

Міністерство освіти і науки України  
ВНЗ “Український католицький університет”

Факультет наук про здоров'я  
Кафедра психології та психотерапії

**ОСОБЛИВОСТІ СТАВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДО ЛІКУВАННЯ  
В КОНТЕКСТІ ОСОБИСТІСНОГО НАРЦИСИЗМУ**

**Магістерська робота**

**Виконав магістрант**  
програми з клінічної психології з  
основами психодинамічної терапії  
факультету наук про здоров'я  
стаціонарної форми навчання  
Рослюк Маркіян

**Науковий керівник**  
старший викладач  
кафедри психології та психотерапії  
кандидат психологічних наук,  
Кривенко І.С.

Львів – 2019

# ЗМІСТ

ВСТУП	ст. 3-5
РОЗДІЛ 1 СТАВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДО ЛІКУВАННЯ І НАРЦИСИЗМ	
1.1. Конструкт ставлення пацієнтів до лікування	ст. 6-16
1.2. Чинники ставлення пацієнтів до лікування	ст. 16-41
1.3. Нарцисизм і його маніфестації в ролі особистісних детермінант ставлення до лікування	ст. 42-53
2.1. Обґрунтування методичного забезпечення та процедури проведення напівструктурованих інтерв'ю з пацієнтами в закладах охорони здоров'я	ст. 54-70
2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей ставлення пацієнтів до лікування	ст. 70-73
2.2.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження рівня особистісного нарцисизму і прихильності до лікування	ст. 73-75
2.2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження рівня самооцінки та більшою прихильністю пацієнтів до лікування	ст. 75-76
2.2.3. Аналіз додаткових результатів емпіричного дослідження	ст. 76-83
2.3. Висновки	ст. 84-85
Список використаних джерел	ст. 86-94
Додатки	ст. 95

## ВСТУП

**Актуальність дослідження.** Потреба в лікуванні змінює статус людини зі здорової, у якій були відсутні хвороби, фізичні дефекти і яка перебувала в стані повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, на статус пацієнта як людини, яка очікує чи вже отримує медичну допомогу та лікування. Незалежно від виявленого порушення, у цьому зміненому статусі вагомим динамічним фактором є особисте ставлення до лікування. Риси особистості пацієнта є одним з багатьох факторів, які в сукупності визначають його ставлення до лікування. Одні, наприклад, сумлінність, відкритість до досвіду, екстравертованість - збільшують, інші, до прикладу, невротичність - зменшують прихильність до лікування, тому детермінують шанси на одужання, довготривалу ремісію, збереження якості життя, а також зниження ризику смерті. У ряді досліджень виявлено, що вища прихильність до лікування пов'язана з нижчою смертністю серед пацієнтів.

Ставлення пацієнтів до лікування у наукових публікаціях найчастіше характеризують термінами «комплаєнс»<sup>4</sup> (compliance), «адгеренс»<sup>4</sup> (adherence), «персистенс»<sup>4</sup> (persistence) та «конкорданс» (concordance). Дослідженням в цьому напрямку присвячено чимало праць науковців різних галузей – психології (Л. Остерберг, Р. Діматтео, Д. Вайнман, В. Свейл, Д. Майкенбаум, С. Альфонсо, Д. Мінц, С. Муравець), медицини і фармації (Т. Блашке, Д. Патерсон, Д. Кремер, Б. Хейнс, Й. Чуліг, К. Делакуевас, С. Сідоркевич, Е. Холмс(Фаргер), А. Сілік, С. Сімпсон, А. Зіменковський), громадського здоров'я (Д. Моріскі, А. Кособуцька, Е. Сабате, А. Чсілік ) та ін.

Та незважаючи на увагу психології до цього напрямку, все ж недостатньо висвітленим залишається аспект зв'язку ставлення до лікування з особистісними якостями пацієнта. Набуття статусу хворого, пацієнта, неодмінно апелює до самоствалення людини, її переживання себе як такої, яка потребує сторонньої допомоги (лікаря, іншого медперсоналу, рідних, медичних препаратів тощо). Тому преморбідні особливості самоствалення можуть, у значній мірі, визначати як ставлення до лікування, так і його наслідки. Відтак,

питання особистісного нарцисизму у контексті взаємозв'язку особистісних рис та ставлення до лікування є важливим предметом дослідження.

Актуальність питання ефективності інтервенцій, спрямованих на формування прихильності до лікування, та важливість ролі особистісних рис пацієнта (зокрема, нарцисизму) зумовили вибір теми дослідження.

**Об'єкт дослідження:** ставлення пацієнтів до лікування.

**Предмет дослідження:** специфіка ставлення пацієнтів до лікування в контексті вираженості нарцисизму як риси особистості.

**Мета роботи:** виявити особливості ставлення пацієнтів до лікування залежно від міри вираженості у них вразливої та грандіозної маніфестацій нарцисизму як риси особистості. Для досягнення поставленої мети та перевірки гіпотез визначено наступні **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати існуючі підходи до розуміння явища ставлення пацієнтів до лікування та визначити зміст цього поняття, встановити ключові детермінанти і розробити теоретичну модель можливого впливу особистісних чинників, зокрема, нарцисизму на ставлення пацієнтів до лікування.

2. Обґрунтувати методичні засади дослідження ставлення пацієнтів до лікування та чинників особистісного нарцисизму, підібрати психодіагностичний інструментарій для їхнього аналізу.

3. Визначити роль особистісного нарцисизму і самооцінки у системі детермінації ставлення пацієнтів до лікування без урахування профілю захворювання (соматичний/психіатричний).

4. На основі отриманих результатів окреслити основні напрями психологічної роботи із пацієнтами і/або родичами пацієнтів для забезпечення підтримки прихильного ставлення до лікування.

### **Гіпотези**

1. Пацієнти з високим рівнем особистісного нарцисизму (як вразливого, так і грандіозного) менш прихильні до лікування (щодо виконання, прихильності, постійності та узгодженості лікарських призначень і рекомендацій), ніж ті, чий особистісний нарцисизм нижчий.

2. Пацієнти з високою самооцінкою більш прихильні до лікування незалежно від профілю захворювання (соматичного/психіатричного).

**Методами емпіричного дослідження** було напівструктуроване інтерв'ю щодо аспектів ставлення до лікування, тестування та анкетування, зокрема: опитувальник NPI-16 Р.Раскіна і Х.Террі для оцінки грандіозного нарцисизму, Шкала HSNS Х.Хендіна та Дж.Чіка для оцінки вразливого нарцисизму (обидві – в перекладі та адаптації І. Кривенко, О. Сенік, Н. Пилат), шкала самооцінки М.Розенберга, опитувальник прихильності до лікування Моріскі-Гріна, шкала ангедонії Снейта-Гемільтона. Математико-статистичне опрацювання даних здійснено із застосуванням комп'ютерного пакету STATISTICA 8.0 методами описової математичної статистики та пакету MaxQDA10.0 для проведення кількісних, якісних та змішаних методів дослідження (контент-аналіз). Метод наукової інтерпретації застосовано для пояснення отриманих результатів та методологічно обґрунтованого опису рівня особистісного нарцисизму як чинника ставлення пацієнтів до лікування.

