень у межах етичних кодексів, конфіденційності.

Обмеження автономії психолога-консультанта в охороні здоров'я пов'язані з такими аспектами: 1) з *інтеграцією в систему* – це робота в межах медичного закладу, підпорядкування загальним правилам; 2) з *спільною роботою з лікарями* – взаємодія з медиками, але без перетину їх функцій (діагностика, призначення лікування); 3) з *вимогами до кваліфікації* – необхідність відповідності освіти та підготовки критеріям системи охорони здоров'я.

Прояв автономії у практиці роботи психолога-консультанта це:

1. Проведення психодіагностики та оцінки ресурсів адаптації клієнта;

2. Допомога у прийнятті рішень, пов'язаних із хворобою (але не медичних);

3. Підтримка при стресі, депресії, гніві, пов'язаних із хворобою.

Таким чином, автономність психолога-консультанта в охороні здоров'я – це здатність діяти незалежно в межах психологічної допомоги, залишаючись частиною великої медичної команди, а не окремим лікарем.

Автономія психолога-консультанта у системі охорони здоров'я у 2026 році визначається в зарубіжних країнах балансом між професійною незалежністю та жорсткими клінічними протоколами. Її основні сучасні аспекти – наступні:

1. *Клінічна автономія*. Психолог самостійно вибирає методи терапії та інструменти діагностики, якщо вони відповідають доказовому підходу (ЕВМ). Він має право на «професійну думку», яка може відрізнитися від думки лікаря, якщо це стосується психологічного благополуччя пацієнта [1];

2. *Організаційні рамки*. Автономія обмежена стандартами надання медичної допомоги. Психолог зобов'язаний слідувати міждисциплінарному плану лікування, узгоджуючи свої дії з психіатрами та терапевтами у межах мультидисциплінарної команди (МДК) [2];

3. *Правовий статус*. До 2026 року законодавчо закріплено право психолога на відмову від проведення процедур, що суперечать його професійній етиці, за умови перенаправлення пацієнта до іншого фахівця [1, 4];

4. *Цифрова автономія*. Використання систем підтримки прийняття рішень (П) стало нормою, але фінальне рішення про тактику консультування залишається за фахівцем, що підтверджує його статус автономного експерта [3, 5].

Висновки. Сучасні підходи надання психологічної допомоги психологом-консультантом передбачають його участь на всіх ланках медицини: від первинної допомоги і клінічних установ – до медичної реабілітації. Принцип інтеграції психології і медицини в охороні здоров'я є провідним, з якого випливають похідні принципи: пацієнтоцентричності та міждисциплінарної взаємодії. Комунікація й інтеграція в роботі психолога-консультанта – взаємопов'язані і взаємозумовлені процеси, що забезпечують ефект у роботі, якщо їх перебіг відбувається з урахуванням правил і положень відповідальності й автономії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Cubillos L., Bartels S. M., Torrey W. C., Naslund J., Uribe-Restrepo J. M., Gaviola C., Díaz S. C., John D. T., Williams M. J., Cepeda M., Gómez-Restrepo C., Marsch L. A. The effectiveness and cost-effectiveness of integrating mental health services in primary care in low- and middle-income countries: systematic review. *BJPsych bulletin*. 2021. 45(1). 40–52. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.35>
2. Hernandez V., Nasser L., Do C., Lee W.C. Healing the Whole: An International Review of the Collaborative Care Model between Primary Care and Psychiatry. *Healthcare (Basel)*. 2024. 12(16):1679. <https://doi.org/10.3390/healthcare12161679>
3. WHO (framework): Integrated people-centred health services. <https://surf.li/fdchtd>
4. WHO EMRO guideline/report: Integrating mental health in primary health care (mhGAP- orientation). <https://www.who.int/publications/item/9789240084278>

5. LaGrotte C.A., Bullock A., Doremus C., Aricola C. Understanding the Landscape of Consultation Liaison Psychologists in Academic Medical Centers. *J Clin Psychol Med Settings*. 2024. 31(4):691-698. <https://doi.org/10.1007/s10880-024-10018-4>
6. Yost J.S., Cavanagh C.E. Clinical Education: Consultation-Liaison Psychology Services. *J Clin Psychol Med Settings*. 2025. 32(1). 3-7. <https://doi.org/10.1007/s10880-025-10067-3>
7. Mueller-Stierlin A.S., Dinc U., Herder K., Walenzik J., Schuetzwohl M., Becker T., Kilian R. The Cost-Effectiveness Analysis of an Integrated Mental Health Care Programme in Germany. *Int J Environ Res Public Health*. 2022. 19(11):6814. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116814>
8. Woods J.B., Greenfield G., Majeed A., Hayhoe B. Clinical effectiveness and cost effectiveness of individual mental health workers colocated within primary care practices: a systematic literature review. *BMJ Open*. 2020. 10(12):e042052. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-042052>
9. Калмиков Г., Доброскок С., Чижма Д., Ендеберя І., Кихтюк, О. Комунікативна толерантність vs комунікативна інтолерантність як генеративна проблема. *PSYCHOLINGUISTICS*, 30(1). 2021. 26-58. <https://doi.org/10.31470/2309-1797-2021-30-1-26-58>

Дата першого надходження статті до видання: 16.02.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 18.03.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 09.04.2026