

Розділ: Медична психологія: теоретичні та прикладні питання

УДК 159.196:616.89:614.253:001.8

**ОСОБЛИВОСТІ РЕПРЕЗЕНТАЦІЇ ОБРАЗУ ПАЦІЄНТА У ЛІКАРІВ
ТА ЙОГО ЗВ'ЯЗОК З КОМПЛАЙЄНСОМ ХВОРИХ****Шестопалова Л. Ф., Кожевнікова В. А., Бородавко О. О.**

У статті розглянуто особливості репрезентації образу пацієнта у лікарів різних спеціальностей (неврологів, психіатрів та наркологів). Визначено основні форми їх ролевих позицій при взаємодії з хворими, а саме – гіперпротекція, функціональне співробітництво, партнерство та авторитарність. Показано зв'язок між характером образу пацієнта у лікарів, їх ролевою позицією та оцінкою ними рівня та типу комплайєнсу хворих.

Ключові слова: комплайєнс, психічні розлади, неврологічні розлади, лікувально-реабілітаційний процес, лікарі.

The article describes the features of the image representation of the patient by doctors of various specialties (neurologists, psychiatrists and narcologists). The basic shape of their role positions in the interaction with patients – namely giperprotektion, functional co-operation, partnership and authoritarianism. The relationship between the patient's image of the character of the doctors, their role and position of the evaluation level and type of compliance of patients.

Key words: compliance, psychiatric disorders, neurological disorders, medical treatment and rehabilitation process, doctors.

В статье рассмотрены особенности репрезентации образа пациента у врачей различных специальностей (неврологов, психиатров и наркологов). Определены основные формы их ролевых позиций при взаимодействии с больными, а именно – гиперпротекция, функциональное сотрудничество, партнерство и авторитарность. Показана связь между характером образа пациента у врачей, их ролевой позицией и оценкой ими уровня и типа комплайенса больных.

Ключевые слова: комплайєнс, психические расстройства, неврологические расстройства, лечебно-реабилитационный процесс, врачи.

Сучасний лікувальний процес, незалежно від його конкретного змісту і специфіки, є не тільки медичним, але і складним психосоціальним явищем. Ефективність сучасних лікувально-реабілітаційних заходів багато в чому залежить не лише від адекватності терапевтичних технологій, але й від численних психологічних чинників та умов [1–7; 10–13]. До фундаментальних психологічних чинників, що опосередкують все розмаїття лікувально-реабілітаційних втручань, належить система мотивацій пацієнта та міжособистісні взаємини хворого і медичних спеціалістів. Мотивація лікування, активна участь пацієнтів у лікувально-реабілітаційному процесі з урахуванням його особистісних особливостей та характеру реагування на захворювання є базисом сучасного лікувально-реабілітаційного

процесу. У зв'язку з цим зростає необхідність більш глибокого вивчення медико-психологічних аспектів сучасної лікувальної практики, насамперед, комплайенсу хворих. Порушення пацієнтами терапевтичного режиму значною мірою впливає на зниження ефективності лікувально-реабілітаційних заходів, збільшення частоти рецидивів захворювання та кількості госпіталізацій [1–4; 12–17].

Особливого значення проблема комплайенсу набуває при лікуванні психічних та неврологічних розладів, коли мають місце різні когнітивні і особистісні порушення, що значною мірою ускладнюють проведення лікувально-реабілітаційних заходів. У зв'язку з цим у таких груп пацієнтів значно складніше досягти терапевтичної співпраці, ніж у хворих з соматичною патологією [1–6; 12–17]. Стійка стигматизація хворих на психічні розлади, що існує в суспільстві, також є значущим чинником, який знижує їх комплайентність.