## РОЗДІЛ 1

### СТАВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДО ЛІКУВАННЯ І НАРЦИСИЗМ

#### Конструкт ставлення пацієнтів до лікування

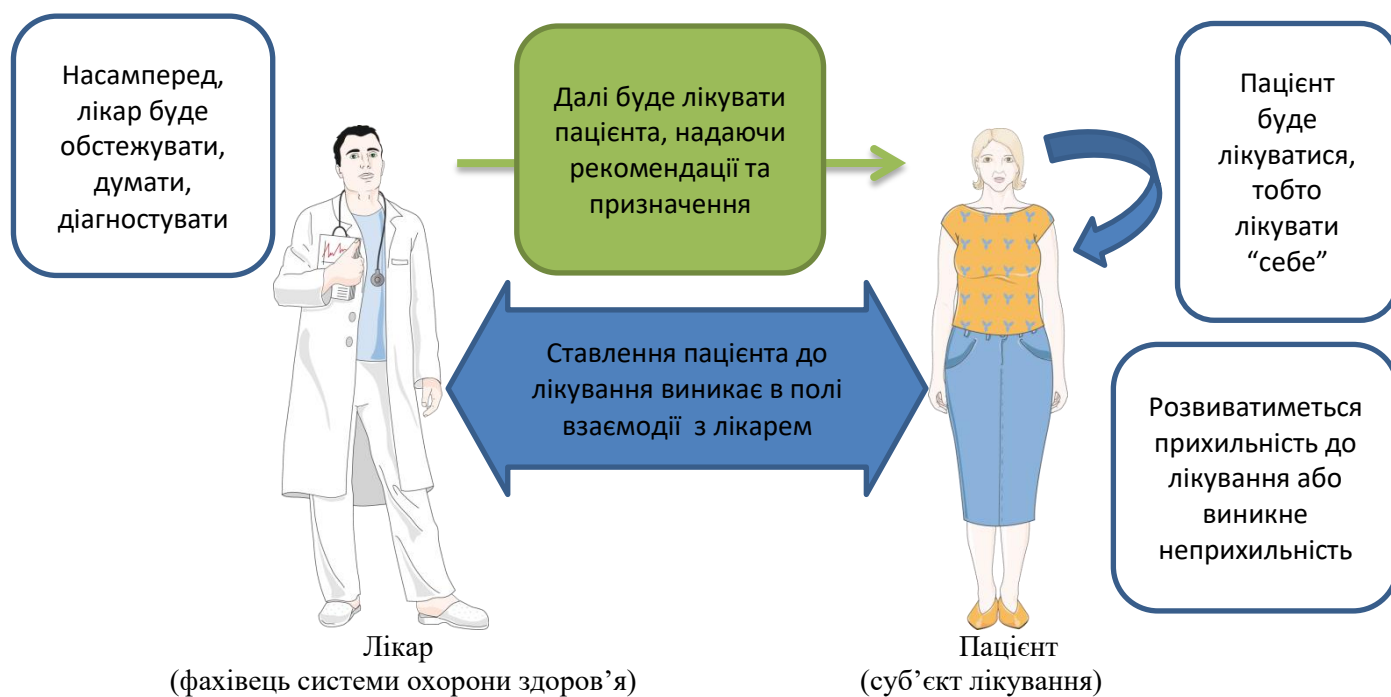
Ставлення [1] в українській мові, на відміну від англійського слова “attitude” [2], містить одразу конотацію характеру поведіння [3] з ким- або з чим-небудь. Отож воно визначає певну поведінку, спосіб або характер дій в даному випадку пацієнта [4] як хворого, що звертається до лікаря. Метою такого звернення є лікування [5] як дія зі значеннями лікувати [6] і лікуватися [7]. І тут, на відміну від універсального англійського терміну “treatment” [8], суттєвою є різна спрямованість цих дій. В першому випадку лікувати – значить застосувати ліки та інші засоби для припинення чийогось захворювання, якої-небудь хвороби чи захворювання якого-небудь органа, а в другому випадку лікуватися – означає вживати заходів для свого одужання. Постфікс “ся” в даному дієслові вказує на дію пацієнта щодо “себе” як суб’єкта [9] процесу лікування. Отож, коли йдеться про лікування не безособове, а про сфокусоване на “себе”, то неодмінно особистісні особливості зумовлюватимуть ставлення пацієнта до цього процесу включно з відповідними діями (чи бездіяльністю) та певною поведінкою у цьому контексті.

Труднощі з вивченням ставлення до лікування в Україні та нечисленність публікацій з цієї тематики виникають уже на термінологічному рівні при спробі формувати дефініції та поняття в дослівному перекладному варіанті виходячи з іншомовних джерел без врахування культурних, лінгвістичних відмінностей [10], а також різниці між системами забезпечення охорони здоров’я.

В англійській психологічній та медичній літературі [11,12] для опису впливу особистого ставлення пацієнтів до лікування за останні 6 десятиліть [13] було кілька спроб дати влучне визначення цьому феномену. Однак у широкому вжитку залишились лише окремі з них: комплаєнс [14] – транслітерований термін від англійського “compliance” [15], що означає просте дотримання призначень; адгеренс [16], що походить від “adherence” [17,18,19] та передбачає активнішу залученість пацієнта у процес лікування; конкорданс

[20], котрий в англomовному варіанті є “concordance” [21,22], що враховує для напрацювання рекомендацій і призначення лікування думку пацієнта; і також “persistence” [23], що є певною характеристикою постійності у ставленні пацієнта до лікування.

Ставлення пацієнта до лікування –це певна поведінка, спосіб або характер дій (або бездіяльності) хворого, який звернувся до фахівця системи охорони здоров'я з метою лікування. Лікування, як процес, передбачає двосторонню взаємодію (рис.1.1), в якій з одного боку фахівець буде лікувати пацієнта, даючи рекомендації та призначення, а пацієнт буде лікуватися. В якості базового поняття, опираючись на термін “adherence”, тобто “прихильність”, можемо виділити 2 різновиди такого ставлення, а саме: прихильне та неприхильне.



**Рисунок 1.1.** Схема процесу формування ставлення пацієнтів до лікування

Прихильність пацієнта, як варіант його ставлення до лікування передбачає експліцитне сприйняття наданих лікарем рекомендацій та призначень з подальшим їх виконанням упродовж заданого проміжку часу з рекомендованою частотою і готовність до подальшої планової чи, при потребі,

позапланової винятково двосторонньої взаємодії, де кожен має свою частину відповідальності, спрямованої на лікування.

Натомість, інший, протилежний варіант ставлення –це неприхильність до лікування. Вона є певною девіацією у ставленні з боку пацієнта і може набувати численних форм, виникати на різних етапах терапії та бути спровокованою низкою експліцитних чи імпліцитних [24, 25] чинників.

Очевидно, що прихильність до лікування асоціюється з позитивними наслідками для здоров'я і про це пишуть ряд авторів [26, 27, 28], зокрема, Simpson та Kim звертають увагу на прихильність як чинник зниження смертності пацієнтів [29, 29a], що є проявом ефективності.

Неприхильність пацієнта до лікування вказує на те, що в процесі взаємодії лікаря і пацієнта (Рис.1.1) виникають, чи можливо не встигають руйнуватись, певні усвідомлені, проте не обговорені, або ще зовсім неусвідомлені, бар'єри, які надалі перешкоджатимуть пацієнту лікуватися, тобто лікувати “себе” ефективно. Це трактування неприхильності пацієнта є доречним за умови, якщо первинною метою звернення є надання можливості лікарю лікувати, а самому пацієнту лікуватися. Проте в особистому ставленні пацієнта до лікування може бути безліч варіантів, зокрема таких, які можуть взагалі не передбачати ініціацію, імплементацію і континуальність [30] терапії. Оскільки навіть побувавши на консультації, пацієнт може взагалі не планувати лікуватися, що умовно можна віднести до неприхильності проте фактично це буде відмовою або небажанням. Така неприхильність виправдовує себе лише у випадку потенційно небезпечної чи шкідливої терапії, оскільки Simpson вказує, що висока прихильність до такої терапії асоціюється зі зростанням смертності [29].

У звіті ВООЗ 2003 року термін “adherence” [19] визначений як діапазон, в межах якого поведінка особи (пацієнта), прийом ліків, дотримання дієти та внесення змін у способі життя, відповідає узгодженим з лікарем рекомендаціям. В перекладі з англійської “adherence” має ряд значень, а саме дотримання, вірність, зчеплення, прихильність. Для поглиблення розуміння цього терміну важливою є також дефініція “adherence” [31], що визначається як акт, дія або

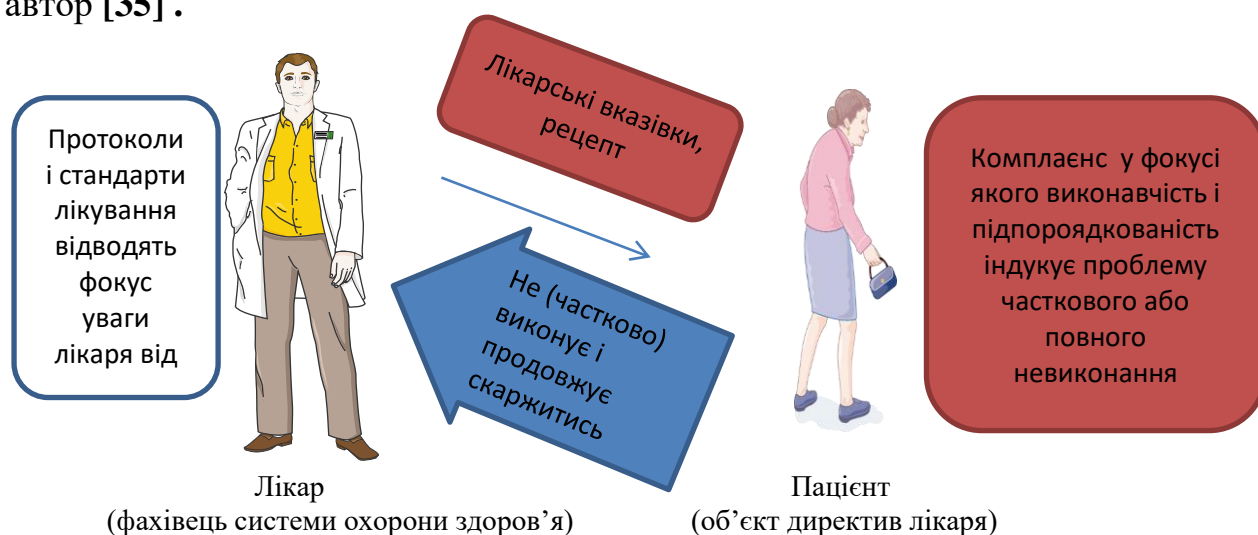


якість дотримання чи також як стійка або правдива відданість (прив'язаність, лояльність) [31]. У цьому ж словнику Meriam-Webster серед інших синонімів поняття “adherence” наводиться слово “bonding”, що позначає формування тісного взаємозв'язку (як між матір'ю і дитиною, або між людиною і твариною), особливо через часті або постійні асоціації. Власне такий взаємозв'язок добре описаний авторами і дослідниками “Теорії прив'язаності” [31, 32]. Таким чином вже на термінологічному рівні можемо звернути увагу на психодинамічний аспект [32a] у питанні ставлення пацієнтів до лікування у контексті особистості, здатності до міжособистісної взаємодії та потенційного впливу на цю динаміку рівня особистісного нарцисизму.

Перспективність подальшого дослідження прихильності пацієнтів до лікування, на нашу думку, знаходиться не в площині раціонально-поведінкового впливу, а в більш глибинному розумінні людської поведінки, у ставленні до себе у сенсі лікування “себе”. В цьому контексті можемо провести умовну паралель між взаємодією матері і дитини, в якій розвивається і формується певний тип прив'язаності (дитини), що впливає в подальшому на ставлення до себе та оточуючих і взаємодію лікаря та пацієнта (Рис. 1.1.), де також у певному стосунку розвивається і формується саме ставлення до лікування: прихильне чи неприхильне.

Варто зазначити, що аналогія за типами здорової прив'язаності та її порушення (надійна прив'язаність, відсутність прив'язаності, недиференційована прив'язаність, гіпертрофована прив'язаність, загальмована прив'язаність, прив'язаність з проявами агресії, прив'язаність з обміном ролями, психосоматична симптоматика; безпечна, ненадійна, уникаюча, амбівалентна, неорганізована, розлад прив'язаності) [33] із рівнями прихильності до лікування (повна прихильність, недостатня прихильність, відсутність прихильності до терапії) [34] також є доречною в контексті їх детермінованості сформованими особистісними рисами. Якщо особливості ставлення пацієнта поширювати і на таке лікування, як психотерапія, тоді доречним буде відповідь на запитання, наведене Frank у одноіменній статті,

“Чому пацієнти покидають психотерапію?”. Frank у цій статті зазначає, що “...оскільки терапевт багато в чому може репрезентувати собою батьківську фігуру, ми задавалися питанням, чи вплине попередній досвід з батьками на ставлення пацієнта до психотерапії і включили деякі елементи для перевірки цього. Виявилось, що пацієнти, чиї батьки перебували в безперервному прямому конфлікті, мали тенденцію відмовлятися від лікування.”, - акцентує автор [35].



**Рисунок 1.2.** Схема субординації та передумова виникнення проблеми комплаєнсу

Для кращого розуміння можливої ролі пацієнта звернемося ще раз до такого транслітерованого англомовного терміну як комплаєнс, що визначається як акт або процес виконання бажання, попиту, пропозиції або режиму чи примусу, відповідності при виконанні офіційних вимог, як схильність поступатися іншим, як здатність об'єкту пружно виходити при застосуванні сили [15]. Варто відзначити, що він більше вказує на субординацію у стосунках лікар-пацієнт (Рис 1.2.). У цьому контексті нівелюється ставлення пацієнта до лікування. Адже комплаєнс передбачає чітку оціночну категорію виконання-невиконання, яка виникає в умовах комунікації, що зводиться до пасивного підпорядкування пацієнта вказівкам лікаря.

На помилку позиції суб'єкта щодо об'єкта у специфічних людських взаємовідносинах лікар-пацієнт вказує Кемпінські у своїй роботі “Пізнання хворого”, звертаючи неодноразово увагу на недопустимість, особливо в медицині, трактування іншої людини як об'єкта [36]. Саме в таких умовах

виникає підґрунтя для цілковитого чи часткового ігнорування вказівок лікаря з боку пацієнта, який симетрично, імпліцитно відреагуватиме на цю комунікаційну проблему впродовж всього процесу лікування. (Рис. 1.2.)

За критерієм комплаєнсу такий пацієнт матиме високий ризик виявитися некомплаєнтним, на відміну від ситуації взаємодії, коли ставлення до лікування може стати прихильним. Прихильність виникає в полі інтерсуб'єктивної взаємодії лікар-пацієнт, коли пацієнт буде лікуватися, тобто лікувати “себе”, а лікар буде лікувати, тобто провадити хворого до здоров'я через подолання перешкоди у вигляді хвороби або мінімізації її згубного впливу, коли йдеться про хронічні захворювання. Важливо, щоб ця модель взаємодії сприймалась пацієнтом експліцитно, оскільки хибні очікування і надмірне відведення “ключової ролі” лікарю часто стає причиною проектування власної відповідальності пацієнта в бік лікаря або процесу лікування як такого, у безособовому його контексті.

Щодо хронічних захворювань, то тут також варто зазначити, зокрема, коли йдеться про підгрупи пацієнтів з неінфекційними захворюваннями та розладами ментального здоров'я, лікування є тривалим і відповідальним процесом для обох сторін, лікаря і пацієнта, залежить від їх взаємодії, результатом якої може стати прихильність до лікування. Варто зазначити, що саме ця група захворювань є однією з найбільш вагомих у структурі смертності в світі відповідно до звіту ВООЗ [37] і водночас є у фокусі так званих цілей сталого розвитку пов'язаних зі здоров'ям [37]. В цьому контексті планується скорочення передчасної смертності від неінфекційних захворювань на третину до 2030 року. Зазначається також, що для цього потрібно “прискорення прогресу, включаючи заходи щодо зменшення ключових факторів ризику [17], таких як вживання тютюну, забруднення повітря, нездорова дієта, низька фізична активність, шкідливе вживання алкоголю на рівні з заходами з покращення виявлення захворювань та лікування” [37]. Видання The Lancet, зокрема, констатує, що неприхильність до лікування є найбільш складним фактором ризику [17]. Також, як зазначають деякі автори, прихильність до

лікування, може бути сурогатним маркером поведінки пацієнтів орієнтованої на збереження свого здоров'я, зважаючи на доведений її вплив на зниження показника смертності, зокрема, як це не парадоксально, у групі прихильності до терапії плацебо [29]. На термінологічному рівні це слухна нагода характеризувати ставлення пацієнта до лікування не категоріями згоди-незгоди на виконання, тобто рамками комплаєнсу, що детермінує процес підпорядкування пацієнта лікарю, а робити це у контексті власне прихильності. Цей ракурс, на нашу думку, має незаперечні переваги для пацієнта, включно з більш чітким розподілом відповідальності за процес лікування і його результати.



**Рисунок 1.3.** Схема еволюції підґрунтя для процесу лікування.

ґрунт для виникнення проблеми комплаєнсу, адгеренсу, персистенсу, конкордансу в динаміці розвитку медицини (потреба врахування ставлення пацієнта, оскільки прямий контроль виконання лежить за межею поля етики і можливостей медицини).

Доречним буде звернення уваги на те, що сам процес лікування на сьогодні суттєво еволюціонував. (Рис. 1.3.) Отож ми означили прихильність до лікування як різновид поведінки, способу або характеру дій хворого, який звернувся до лікаря з метою лікування, що передбачає між ними двосторонню взаємодію, в якій один буде лікувати, а інший буде лікуватися.

Лікар дотримується протоколу – це комплаєнс лікаря, пацієнт дотримується призначеного згідно протоколу лікування – це комплаєнс пацієнта. За такої постановки питання прихильність пацієнта до лікування буде не у фокусі, зрештою як і сам пацієнт. Аналогічно нівелюється прихильність

лікаря до процесу лікування пацієнта, оскільки його акцент в такому разі буде дедалі зміщений у бік протоколу як прописаного стандарту лікування.

На труднощах, що криються в основах лікування і його сучасній парадигмі вказують ряд авторів, серед яких Tebala та Ioannidis, які промотують думку, що лікування на основі доказів було охоплене та перетворене на лікування, яке базується на рекомендаціях (так званих гайдлайнах) . Це призводить до негативного впливу на стосунки лікар-пацієнт, нехтує цінностями пацієнтів та загрожує можливим конфліктом інтересів, що є по суті своєю неприйнятним. Водночас існує пропозиція повернення пацієнта і практикуючого в центр процесу прийняття рішень у лікуванні, з метою, щоб клінічний вибір міг бути заснований на доказах, особистому досвіді лікаря та узгоджений з очікуваннями пацієнта [38, 39].

Якщо ситуацію, що склалась розглядати в площині переведення доказів, здобутих у дослідженнях, у практичну площину, тобто на рівень імплементації, то виявляється, що досі існує дуже помітний розрив. Цей трансляційний розрив між дослідженнями та практикою тепер дуже добре визнаний у багатьох аспектах охорони здоров'я на рівні ВООЗ [40]. Однією з потенційних причин такої розбіжності може виявитись проблема ставлення пацієнтів до лікування, адже у клінічних дослідженнях є категорії пацієнтів, які мали намір лікуватись (“intention to treat”) і ті, які фактично лікувалися (“per protocol”).

Саме прихильність до лікування в клінічних дослідженнях визначається і розвивається більш інтенсивною взаємодією з пацієнтом з боку фахівця-дослідника, що не завжди відтворюється у робочих реаліях комунікації з лікуючим лікарем, в умовах обмеженого часу на таку взаємодію. Дані досліджень, які враховує лікування в парадигмі медицини зорієнтованої на докази, прямо екстраполуються на реальну практику без врахування тієї ефективності, яка може суттєво різнитися. Іключовою чи достатньо вагомою причиною такої різниці буде складний мультифакторний аспект лікування та саме ставлення пацієнтів в контексті їх прихильності.