В цьому дослідженні ми розглядаємо комплайенс як складний поведінковий симптомокомплекс пацієнта, що формується на основі його індивідуальних характеристик (особистісних якостей, мотивацій, установок, рольових позицій, переконань, емоційних реакцій), визначається особливостями захворювання та умовами лікувально-реабілітаційного процесу і спрямований на виконання лікарських рекомендацій [5; 6]. Комплайенс включає систему оцінок, установок, переконань (установчо-оціночний компонент), емоційних реакцій (емоційний компонент), мотивацій (мотиваційний компонент) та дій (поведінковий компонент) пацієнта. Основними характеристиками комплайенсу є його рівень та тип. Рівень комплайенсу є динамічною характеристикою, що відображає реалізовану в поведінці згоду на лікування, готовність до терапевтичної співпраці та участі у довготривалих лікувально-реабілітаційних програмах. Тип комплайенсу являє собою його змістовну характеристику, що відображає індивідуальні особливості системи оцінок, установок, переконань, емоційних реакцій, мотивацій та дій пацієнта щодо лікувально-реабілітаційних заходів. В ході попередніх досліджень нами було визначено та описано три рівні комплайенсу хворих (високий, середній та низький) та вісім його основних типів, а саме – конструктивний (найбільш оптимальний), формальний, пасивний, симбіотичний, нестабільний, негативістичний, дефіцитарний та змішаний [5; 6].

Аналіз літературних джерел та результати власних досліджень свідчать про те, що комплайенс хворих нерозривно зв'язаний з терапевтичним альянсом між лікарем і пацієнтом, який складається в ході лікувально-реабілітаційного процесу [7–11]. З одного боку, комплайенс є похідною терапевтичного альянсу, а з іншого – виступає вагомим чинником підтримки його належного рівня. Терапевтичний альянс (ТА) являє собою складну динамічну систему взаємовідносин та взаємодій між лікарем і пацієнтом, що формується, розвивається та функціонує в ході лікувального процесу та впливає на ефективність лікувально-реабілітаційних заходів [7]. Існують змістовні та динамічні компоненти ТА. Основними змістовними компонентами ТА виступають рольові позиції лікаря та пацієнта, які являють собою індивідуальний стиль реалізації їх соціальних ролей. Динамічними компонентами ТА є рівні його функціонування: рольовий та позарольовий. Існують такі форми рольових позицій лікарів, як гіперпротекція, функціональне співробітництво, авторитарність та партнерство. Основними формами рольових позицій пацієнтів є міжособистісна залежність, функціональне співробітництво, пасивність, партнерство, псевдопартнерство, неадекватність та дистанціювання. Залежно від особливостей

співвідношення ролевих позицій кожного з учасників взаємодії виділяються конгруентні (коли рольові позиції лікаря і хворого узгоджені між собою, компліментарні) та неконгруентні (коли рольові позиції лікаря і пацієнта неузгоджені або суперечливі) підтипи ТА. Основними типами ТА є партнерський (найбільш оптимальний), емпатійний, регламентувальний, формальний та дистантний [7–9].

Метою цієї роботи є дослідження особливостей репрезентації образу пацієнта у медичних спеціалістів, їх ролевих позицій та визначення їх зв'язку з оцінкою лікарями комплайенсу хворих.

На принципах анонімності та добровільності у дослідженні взяли участь 20 лікарів: 7 (35,0 %) неврологів, 8 (40,0 %) психіатрів та 5 (25,0 %) наркологів. Серед них було 8 (40,0 %) чоловіків та 12 (60,0 %) жінок у віці від 31 до 60 років (середній вік $(40,4 \pm 8,1)$ років). Стаж роботи лікарів становив 2–37 років (середній стаж $(17,1 \pm 8,6)$ років).

В дослідженні використовувались методи спостереження, психодіагностичний і математико-статистичний. В рамках психодіагностичного методу застосовувались «Методика оцінки репрезентації образу пацієнта лікарями» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2015), «Методика діагностики типу терапевтичного альянсу у лікарів» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2015), «Методика оцінки лікарями комплайенсу пацієнтів» (Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко, 2015). Математико-статистична обробка даних здійснювалась за допомогою методу встановлення вірогідності відмінностей (за критерієм ϕ -Фішера та U-Манна-Уїтні) та кореляційного аналізу. Обчислювання отриманих даних проводилось за допомогою пакету програм SPSS 15.0 for Windows.