В світлі вищесказаного, аналіз ставлення до лікування на предмет лише комплаєнсу як виконавчості чи відповідності може провокувати виникнення його формального контексту у взаємодії лікар-пацієнт. В цьому випадку комплаєнс буде типом соціального реагування, тобто виконавчості, коли об'єкт впливу змінюється, щоб погодитися з джерелом впливу публічно, але не особисто [41]. Цей соціально прийнятний формат комплаєнсу відводить в бік тему прихильності пацієнта до лікування, оскільки вона виникає в полі взаємодії лікаря з пацієнтом і включає в себе прийняття пацієнтом процесу лікування (з його складовими і співвідповідальністю) на особистому рівні замість формального погодження на соціальному чи соціально прийнятному рівні. Саме тому ми вважаємо недоцільним у контексті ставлення до лікування комплаєнс та адгеренс вживати, як синонімічні поняття, як це пропонують ряд авторів, зокрема, Cramer [42], можливо для спрощення розуміння або з метою уніфікації цього беззаперечно важливого і водночас справді складного феномену.

Терміном конкорданс, який пропонує пацієнтові домовленість з боку лікаря, досягнуту між ним і пацієнтом на основі переговорів з повагою до переконань останнього при визначенні того, котрі з ліків слід приймати, коли це робити і як саме, можна описати спроби робити акцент на залученість пацієнта у процес лікування і прийняття рішень. Важливо одразу зазначити, що концепція спільного прийняття рішень (конкордансу) у медичній допомозі розділяється не усіма пацієнтами зокрема, Aronson в однойменній статті вказує, що вже час відмовитись від терміну “конкорданс пацієнта” [43]. Автор надає перевагу слову, яке вважає своєрідним терміном вибору в питанні ставлення до лікування, а саме прихильності до лікування, тобто адгеренсу, водночас термін конкорданс, в сенсі досягнення своєрідної ділової угоди між лікарем і пацієнтом, вважає оманливим і неточним [43]. Тому можна зробити висновок, що “конкорданс” як термін був винайдений з чудовими намірами просування вперед у вирішенні проблеми ставлення до лікування [44], але не зумів виправдати очікування. “Конкорданс” [45], по суті описує процес підміни

пацієнтові якості спілкування та підтримки, яку він отримує в процесі взаємодії з лікарем, своєрідними діловими переговорами з узгодження позицій, що аж ніяк не відповідає цілям лікування і не сприяє формуванню прихильного ставлення до цього відповідального процесу в своїй суті, а не по його формі.

Існує думка, що максимізація сприйняття людиною вільного вибору може відновити почуття автономії та самовизначення, таким чином пом'якшуючи реактивність. У цьому міститься певна цінність поняття конкорданс, як ідеї узгодження з пацієнтом його лікування для нейтралізації такого явища, як психологічна реактивність. Згідно задуму автора теорії психологічної реактивності Brehm, до прикладу, пацієнт сприймає ідею, що його свобода вибирати, коли і як себе поводити, обмежена діями наприклад лікаря, тому він буде схильний реагувати у спосіб, який підтверджує його свободу вибору. Часто він вирішує зробити протилежне тому, що йому рекомендував робити лікар, навіть якщо пацієнт погоджується із суттю та цінністю отриманої рекомендації. Мотиваційний стан змушує його відновлювати власну свободу. Саме це описане явище називається психологічною реактивністю [46].

Ще одна характеристика ставлення пацієнта до лікування – це персистенс. Він є часовою характеристикою проміжку від початку до припинення терапії.

В контексті ставлення до лікування персистенс – це континуальність від моменту отримання призначень і рекомендацій до моменту завершення їх виконання. Zullig та співавтори пропонують розглядати персистенс як структурний елемент моделі ABC-моделі адгеренсу [47]. Систематика ABC-моделі свідчить про існування трьох взаємопов'язаних фаз: ініціювання, впровадження та постійність. Власне персистенс і відображає постійність прийому ліків.

Враховуючи наявність ряду термінів, які в різні періоди були впроваджені для характеристики поняття ставлення до лікування ми все ж схилиємось до терміну прихильність до лікування. Цей термін, на відміну від терміну комплаєнс, дає можливість лікарю вирішувати і рекомендувати лікування, а пацієнту лікуватися, тобто лікувати себе на основі отриманих

рекомендацій і рішень лікаря. Така взаємодія в полі прихильності до лікування як різновиду ставлення є більш конструктивною також у порівнянні із пропонованою в терміні конкорданс, який передбачає врахування думки пацієнта і спільного прийняття рішення, що не завжди є для пацієнта ефективною стратегією формування певного ставлення до лікування. Персистенс як характеристика континуальності чи постійності у ставленні пацієнта до лікування є своєрідною складовою частиною прихильності пацієнта до терапії.

Весь процес формування ставлення пацієнта до лікування є мультифакторним, а серед детермінантів можна виділяти як експліцитні, так і імпліцитні.

### **Чинники ставлення пацієнтів до лікування**

Розуміння і ідентифікація чинників, пов'язаних з належним лікуванням, повинні допомогти дослідникам і сфері охорони здоров'я і медичних послуг зрозуміти, чому пацієнти не є прихильними до лікування, адже на основі цих знань можуть бути розроблені ефективні заходи і втручання для покращення їхньої прихильності. Як зазначає Stirratt [48], усі досягнення в сфері вивчення ставлення до лікування підкреслюють багатогранний і динамічний характер власне прихильності до лікування. При цьому, на відміну деяких інших авторів [49], нами пропонується розглядати адгеренс, тобто прихильність в контексті ставлення, та водночас, як активний вираз, дії та поведінка пацієнта, які вказують на його прихильне ставлення до лікування. При цьому варто розуміти адгеренс як багатовимірну конструкцію, яку одні дослідники розглядають суто у числовому вимірі днів чи дозувань прийнятих ліків, а інші, зокрема, Vrijens [49], як процес у часі, виділяючи три основні компоненти прихильності: ініціювання лікування, реалізацію лікування, а також постійність лікування. Також ми також глибоко розділяємо ідею про динамічну природу [48] прихильності до лікування, на протиположну статичній. Адже розглядати ставлення до лікування як дихотомічну (прихильний/прихильний) стійку властивість



конкретного пацієнта (як особистості) було б не коректно, тому що це нівелювало б факт, що прихильність до лікування може змінюватися в залежності від активності захворювання, методів лікування та перебігу психосоціальних супутніх захворювань на фоні хронічних станів. До прикладу, довготривалі дослідження демонструють тенденцію до зниження прихильності на фоні тривалості лікування [50], що слугує лише ілюстрацією багатфакторного динамічного характеру ставлення пацієнтів до лікування.

Окрім тривалості Kardas вказує на наявність понад 700 факторів, які мають вплив на ставлення пацієнтів до лікування та прихильність, як можливий його вираз [51].

Фактори, які вивчались на предмет впливу на прихильність до лікування за пропозицією Sabaté розділяють на групи [52, 53 ], серед яких виділяють: пов'язані з пацієнтом (patient-related), соціально-економічні (social/economic-related), пов'язані зі станом здоров'я (condition-related), пов'язані з терапією (therapy-related), пов'язані з командою і системою охорони здоров'я (healthcare team and system-related). При цьому Kardas [51] звертає увагу на те, що запропоновані Sabate [19] групи факторів практично або взагалі не беруть до уваги трьох стадій (ініціації, імплементації, постійності) процесу лікування, на кожній з яких прихильність пацієнта є актуальною та має свої особливості. Однак, окрім зазначеного в роботі Kardas [51], ми звернули увагу, що жодна з концепцій не враховує впливу психодинамічних (імпліцитних) особистісних чинників на ставлення пацієнта до лікування. І лише окремі автори наводять психодинамічну концепцію у вузькому її стосунку до психофармакотерапії [51a, 51b]. Натомість ми вважаємо, що психодинамічні аспекти ставлення до лікування чинять суттєвий вплив на ставлення пацієнтів до лікування попри різні зусилля, у фокусі яких зазвичай є винятково експліцитні фактори.

Разом з тим Kardas наводить проаналізовані ним дані з системних оглядів, 8 з яких (DiMatteo et al., 2000, 2007; Iskedjian et al., 2002; DiMatteo, 2004a, b; Gonzalez et al., 2008; Bao et al., 2009; Parienti et al., 2009) також були збагачені мета-аналізом та містили розрахунки факторів впливу на прихильність до

лікування з різних перспектив[51]. Зокрема, ним визначений вплив соціально-економічних факторів, таких як практична соціальна підтримка (OR 3.60, 95% CI 2.55 - 5.19), емоційна підтримка (OR 1.83, 95% CI 1.27, 2.66), одновимірна соціальна підтримка (OR 2.35, 95% CI 1.76–3.03) , родинна згуртованість (OR 3,03, 95% CI 1,99–4,52), перебування у шлюбі (OR 1,27, 95% CI 1.12–1.43), рівно ж як і співжиття з кимось (для дорослих, OR 1.38, 95% CI 1.04–1.83), які підвищують шанси на прихильність до лікування, та те, що сімейний конфлікт зменшує ці шанси (OR 2.35, 95% CI 1.08, 5.71) (DiMatteo, 2004a). Також серед факторів, пов'язаних зі станом, пацієнти, яких лікарі оцінювали як слабших за станом здоров'я, були більш прихильними до лікування (OR 1.76, 95% CI 1.13 - 2.77) (DiMatteo et al., 2007).