Результати дослідження особливостей ролевих позицій медичних спеціалістів показали, що в цілому у лікарів домінують риси функціонального співробітництва ($(3,2 \pm 0,6)$ балів) та гіперпротекції ($(3,0 \pm 1,0)$ балів) при взаємодії з пацієнтами. Менш за все для них характерна партнерська позиція у взаєминах з хворими ($(2,2 \pm 1,2)$ балів). У неврологів превалюють ознаки гіперпротекція ($3,8 \pm 0,3$) та функціонального співробітництва ($3,3 \pm 0,6$), у психіатрів – авторитарність ($3,3 \pm 1,5$), у наркологів – функціональне співробітництво ($3,2 \pm 1,3$). У неврологів більше, ніж у психіатрів та наркологів, виражені риси гіперпротекції ($(3,8 \pm 0,3)$ балів та $(2,5 \pm 0,9)$ балів, $(2,4 \pm 1,1)$ балів відповідно, $(p < 0,05)$) та функціонального співробітництва ($(3,3 \pm 0,6)$ балів та $(2,4 \pm 0,5)$ балів, $(3,2 \pm 1,3)$ балів відповідно, $(p < 0,05)$).

Було проаналізовано особливості суб'єктивного образу ідеального та реального пацієнта у медичних спеціалістів. Так, у лікарів домінують негативні характеристики більшості пацієнтів. Якісний аналіз даних показав, що здебільшого вони вважають їх безвідповідальними (45,0 %), тривожними (30,0 %), егоїстичними (30,0 %), непослідовними (25,0 %), забудькуватими (25,0 %), вередливими (25,0 %), байдужими (20,0 %), нещирими (20,0 %), недовірливими (15,0 %), невдячними (15,0 %), неосвіченими (10,0 %), агресивними (10,0 %), ледащими (10,0 %), хитрими (10,0 %). Крім того, поодинокі відзначались такі характеристики пацієнтів, як хамуваті (5,0 %), підозріливі (5,0 %), конфліктні (5,0 %), надоїдливі (5,0 %), з завищеною самооцінкою (5,0 %), мстиві (5,0 %) та ін. Серед позитивних якостей більшості хворих лікарі виділяють доброзичливість (15,0 %), перспективність їх лікування (5,0 %), залежність (5,0 %), вимогливість (5,0 %), розсудливість (5,0 %), уважність (5,0 %), обізнаність щодо своєї хвороби (5,0 %).

Аналіз даних в залежності від спеціальності лікарів, показав, що неврологи серед позитивних якостей пацієнтів частіше за все виділяють доброзичливість (28,6 %) та зазначають, що вони цікаві для них (42,8 %). Психіатри позитивними якостями більшості хворих вважають їх різноманітність (12,5 %), перспективність їх лікування (12,5 %), залежність (12,5 %), вимогливість (12,5 %), наявність уявлень про свою хворобу (12,5 %), розсудливість (12,5 %) та уважність (12,5 %). Наркологи взагалі не виділяють позитивних якостей більшості своїх пацієнтів.

Серед негативних характеристик хворих неврологи частіше за все відзначають безвідповідальність (85,7 %), непослідовність (71,4 %), егоїстичність (71,4 %), забудькуватість (71,4 %), вередливість (71,4 %), невдячність (42,9 %), байдужість (42,9 %), нерозумність (42,9 %), нещирість (28,4 %), конфліктність (28,4 %), грубість (14,2 %), хитрість (14,2 %), підозрливість (14,2 %). Психіатри негативними рисами своїх пацієнтів вважають тривожність (62,5 %), похмурість (50,0 %), безвідповідальність (37,5 %), недовірливість (37,5 %); невпевненість (25,0 %), неврівноваженість (25,0 %), неосвіченість (25,0 %), знервованість (12,5 %), дратівливість (12,5 %), приреченість (12,5 %), непередбачуваність (12,5 %), поверхневність (12,5 %), неуважність (12,5 %), егоїстичність (12,5 %), незадоволеність всім (12,5 %), надтоїдливність (12,5 %), холоднокривність (12,5 %), некритичність (12,5 %), несамостійність (12,5 %), впертість (12,5 %). Негативними рисами пацієнтів наркологічного профілю, на думку наркологів, є дисфоричність (60,0 %), ледачість (40,0 %), брехливість (40,0 %), брутальність (40,0 %), примхливість (20,0 %), нетерплячість (20,0 %), агресивність (20,0 %), неохайність (20,0 %), тривожність (20,0 %), депресивність (20,0 %), байдужість (20,0 %), безініціативність (20,0 %), невпевненість (20,0 %), примітивність (20,0 %), ригідність (20,0 %), впертість (20,0 %), хитрість (20,0 %), непосидючість (20,0 %), завищену самооцінку (20,0 %), мстивість (20,0 %).