Що стосується факторів пов'язаних зі самою терапією, то середня частота прихильності дозування "quaque die" (що означає, з латинської, один раз на день) була значно вищою, ніж при застосуванні "bis in die" (з Латинської, двічі на день) для лікування гіпертензії (92,7% проти 87,1%) (Iskedjian et al., 2002) та на фоні прийому антиретровірусної терапії (+2.9%, 95%CI 1.0-4.8%) (Parianti et al., 2009), при гіпертензії дотримання було також значно вище для "quaque die" (вживання ліків 1 раз на день) у порівнянні multiple daily dosing (що означає, з англійської, багаторазовий прийом ліків на день) (91,4 проти 83,2% відповідно) (Iskedjian et al., 2002). При лікуванні метадоном постійність прийому ліків була вищою при більш високих добових дозах метадоноу (> або = 60 мг проти <60 мг / добу, OR: 1,74, 95% CI 1,43-2,11), а також в пацієнтів з більш гнучкими дозовими стратегіями у порівнянні з фіксованими стратегіями дозування (OR: 1.72, 95% CI 1.41–2.11) (Bao et al., 2009).

Щодо факторів, пов'язаних із самими пацієнтами, то тут більш обширний огляд виявив, що старший вік, жіноча стать, більш високий дохід і більше освіти мають невеликі, але позитивні ефекти на прихильність (DiMatteo, 2004b). Також переконання, що стан захворювання, що розглядається, є загрозою через його тяжкість, збільшує шанси на прихильність пацієнтів до лікування (OR 2.45, 95% CI 1.91–3.16) (DiMatteo et al., 2007). Депресія значною мірою

асоціювалася з неприхильністю до терапії на фоні різних соматичних станів (OR 3,03, 95% CI 1,96–4,89) (DiMatteo et al., 2000), зокрема, на фоні цукрового діабету ( $z$  9,97,  $P$  0,0001) (Gonzalez et al., 2008).

Таким чином, наведена Kardas систематизація і розподіл факторів за критеріями співвідношення шансів від англійського OR (odd ratio), охопили 19 різних категорій виключно хронічних захворювань, серед яких коморбідні стани, ВІЛ, психіатричні стани, діабет, гіпертензія та рак.

Якщо аналізувати зібрані дані у публікації Kardas на предмет стадій, на яких може виникати зміна ставлення до лікування, тобто порушення прихильності, то виявляється, що переважна більшість таких детермінант актуальні для стадії імплементації (реалізації), тоді як тільки понад 40 із них виявилися детермінантами постійності лікування і лише 3 огляди стосувалися стадії ініціації як складової прихильності до лікування, проте без наведення жодних її детермінант (Vermeire et al., 2001; Vik et al., 2004; Costello et al., 2008). Також за результатами проведеного Kardas та співавторами аналізу, ними виділено 3 категорії факторів за їх рівнем впливу на прихильність до лікування, а саме ті, що чинять позитивний вплив, ті що є нейтральними за своїм впливом на прихильність, а також ті, які впливають негативно. Серед групи соціо-економічних чинників автор виділяє сімейну підтримку, де вказує, що позитивний вплив на прихильність до лікування має фінансова підтримка сім'ї (Munro et al., 2007; Lanouette et al., 2009), підтримка родини у здійсненні лікування (Oehl et al., 2000; Munro et al., 2007; Lanouette et al., 2009), нейтральний вплив чинить сімейна емоційна підтримка (Weiner et al., 2008; Lanouette et al., 2009), участь сім'ї під час госпіталізації або спостереження (Lacro et al., 2002). Негативний вплив спричиняє відсутність підтримки сім'ї (Nosé et al., 2003; Munro et al., 2007; Costello та ін., 2008), нерегулярний нагляд з боку членів сім'ї (Munro et al., 2007P), перекладання відповідальності за прийом ліків на дитину (Kahana et al., 2008). До соціо-економічних чинників автор також відносить підгрупу факторів пов'язаних з сім'єю чи особами що забезпечують догляд. Серед них позитивно на прихильність впливають повні

сім'ї (наявність обох батьків) (Charach і Gajaria, 2008P), сімейна згуртованість (DiMatteo, 2004a), наявність іншого дорослого, крім біологічного родича, як первинного опікуна (Reisner et al., 2009), вищий рівень освіти особи, яка здійснює догляд (Reisner та ін., 2009), розподіл обов'язків в сім'ї (Munro et al., 2007), батьківське переконання, що синдром дефіциту уваги з гіперактивністю є біологічним станом (Charach і Gajaria, 2008P), сприйняття матір'ю тяжкості захворювання дитини (Hodari et al., 2006), нейтральний вплив знання членів сім'ї щодо захворювання (Lacro et al., 2002), наявність серед членів сім'ї осіб з психічними розладами (Lanouette et al., 2009), кількість людей у домогосподарстві (Vermeire et al., 2001), подружній стан батьків (Charach and Gajaria, 2008P), а також негативно впливають неорганізовані біологічні сім'ї (Kahana et al., 2008; Karamanidou et al., 2008; Vreeman et al., 2008), сім'я, яка перебуває в конфлікті (Oehl et al., 2000; DiMatteo, 2004a; Vreeman et al., 2008; Weiner et al., 2008), обов'язки по дому (наприклад, забезпечення доходу та догляд за дітьми) (Munro et al., 2007), низький рівень освіти батьків (Vreeman et al., 2008), сімейні переконання щодо природи хвороби пацієнта (Julius et al., 2009), більше людей у домогосподарстві (що актуально стосовно дітей) (DiMatteo, 2004a), наявність декількох дорослих, які беруть участь у нагляді за лікуванням (Vreeman та ін., 2008). Соціальна підтримка позитивно впливає у варіанті емоційної підтримки (DiMatteo, 2004a), хорошій соціальній адаптації (Pampallona et al., 2002; Nosé et al., 2003), включення значимих інших до терапевтичного альянсу (Oehl et al., 2000), нагляду за введенням ліків іншими (Weiner et al., 2008; Julius et al., 2009), взаємної підтримки поміж пацієнтами (Munro et al., 2007; Costello та ін., 2008). Нейтрально впливає соціальна підтримка (Reisner et al., 2009) та негативно діють відсутність соціальної підтримки (Oehl et al., 2000; Fogarty et al., 2002; DiMatteo, 2004a; Mills et al., 2006; Costello et al., 2008; Hirsch-Moverman et al., 2008; Karamanidou et al., 2008; Malta et al., 2008; Weiner et al., 2008; Julius et al., 2009; Schmid et al.), менша соціалізація (Lanouette et al., 2009), низький рівень соціального функціонування (Nosé et al., 2003), низький соціальний ранг хвороби (Oehl et al., 2000),

негативна публічність щодо високоактивної антиретровірусної терапії або медичної установи (Mills et al., 2006). Підгрупа соціальної стигми хвороб також відноситься автором до соціо-економічних. Серед них позитивно на прихильність діє відкритість у розкритті ВІЛ-статусу перед сім'єю та друзями (Mills et al., 2006) та негативно впливають стигматизація захворювання в школі, на робочому місці, серед сім'ї та друзів (Munro et al., 2007; Vreeman et al., 2008; Reisner et al., 2009), негативне ставлення у соціальному оточенні пацієнта до психіатричного лікування (Oehl et al., 2000), страх розкриття інформації і бажання уникнути прийому ліків у громадських місцях (Mills et al., 2006), розкриття ВІЛ-статусу дитини (Vreeman et al., 2008), приховування захворювання (туберкульозу) через побоювання, що роботодавці можуть його виявити (Munro et al., 2007). До соціо-економічних факторів також належать вартість ліків та лікування, серед яких відзначають лише негативний вплив вартості лікарських засобів (потребу доплати чи співоплати) (Vermeire et al., 2001; Gold et al., 2006P; Hodari et al., 2006; Lewiecki, 2007; Vreeman et al., 2008; Schmid et al., 2009) та витрат на ліки та лікування (Munro et al., 2007P; Costello et al., 2008P). Сюди ж відносять також страхове покриття витрат, на що позитивно впливає наявне медичне страхування (Lanouette et al., 2009) та негативно відбиваються відсутність або неадекватне покриття витрат на медикаменти та призначення (Charach та Gajaria, 2008; C-Costello et al., 2008; Lanouette et al., 2009; Schmid et al., 2009) і страх звертатись з проханням про гроші на придбання ліків до роботодавця (на туберкульозі) (Munro et al., 2007). Соціоекономічний статус пацієнта теж належить до соціоекономічних факторів впливу на прихильність до лікування. Зокрема, вплив самого соціально-економічного статусу чинить нейтральний вплив (Vermeire et al., 2001; Munro et al., 2007; Charach та Gajaria, 2008P; Karamanidou et al., 2008; Weiner et al., 2008; Ruddy et al., 2009), як і зрештою фінансова підтримка за межами родини (Lanouette et al., 2009), проте негативний вплив чинять низький дохід (Jindal et al., 2003; DiMatteo, 2004b; Munro et al., 2007; Шмід та ін., 2009), бідність (Munro et al., 2007P; Costello et al., 2008P; Vreeman та ін., 2008), нижчий соціально-

економічний статус (DiMatteo, 2004b; Charach і Gajaria, 2008P; Lanouette et al., 2009), обмеженість фінансів (Oehl et al., 2000; Mills et al., 2006), бажання залишатися хворим, щоб претендувати на фінансову підтримку (вторинна вигода від хвороби) (Манро et al., 2007). Зайнятість також є підгрупою факторів що впливають на прихильність до лікування. Сам статус зайнятості (Karamanidou et al., 2008) чинить нейтральний вплив в той час як безробіття (Nosé et al., 2003; Hodari et al., 2006) негативний, поруч із зайнятістю в якості т. зв. “білих комірців” (Jindal et al., 2003). Переходячи до підгруп, що належать до факторів спровокованих командою охорони здоров'я та факторів, пов'язаних із самою системою охорони здоров'я, першими виділяємо можливі бар'єри до охорони здоров'я, серед яких позитивний вплив на прихильність чинять наявність хорошого доступу до медикаментів та послуг служб охорони здоров'я (Fogarty et al., 2002), хороший доступ до медичного закладу (Nosé et al., 2003; Munro et al., 2007), не екстренне скерування (Pampallona et al., 2002), отримання довідок профілактичного лікування (для іммігрантів до США) (Munro et al., 2007), нейтральними є доступ до медичної сфери (Lacro et al., 2002), більша дистанційованість від клініки (Jindal et al., 2003; Munro et al., 2007), поточний стаціонарний статус (Lacro et al., 2002), сільські умови (у порівнянні з міськими) (Lacro et al., 2002), спосіб транспортування (Lacro et al., 2002), а негативно впливають на прихильність власне самі перешкоди для високоякісного догляду (Lanouette et al., 2009), недостатність осіб, що надають чи беруть участь у забезпеченні догляду (Charach і Gajaria, 2008P; Vreeman et al., 2008), сільські установки (парадигма) (Vreeman et al., 2008), поганий доступ до медичного закладу (наприклад, тривалі терміни очікування, черги, відсутність конфіденційності, незручні терміни призначення прийому, незручні години роботи) (Munro et al., 2007), з огляду на іншомовність терапевта (тобто іспаномовний терапевт у латиноамериканських країнах) (Lanouette et al., 2009), труднощі в отриманні лікарняного листа для лікування (Munro et al., 2007), відсутність часу для поновлення рецептів або інші проблеми, пов'язані з аптекою (Mills et al., 2006). Серед пов'язаних із забезпеченням ліками, впливає

позитивно на прихильність отримання лікування разом з метадоном у вуличної медсестри (для груп пацієнтів безпосередньо спостережуваного лікування при туберкульозі та у пацієнтів, що вживають ін'єкційні наркотики) (Munro et al., 2007), а також негативно на прихильності відбивається погана забезпеченість ліками (наприклад, погана доступність медикаментозних засобів у медичних закладах) (Mills et al., 2006; Munro et al., 2007). З призначеннями лікарів пов'язують позитивний вплив скерування чи рецепту від фахівця (Pampallona et al., 2002; Van Der Wal et al., 2005), а також нейтральний вплив на прихильність до лікування від призначення психіатра (при депресії) (Lanouette et al., 2009). Інформація про застосування медикаменту має позитивний вплив на прихильність за можливості лікаря надати відповідну інформацію щодо способу застосування ліків (Vermeire et al., 2001; Weiner et al., 2008) і також якщо надається інформація про дію препаратів (Olthoff et al., 2005), натомість негативно впливає на прихильність неясна інформація про належне застосування медикаменту (Vik et al., 2004), значна кількість лікарів, що призначають медикаменти (Vik et al., 2004), конфлікт змісту повідомлень від сімейного лікаря та від спеціалістів з приводу призначень (Hodari et al., 2006), розбіжності між керівними принципами лікування (гайдлайнами) та звичною клінічною практикою (оскільки пацієнти намагаються звертатися до декількох фахівців) (Oehl et al., 2000), використання багатьох аптек (Vik et al., 2004).

Комунікація та стосунок між лікарем та пацієнтом має позитивний вплив на прихильність, якщо має місце якість, тривалість і частота взаємодії між пацієнтом і лікарем (Vermeire et al., 2001), є достатньо часу для пацієнта і залишається місце для розмови про проблеми, що стосуються медикаментів або побічних ефектів (Oehl et al., 2000), пацієнти беруть участь у прийнятті рішень (Gold et al., 2006P; Mills et al., 2006; Ruddy et al., 2009), заохочування до догляду за собою (Weiner та ін., 2008), чуйність лікаря (Vermeire et al., 2001), можливість лікаря виявляти співчуття (емпатійність) (Vermeire et al., 2001), можливість лікаря виявити і поважати стурбованість пацієнта (Vermeire et al., 2001). Сприйнята підтримка фахівців з надання медичних послуг (Fogarty et al.,

2002; Costello et al., 2008) та негативний вплив у випадку, поганого (не достатнього) стосунку між лікарями та пацієнтами (Oehl et al., 2000; Vermeire et al., 2001; Lacro et al., 2002; Nosé et al., 2003; Vik et al., 2004; Olthoff et al., 2005; Hodari et al., 2006; Munro et al., 2007; Charach i Gajaria, 2008; Costello et al., 2008; Broekmans et al., 2009; Julius et al., 2009), поганої комунікації між пацієнтом та лікарем (Vermeire et al., 2001; Gold et al., 2006P; Hodari et al., 2006; Munro et al., 2007; Broekmans et al., 2009; Jacobsen et al., 2009; Julius et al., 2009; ін., 2009), відсутності довіри до лікарів та охорони здоров'я (Chia et al., 2006; Mills et al., 2006; Broekmans et al., 2009), відсутності задоволеності пацієнтів від отриманої медичною допомогою (Hodari et al., 2006; Mills et al., 2006), обмеженої стратегії доглядальників з приводу прихильності до лікування (Vreeman et al., 2008). Також у контексті повторних звернень позитивний вплив має більше відвідувань немедичного терапевта (психотерапія або консультування, що індивідуально підтримує їхню прихильність до лікування) (Lanouette et al., 2009), бачення більшої кількості лікарів (Ruddy et al., 2009) та негативний вплив чинить неадекватне планування відміни призначень (Julius et al., 2009; Lacro et al., 2002), менше амбулаторних візитів (Vik et al., 2004; Olthoff et al., 2005; Van Der Wal et al., 2005; Broekmans et al., 2009; Julius et al., 2009), погана відвідуваність доглядальниками (Lacro et al., 2002; Gold et al., 2006P; Munro et al., 2007; Reisner et al., 2009).

Також вплив факторів, пов'язаних зі станом пацієнта має ряд притаманних підгруп факторів, зокрема. наявність симптомів, підвищена тяжкість і кількість (Nosé et al., 2003; Munro et al., 2007; Charach i Gajaria, 2008P; Brandes et al., 2009; Lanouette et al., 2009) яких позитивно впливає на прихильність до лікування, а також інвалідність (Vermeire et al., 2001; Costello та ін., 2008). Нейтральними щодо прихильності до лікування є тривалість болю (Broekmans et al., 2009), інтенсивність болю (Broekmans et al., 2009) та наявність тремору (Jindal et al., 2003). Негативний вплив на прихильність чинить безсимптомний характер захворювання або просто відсутність симптомів (Vermeire et al., 2001; Olthoff et al., 2005; Gold; et al., 2006P; Costello та ін., 2008).



Щодо важкості захворювання, то тут позитивний вплив на прихильність має власне сама тяжкість захворювання (Van Der Wal et al., 2005; DiMatteo et al., 2007; Reisner et al., 2009; Рудді та ін., 2009), сприйняття тяжкості захворювання (DiMatteo et al., 2007), Більше госпіталізації (перед початком антиретровірусної терапії у дітей) (Vreeman et al., 2008), нейтрально впливає тяжкість захворювання (Cramer, 2004; DiMatteo, 2004b; Chia et al., 2006; DiMatteo et al., 2007; Weiner et al., 2008; Julius et al., 2009; Lanouette et al., 2009), гірший клінічний статус (Fogarty et al., 2002), можливі наслідки пропущених прийомів ліків (Cramer, 2004) та негативно позначаються на прихильності низькі показники афективного болю (Broekmans et al., 2009) і вимірюване вірусне навантаження (у ВІЛ-інфікованої молоді) (Reisner et al., 2009). Варто зазначити, що покращення клінічної картини позитивно діє на прихильність, якщо має місце сприйняття цього клінічного поліпшення (Oehl et al., 2000), зниження вірусного навантаження (у ВІЛ-інфікованої молоді) (Reisner et al., 2009) та негативно впливає безпосередньо клінічне поліпшення, зникнення симптомів, відчуття покращення,вилікування (Oehl et al., 2000P; Mills et al., 2006; Munro) і початкові клінічні симптоми (при латентній туберкульозній інфекції) (Hirsch-Moverman et al., 2008). психіатричні стани також чинять вплив на прихильність. Позитивний вплив на прихильність мають нижчі показники нарцисично-гістіонного розладу особистості (при депресії) (Pampallona et al., 2002), нейтральний Тяжкість психотичних симптомів (Lacro et al., 2002), негативний – психічні розлади (Vermeire et al., 2001; Nosé et al., 2003), негативні симптоми / мотиваційний дефіцит (Oehl et al., 2000). Є також деякі діагнози та ознаки, серед яких позитивно на прихильність до лікування впливають ревматоїдний артрит порівняно з іншими типами артриту (Broekmans et al., 2009), комбінований підтип у синдрому дефіциту уваги з гіперактивністю, проти неуважний або гіперактивний підтип (Charach і Gajaria, 2008P), група захворювань (ВІЛ, артрит, гастроінтестинальні захворювання та рак порівняно з іншими) (DiMatteo, 2004b), група захворювань (інший діагноз, ніж розлад особистості і зловживання наркотиками, при депресії) (Pampallona et al., 2002) ,