Ідеального пацієнта всі лікарі оцінюють позитивно ($6,4 \pm 1,3$). Основними якостями такого хворого, на їх думку, є комплайєнтність (60,0 %), відповідальність (50,0 %), довірливість (45,0 %), оптимізм (45,0 %), уважність (40,0 %), працелюбність (30,0 %), ввічливість (30,0 %), чуйність (30,0 %), дисциплінованість (25,0 %), вдячність (25,0 %), неконфліктність (25,0 %), курабельність (25,0 %), врівноваженість (25,0 %), доброзичливість (25,0 %), розсудливість (20,0 %), самостійність (15,0 %), зацікавленість (15,0 %), комунікабельність (15,0 %), грамотність (15,0 %). Негативні та ситуативні характеристики ідеального пацієнта виділяють лише лікарі–наркологи.

Неврологи серед якостей ідеального пацієнта частіше за все відзначають відповідальність (85,7 %), комплайєнтність (85,7 %), довірливість (85,7 %), дисциплінованість (71,4 %), вдячність (71,4 %), працелюбність (71,4 %), неконфліктність (71,4 %), курабельність (71,4 %), оптимістичність (71,4 %), ввічливість (71,4 %), врівноваженість (71,4 %), доброзичливість (71,4 %). Психіатри – уважність (87,5 %), розсудливість (50 %), оптимістичність (50 %), чуйність (37,5 %), відповідальність (37,5 %), комплайєнтність (37,5 %), довірливість (37,5 %), емоційність (25,0 %), самостійність (25,0 %), турботливість (25,0 %). Наркологи – комплайєнтність (60,0 %), терплячість (20,0 %), своєчасне звернення за допомогою (20,0 %), віру (20,0 %), врівноваженість (20,0 %), ввічливість (20,0 %), адекватність (20,0 %), охайність (20,0 %), правдивість (20,0 %), повагу до лікаря (20,0 %), критичність до себе (20,0 %), відповідальність (20,0 %),

готовність до змін стилю життя (20,0 %), емпатійність (20,0 %), впевненість (20,0 %), наполегливість (20,0 %), уважність (20,0 %), розсудливість (20,0 %).

В ході дослідження було проаналізовано особливості оцінок комплайенсу хворих лікарями різних спеціальностей (неврологами, психіатрами та наркологами). Так, 75,0 % лікарів оцінюють рівень комплайенсу більшості своїх пацієнтів як середній рівень; 15,0 % – як низький, 10,0 % – як високий. 85,7 % неврологів вважають, що для хворих на неврологічні розлади (НР) характерний середній рівень комплайенсу, 14,3 % – зазначають, що пацієнти повною мірою дотримуються лікувально-реабілітаційних рекомендацій. Психіатри, здебільшого, оцінюють рівень комплайенсу хворих на психічні розлади (ПР) як середній (75,0 %). 12,5 % лікарів вважають, що у цих пацієнтів має місце низький комплайенс та 12,5 % – що високий. 60,0 % наркологів характеризують комплайенс своїх пацієнтів як середній. Також вони достовірно частіше, ніж психіатри, оцінюють комплайенс хворих як низький (40,0 % та 12,5 %, ($p < 0,05$)).

За оцінками лікарів, у хворих на НР та ПР домінують риси пасивного ((4,9±1,4) балів), формального ((4,5±1,3) балів), симбіотичного ((4,3±1,8) балів) та нестабільного ((4,3±1,2) балів) типів комплайенсу. Менше за все у них виражені риси конструктивного ((2,9±1,7) балів), дефіцитарного ((3,0±1,8) балів) та негативістичного ((3,2±1,7) балів) типів. Порівняльний аналіз даних показав, що неврологи, на відміну від психіатрів та наркологів, більше схильні оцінювати комплайенс своїх пацієнтів як симбіотичний ((5,5±1,7) балів та (4,0±1,6) балів, (3,2±1,6) балів відповідно, ($p < 0,05$)) та менше – як дефіцитарний ((3,1±1,7) балів та (4,0±1,8) балів, (4,6±1,4) балів відповідно, ($p < 0,05$)).