а також на II стадії захворювання на рак грудей, де рецептор естрогену позитивний, порівняно з I стадією (Ruddy et al., 2009). Нейтральний вплив чинить наявність останньої стадії хронічної ниркової недостатності (Karamanidou et al., 2008), латентний або активний туберкульоз (Munro et al., 2007), фактори хвороби (Vermeire et al., 2001). Негативно впливають на прихильність деякі діагнози (легеневі стани, цукровий діабет і порушення сну у порівнянні з іншими) (DiMatteo, 2004b), певні покази до застосування (знеболюючі у порівнянні до інших ліків) (Broekmans et al., 2009). Вплив тривалості хвороби на прихильність є позитивним при більшій тривалості болю (Chia et al., 2006), нейтральним у випадках затяжного захворювання (Lanouette та ін., 2009), гемодіалізу впродовж тривалого часу (Karamanidou et al., 2008; Schmid та ін., 2009) та негативним щодо прихильності до лікування у випадку власне хронічного характеру захворювання (Hodari et al., 2006), тривалішого часу від останнього відвідування клініки (Olthoff et al., 2005), тривалішого часу після трансплантації (Jacobsen et al., 2009), пізньої стадії захворювання (у ВІЛ-інфікованої молоді) (Reisner et al., 2009), коротшої тривалості хвороби (при шизофренії) (Lacro et al., 2002). Також Kardas виділяє фактор дружності до режиму лікування, де позитивним впливом на прихильність характеризує прийом 1 раз на день (порівняно з частішим) (Iskedjian et al., 2002; Cramer, 2004; Wetzels et al., 2004; Lee et al., 2006; Parienti et al., 2009), прийом 1 раз на тиждень (у порівнянні з 1 на добу) (Kruk і Schwalbe, 2006), простий режим (Mills et al., 2006), призначення меншої кількості ліків (Cramer, 2004; Reisner et al., 2009), комбіновані таблетки з фіксованими дозами (Connor et al., 2004; Yeung and White, 2005), пролонговані форми ліків (Charach і Gajaria, 2008P), зручність упаковки для використання (Connor et al., 2004), гнучкість / вибір пацієнта в лікуванні (Munro et al., 2007; Bao et al., 2009P), дозування за допомогою ін'єкцій (Oehl et al., 2000; Vermeire et al., 2001; Lewiecki, 2007; Schmid et al., 2009), регулярний графік вживання ліків (у порівнянні з нерегулярним інтервалом доз) (Van Der Wal et al., 2005). Нейтральний вплив чинить простота схеми лікування (Cramer, 2004), складність режиму (Lacro et

al.,2002; Olthoff et al., 2005; Karamanidou et al., 2008), кількість призначених ліків (Chia et al., 2006), дозування раз на місяць (у порівнянні з раз на добу) (Крук і Швальбе, 2006), спосіб введення ліків (Lacro et al., 2002), використання пероральних препаратів (проти пролонгованих депо-форм) (Lacro et al., 2002). А негативно на прихильність діє складність режиму лікування (наприклад, комплексне чи часте дозування, специфічний графік чи значна кількість таблеток) (Oehl et al., 2000; Vermeire et al., 2001; Fogarty et al., 2002; Van Der Wal et al., 2005; Gold et al., 2006P; Mills et al., 2006; Munro et al., 2007P; Vreeman et al., 2008; Weiner et al., 2008; Brandes et al., 2009; Julius et al., 2009; Шмід та ін., 2009), частота прийому (Claxton et al., 2001; Vermeire et al., 2001; Olthoff et al., 2005; Van Der Wal et al., 2005; Hodari et al., 2006; Mills et al., 2006; Charach і Gajaria, 2008; Vreeman et al., 2008), значна кількість призначених в один період препаратів (поліпрагмазія) (Vermeire et al., 2001; Broekmans et al., 2009), менше призначень ліків (у хворих хронічним незлоякісним болем) (Broekmans et al., 2009), прийоми ліків протягом дня (особливо всередині дня або дуже ранні ранкові прийоми медикаментів) (Mills et al., 2006; Charach і Gajaria, 2008P), нестабільність режиму (Van Der Wal et al., 2005), незручності, пов'язані з вживанням деяких ліків (наприклад, пероральні бісфосфонати для лікування остеопорозу) (Olthoff et al., 2005;Gold et al., 2006 P; Hodari et al., 2006; Brandes et al., 2009), вміст ін'єкцій (наприклад, інсулін) (Cramer, 2004; Munro et al., 2007P; Costello et al., 2008; Brandes et al., 2009), необхідність регулювання дієтичних навичок для прийому ліків (Фогарті et al., 2002; Hodari et al., 2006; Mills et al., 2006; Мунро et al., 2007; Vreeman et al., 2008), проблеми з відкриттям контейнерів (Vik et al., 2004), небажані явища від вживання ліків (Ruddy et al., 2009), поганий смак ліків (Mills et al., 2006; Weiner et al., 2008; Schmid et al., 2009), великий розмір таблетки, проблеми з ковтання таблеток (Vik et al., 2004; Mills et al., 2006; Weiner et al., 2008; Schmid et al., 2009). Ефективність ліків як підгрупа факторів має позитивний вплив на прихильність у випадку полегшення симптомів (Munro et al., 2007P;

Weiner et al., 2008) та за умови об'єктивної ефективності лікарських засобів (Yeung and White, 2005; Mills et al., 2006; Costello et al., 2008), а негативно впливає на прихильність неефективність лікарського засобу, об'єктивна або сприйнята (суб'єктивна) (Oehl et al., 2000; Vik et al., 2004; Munro et al., 2007P; Charach i Gajaria, 2008P; Costello et al., 2008P; Brandes et al., 2009). Також щодо тривалості лікування, то позитивно відбивається на прихильності коротша тривалість лікування (Hirsch-Moverman et al., 2008), нейтральною є власне тривалість лікування (Ruddy et al., 2009), негативно на прихильності відбивається довготривалість лікування (Vermeire et al., 2001; Wetzels et al., 2004; Munro et al., 2007P; Vreeman et al., 2008; Reisner et al., 2009). Тип ліків позитивно впливає на прихильність певний клас ліків (інгібітори ангіотензину 2 порівняно з інгібіторами ангіотензинперетворюючого ферменту, бета блокаторами, антагоністами кальцію, діуретиками) (Bramlage and Hasford, 2009P), певної групи лікарських засобів (флуоксетин, нортриптилін, або іміпрамін, проти інших антидепресантів) (Pampallona et al., 2002), (флуоксетин порівняно з іншими) (Pampallona et al., 2002; Lanouette et al., 2009P), більші дози метадону (Bao et al., 2009P), нейтральний вплив мають клас ліків (Lacro et al., 2002; Julius та ін., 2009), доза преднізолону (Jindal et al., 2003), тип програми лікування (при туберкульозі) (Munro et al., 2007), а також негативно впливають на прихильність тип лікарського засобу (оланзапін у порівнянні з рісперидоном) (Santarlasci i Messori, 2003P), вищі дози антипсихотиків (Lacro et al., 2002). Добре організоване лікування також має вплив на прихильність, позитивний у випадках отримання допомоги в структурованих умовах (наприклад, безпосередньо спостережуване лікування) (Malta et al., 2008), лікування в медичному центрі (Charach i Gajaria, 2008P), добре структурований план лікування (Oehl et al., 2000), психотерапія (на фоні продовження лікування психотропними препаратами) (Lanouette et al., 2009) та нейтральний вплив на прихильність мають наглядний статус лікування (Lacro et al., 2002), наявність кейс-менеджера (Lacro et al., 2002), усвідомлення того, що ведеться моніторинг (Wetzels et al., 2004).