Для визначення зв'язку між оцінками лікарями комплайенсу хворих та особливостями їх репрезентації образу хворого було проведено кореляційний аналіз. За даними дослідження, відзначається позитивний зв'язок між оцінкою лікарями рівня комплайенсу хворих, їх позитивною оцінкою більшості своїх пацієнтів (($r_s = 0,47$), ($p < 0,05$)) та гіперпротекцією як провідною рольовою позицією при взаємодії з ними (($r_s = 0,45$), ($p < 0,05$)). Оцінка лікарями комплайенсу хворих як конструктивного позитивно корелює з їх партнерською позицією (($r_s = 0,47$), ($p < 0,05$)) та функціональним співробітництвом (($r_s = 0,46$), ($p < 0,05$)) і негативно – з їх авторитарною позицією (($r_s = -0,55$), ($p < 0,05$)) у взаєминах з пацієнтами. Пасивний (($r_s = 0,48$), ($p < 0,05$)) та симбіотичний (($r_s = 0,46$), ($p < 0,05$)) типи комплайенсу хворих пов'язані з гіперпротекцією медичних спеціалістів. Оцінка лікарями комплайенсу пацієнтів як дефіцитарного корелює з їх авторитарною позицією (($r_s = 0,48$), ($p < 0,05$)) та негативною репрезентацією образу більшості хворих (($r_s = 0,56$), ($p < 0,05$)).

Таким чином, визначено особливості рольових позицій лікарів (неврологів, психіатрів та наркологів), специфіку їх репрезентації образу пацієнта та оцінки рівня і типу комплайенсу хворих на неврологічні та психічні розлади. В цілому у них домінують риси функціонального співробітництва та гіперпротекції при взаємодії з пацієнтами. У неврологів превалюють риси гіперпротекції та функціонального співробітництва, у психіатрів – авторитарності, у наркологів – функціонального співробітництва. 75,0 % медичних спеціалістів оцінюють рівень комплайенсу більшості своїх пацієнтів як середній; 15,0 % – як низький, 10,0 % – як високий. Домінуючими рисами комплайенсу у цих хворих,

на їх думку, є риси пасивного, формального, симбіотичного та нестабільного типів; найменш вираженими – ознаки конструктивного, дефіцитарного та негативістичного типів.

Виявлено зв'язок між оцінкою лікарями рівня та типу комплайенсу хворих, особливостями репрезентації образу пацієнта та їх рольовою позицією. Високі оцінки лікарів рівня комплайенсу хворих поєднуються з їх позитивною характеристикою більшості пацієнтів та гіперпротекцією при взаємодії з ними. Оцінка лікарями комплайенсу хворих як конструктивного пов'язана з їх партнерською позицією та функціональним співробітництвом і негативно – з авторитарністю у взаєминах з пацієнтами. Визначення комплайенсу хворих як пасивного та симбіотичного пов'язано з гіперпротекцією медичних спеціалістів. Характеристика лікарями комплайенсу пацієнтів як дефіцитарного корелює з їх негативною репрезентацією образу більшості хворих та авторитарною позицією у взаєминах з ними.

Отримані результати можуть бути використані для розробки системи психокорекційних та психопрофілактичних втручань, спрямованих на оптимізацію комплайенсу у різних груп хворих на неврологічні та психічні розлади.

Література

1. Абрамов, В. А. Медико–социальная реабилитация больных с психическими расстройствами: [Руководство для врачей–психиатров и социальных работников] / В. А. Абрамов, И. В. Жигулина, Т. Л. Ряполова. – Донецк : Каштан, 2006. – 268 с.
2. Данилов, Д. С. Комплаенс в медицине и методы его оптимизации (клинические, психологические и психотерапевтические аспекты) / Д. С. Данилов // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2008. – Т. 10, № 1. – С. 13–20.
3. Лутова, Н. Б. Сознание болезни и комплаенс больных психозами / Н. Б. Лутова, И. Н. Петровская, В. Д. Вид // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2014. – № 1. – С. 10–15.
4. Лутова, Н. Б. Комплаенс и психопатологическая симптоматика / Н. Б. Лутова // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. – 2012. – № 3. – С. 59–64.
5. Шестопалова, Л. Ф. Уровневые и типологические особенности комплаенса больных с психическими и неврологическими расстройствами // Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Вісник Харківського національного університету ім. В. Н. Каразіна, Сер. «Психологія». – 2014. – Випуск 55, № 1110. – С. 130–135.
6. Шестопалова Л. Ф. Умови і закономірності формування комплайенсу хворих на неврологічні та психічні розлади (психологічний аналіз) / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевникова, О. О. Бородавко // Медицинская психология. – 2015. – Т. 10, № 1 (37). – С. 3–7.
7. Шестопалова, Л. Ф. Проблема терапевтического альянса в психиатрии и неврологии / Л. Ф. Шестопалова // Психология здоровья и болезни: клинико-психологический подход: Всероссийская науч.–практ. конф. с междунар. участием. – Курск : КГМУ, 2011. – С. 427–431.
8. Шестопалова Л.Ф. Роль терапевтического альянсу в процесі формування комплайенсу хворих на неврологічні та психічні розлади / Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевникова, О.О. Бородавко // Актуальні проблеми психології: збірник наукових праць

Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – 2013. – Т. 11, Вип. 8, Ч. 2. – С. 550 – 556.

9. Шестопалова, Л. Ф. Типологічні особливості рольових позицій лікарів в умовах сучасного лікувального процесу / Л. Ф. Шестопалова, В. А. Кожевнікова, О. О. Бородавко // Український вісник психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 2 (71). – С. 117–120.

10. Шестопалова Л.Ф. Доверие в системе отношений врача и пациента и психологические факторы его формирования / Л.Ф. Шестопалова, О.А. Бородавко // Обзорение психиатрии и медицинской психологии имени В. М. Бехтерева. – 2014.– № 3. – С. 42–47.

11. Шестопалова Л.Ф. Довіра до лікаря як чинник формування комплайенсу хворих на неврологічні та психічні розлади / Л.Ф. Шестопалова, В.А. Кожевнікова, О.О. Бородавко // Медицинская психология. – 2013. – Т. 8, № 4 (32). – С. 3 – 6.

12. Bordin, E. S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance / E. S. Bordin // *Psychotherapy: theory, research and practice*. – 1979. – Vol. 16 (3). – P. 252–260.

13. Chaplin, R. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? / R. Chaplin // *Advances in psychiatric treatment*. – 2007. – Vol. 13. – P. 347–349.

14. Chaplin, R. Negotiating styles adopted by consultant psychiatrists when prescribing antipsychotics / R. Chaplin, P. Lelliott, A. Quirk et al // *Advances in psychiatric treatment*. – 2007. – Vol. 13. – P. 43–50.

15. Colom, J. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients / Colom J. // *Clin. Psychiat.* – 2000. – Vol. 8. – P. 549 – 555.

16. Gabbard, G. O. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? / G. O. Gabbard, J. Kay // *American journal of psychiatry*. – 2001. – Vol. 158. – P. 56–63.

17. Nelson, E. A. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates / E. A. Nelson, M. E. Maruish & J. L. Axler // *Psychiatric Services*. – 2000. – Vol. 51. – P. 885–889.

References

1. Abramov, V. A. Mediko–social'naja rehabilitacija bol'nyh s psihicheskimi rasstrojstvami: [Rukovodstvo dlja vrachej–psihiatrov i social'nyh rabotnikov] / V. A. Abramov, I. V. Zhigulina, T. L. Rjapolova. – Doneck : Kashtan, 2006. – 268 s.

2. Danilov, D. S. Komplaens v medicine i metody ego optimizacii (klinicheskie, psihologicheskie i psihoterapevticheskie aspekty) / D. S. Danilov // *Psihiatrija i psihofarmakoterapija*. – 2008. – Т. 10, № 1. – S. 13–20.

3. Lutova, N. B. Soznanie bolezni i komplajens bol'nyh psihozami / N. B. Lutova, I. N. Petrovskaja, V. D. Vid // *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Behtereva*. – 2014. – № 1. – S. 10–15.

4. Lutova, N. B. Komplaens i psihopatologicheskaja simptomatika / N. B. Lutova // *Obozrenie psichiatrii i medicinskoj psihologii im. V. M. Behtereva*. – 2012. – № 3. – S. 59–64.

5. Shestopalova, L. F. Urovnevye i tipologicheskie osobennosti komplajensa bol'nyh s psihicheskimi i nevrogicheskimi rasstrojstvami // L. F. Shestopalova, V. A. Kozhevnikova, O. O.

Borodavko // Visnik Harkivs'kogo nacional'nogo universitetu im. V. N. Karazina, Ser. «Psihologija». – 2014. – Vipusk 55, № 1110. – S. 130–135.

6. Shestopalova L. F. Umovi i zakonornosti formuvannja komplajensu hvorih na nevrologichni ta psihichni rozladi (psihologichnij analiz) / L. F. Shestopalova, V. A. Kozhevnikova, O. O. Borodavko // Medicinskaja psihologija. – 2015. – T. 10, № 1 (37). – S. 3–7.

7. Shestopalova, L. F. Problema terapevticheskogo al'jansa v psihiatrii i nevrologii / L. F. Shestopalova // Psihologija zdorov'ja i bolezni: kliniko-psihologicheskij podhod: Vserossijskaja nauch.–prakt. konf. s mezhdunar. uchastiem. – Kursk : KGMU, 2011. – S. 427–431.

8. Shestopalova L.F. Rol' terapevtichnogo al'jansu v procesi formuvannja komplajensu hvorih na nevrologichni ta psihichni rozladi / L.F. Shestopalova, V.A. Kozhevnikova, O.O. Borodavko // Aktual'ni problemi psihologii: zbirnik naukovih prac' Institutu psihologii imeni G.S. Kostjuka NAPN Ukraïni. – 2013. – T. 11, Vip. 8, Ch. 2. – S. 550 – 556.

9. Shestopalova, L. F. Tipologichni osoblivosti rol'ovih pozicij likariv v umovah suchasnogo likoval'nogo procesu / L. F. Shestopalova, V. A. Kozhevnikova, O. O. Borodavko // Ukraïns'kij visnik psihonevrologii. – 2012. – T. 20, vip. 2 (71). – S. 117–120.

10. Shestopalova L.F. Doverie v sisteme otnoshenij vracha i pacienta i psihologicheskie faktory ego formirovanija / L.F. Shestopalova, O.A. Borodavko // Obozrenie psihiatrii i medicinskoj psihologii imeni V. M. Behtereva. – 2014.– № 3. – S. 42–47.

11. Shestopalova L.F. Dovira do likarja jak chinnik formuvannja komplajensu hvorih na nevrologichni ta psihichni rozladi / L.F. Shestopalova, V.A. Kozhevnikova, O.O. Borodavko // Medicinskaja psihologija. – 2013. – T. 8, № 4 (32). – S. 3 – 6.

12. Bordin, E. S. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance / E. S. Bordin // Psychotherapy: theory, research and practice. – 1979. – Vol. 16 (3). – P. 252–260.

13. Chaplin, R. How can clinicians help patients to take their psychotropic medication? / R. Chaplin // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 347–349.

14. Chaplin, R. Negotiating styles adopted by consultant psychiatrists when prescribing antipsychotics / R. Chaplin, P. Lelliott, A. Quirk et al // Advances in psychiatric treatment. – 2007. – Vol. 13. – P. 43–50.

15. Colom, J. Clinical factors associated with treatment noncompliance in euthymic bipolar patients / Colom J. // Clin. Psychiat. – 2000. – Vol. 8. – P. 549 – 555.

16. Gabbard, G. O. The fate of integrated treatment: whatever happened to the biopsychosocial psychiatrist? / G. O. Gabbard, J. Kay // American journal of psychiatry. – 2001. – Vol. 158. – P. 56–63.

17. Nelson, E. A. Effects of discharge planning and compliance with outpatient appointments on readmission rates / E. A. Nelson, M. E. Maruish & J. L. Axler // Psychiatric Services. – 2000. – Vol. 51. – P. 885–889.

Надійшла до редакції 24.04.2016