Фактори прихильності пов'язані з самим пацієнтом, серед яких вік є субфактором ставлення до лікування. Позитивно на прихильність впливає молодий вік у популяції жінок (проти старших) (Oehl et al., 2000), сам вік (Oehl et al., 2000; Vermeire et al., 2001; Lacro et al., 2002; DiMatteo, 2004b; Vik et al., 2004; Olthoff et al., 2005; Hodari et al., 2006; Hirsch-Moverman et al., 2008; Reisner et al., 2009; Ruddy et al., 2009) є нейтральним щодо прихильності до лікування, а негативним впливом на прихильність відзначаються молодший вік (Fogarty et al., 2002; Jindal et al., 2003; Nosé et al., 2003; Van Der Wal et al., 2005; Chia et al., 2006; Karamanidou et al., 2008; Julius et al., 2009; Lanouette et al., 2009; Ruddy et al., 2009; Schmid et al., 2009), старші діти (в порівнянні з молодшими) (Weiner et al., 2008), старші за віком та молодші вікові групи (в порівнянні до дорослих) (Munro et al., 2007), старечого віку (старше 85 років) (Ruddy et al., 2009). Стать асоціюється з позитивним впливом на прихильність до лікування, коли йдеться про осіб чоловічої статі (Jindal et al., 2003; Charach i Gajaria, 2008), нейтральний вплив на прихильність має стать (Vermeire et al., 2001; Fogarty et al., 2002; Lacro et al., 2002; DiMatteo, 2004b; Vik et al., 2004; Van Der Wal et al., 2005; Charach i Gajaria, 2008; Hirsch-Moverman et al., 2008; Karamanidou et al., 2008; Broekmans et al., 2009; Lanouette et al., 2009; Reisner et al., 2009). Подружній статус позитивно впливає на ставлення до лікування, якщо людина у шлюбі (Pampallona et al., 2002; DiMatteo, 2004a; Hodari et al., 2006; Lanouette et al., 2009), проживає з кимось (напротивагу життя наодинці) (DiMatteo, 2004a), живе наодинці або є самотньою (у психозі) (Nosé et al., 2003). Нейтральним є сам сімейний стан (Vermeire et al., 2001; Lacro et al., 2002; Vik et al., 2004; Karamanidou et al., 2008), статус сироти (Vreeman et al., 2008), а також негативний вплив на прихильність має самотність або статус розлученої особи (в порівнянні з особою в шлюбі) (Jindal et al., 2003; Julius et al., 2009), а також перебування у шлюбі (в психозі) (Nosé et al., 2003). Освіта також впливає на прихильність пацієнта. Сама по собі освіта (Pampallona et al., 2002; Nosé et al., 2003; DiMatteo, 2004b; Munro et al., 2007; Hirsch-Moverman et al., 2008; Julius et al., 2009; Шмід та ін., 2009) вже впливає позитивно на прихильність,

також впливає перебування в школі (проти не перебування, в ВІЛ-інфікованої молоді) (Reisner et al., 2009) і ще високий IQ (Pampallona et al., 2002), також нейтрально впливає на прихильність за даними інших авторів та ж освіта (Lacro et al., 2002; Vik et al., 2004; Olthoff et al., 2005; Van Der Wal et al., 2005; Karamanidou et al., 2008; Broekmans et al., 2009; Lanouette et al., 2009) проте негативно впливає на прихильність грамотність в сенсі вміння читати/писати (Munro et al., 2007), повторне проходження того ж класу в школі (у ВІЛ-інфікованої молоді) (Reisner et al., 2009). Етнічність впливає на прихильність позитивно у кавказької раси (Jindal et al., 2003; Charach and Gajaria, 2008P) та в народжених у США (Jindal et al., 2003), нейтральні до прихильності етнічність (Lacro et al., 2002; Vik et al., 2004; Van Der Wal et al., 2005; Hirsch-Moverman et al., 2008; Karamanidou et al., 2008; Reisner et al., 2009; Schmid et al., 2009) та місце народження (Hirsch-Moverman et al., 2008), а негативний вплив відзначено у латиноамериканців (проти євроамериканців) (Lanouette et al., 2009), латиноамериканські пацієнти (у США, при туберкульозі) (Munro et al., 2007), одномовних іспанців (Lanouette et al., 2009), не-білі жінки (Ruddy et al., 2009). Забезпеченість житлом позитивно впливає на фоні структурованого середовища далеко від дому (Munro et al., 2007), нейтральний вплив щодо прихильності чинить бездомність (Munro et al., 2007; Hirsch-Moverman et al., 2008), наявність засобів до життя (Lacro et al., 2002; Vik et al., 2004; Lanouette et al., 2009.), негативний – нестабільне житло (Hirsch-Moverman et al., 2008; Julius et al., 2009; Reisner et al., 2009), резидентно-мобільний спосіб життя (Munro et al., 2007), знаходження далеко від дому (Mills et al., 2006; Karamanidou et al., 2008; Vreeman et al., 2008; Schmid et al., 2009). Когнітивна функція нейтрально впливає на прихильність при нейрокогнітивних порушеннях (Lacro et al., 2002; Lovejoy and Suhr, 2009) як і темп зв'язного мовлення (Lovejoy and Suhr, 2009), а негативний вплив на прихильність спричиняють когнітивні порушення, низька увага і робоча пам'ять (Fogarty et al., 2002; Nosé et al., 2003; Lovejoy and Suhr, 2009; Schmid et al., 2009). Вплив забування і нагадування є безперечно вагомий. Отож позитивно на прихильність впливають використання нагадувань (Mills et

al., 2006; Munro et al., 2007), використання друзів і сім'ї як нагадування (Mills et al., 2006), наявність рутини, в якій прийом ліків може бути легко включений (Mills et al., 2006), а негативно - забування (Fogarty et al., 2002; Vik et al., 2004; Mills et al., 2004), сон через дозу (Mills et al., 2006). Знання також є фактором впливу, в тому числі пов'язані з пацієнтом. Позитивно впливають на прихильність ситуаційні операційні знання (Jindalet al., 2003; Mills et al., 2006), розуміння необхідності чіткої прихильності (Мілс та ін., 2006), а негативно впливають відсутність розуміння захворювань і лікування (Vermeire et al., 2001; Olthoff et al., 2005; Gold et al., 2006P; Lewiecki, 2007; Charach і Gajaria, 2008; Karamanidou et al., 2008; Vreeman et al., 2008), нерозуміння інструкцій щодо призначень та лікування, а також наслідки неприхильності (Vik et al., 2004; Mills et al., 2006; Munro et al., 2007; Vreeman et al., 2008), хибні уявлення, отримані від медійних джерел, легальної преси, родини або друзів з приводу ліків (Hodari et al., 2006), отримання корисної інформації з приводу раку молочної залози з книг або журналів (при раку молочної залози) (Ruddy et al., 2009). Переконавання щодо здоров'я також вагомий фактор прихильності з боку пацієнта. Позитивно на прихильність впливають віра в діагноз (Vermeire et al., 2001), віра в певний набір рекомендацій щодо здоров'я (Vermeire et al., 2001), віра у власну ефективність у питанні вживання ліків (Chia et al., 2006), впевненість у собі для підтримки стану здоров'я (Van Der Wal et al., 2005), менше занепокоєння з приводу ліків, переконання, що ліки безпечні (Chia et al., 2006; Charach and Gajaria, 2008P), переконання, що астма не викликана зовнішніми факторами (Chia et al., 2006), низька віра в натуральні продукти і народні засоби (Chia et al., 2006), вірування про контроль над здоров'ям (Chia et al., 2006), відчуття розширення прав і можливостей (повноважень) (Brandes et al., 2009), більш низькі контрольні переконання щодо болю, пов'язаного з раком (Chia et al., 2006), сприйняті переваги, які дає прихильність до лікування (Chia et al., 2006; Munro et al., 2007; Costello et al., 2008; Hirsch-Moverman et al., 2008; Karamanidou et al., 2008), бажання уникнути обтяження членів сім'ї (Costello et al., 2008), більше мотивації (Lanouette et al., 2009), віра в те, що вони вразливі

або сприйнятливі до хвороби або її наслідків (Vermeire et al., 2001), занепокоєння про хворобу (Weiner et al., 2008), сприйнята необхідність лікування (Chia et al., 2006; Hirsch-Moverman et al., 2008), розцінювання медикаментів як життєво необхідних(вітальних) (у порівнянні з важливими) (Olthoff et al., 2005), менше відчуття обтяженості від прийому ліків (Chia et al., 2006), страх перед рецидивами та майбутньою інвалідністю (непрацездатністю) (Costello et al., 2008), а також нейтральний вплив мають відношення до ВІЛ-інфекції (Fogarty et al., 2002), відчуття невразливості до наслідків ВІЛ (Reisner et al., 2009), а негативний вплив мають відмова від діагностики (Vermeire et al., 2001; Munro et al., 2007), нереалістичні очікування щодо ліків в сенсі співвідношення користі із ризиком (Oehl et al., 2000), негативні переконання пацієнтів щодо ефективності лікування (Mills et al., 2006; Munro et al., 2007; Malta et al., 2008; Weiner et al., 2008; Reisner et al., 2009), негативне ставлення або суб'єктивна реакція на ліки (Lacro et al., 2002), міркування про те, що лікування може зробити пацієнтів хворими (Munro et al., 2007), переконання, що одночасний прийом сучасних (західних) або традиційних засобів можуть мати негативні наслідки (при туберкульозі) (Munro et al., 2007), переконання, що вагітність підвищить непереносимість ліків і зробить препарати від туберкульозу неефективними (Munro et al., 2007), занепокоєння, що лікування вплине на імміграційний статус, і призведе до розкриття статусу нелегального імігранта / позбавлення волі (у випадку туберкульозу) (Munro et al., 2007), наявні сумніви або нездатність прийняти ВІЛ-статус (Mills et al., 2006), невирішені побоювання щодо часу між прийомом препарату і його впливом (Vermeire et al., 2001), підозрілість щодо лікування чи медичного закладу (Mills et al., 2006), трактування безпосередньо спостережуваного лікування як недовіри (Munro et al., 2007), “втома” від прийому ліків (Munro et al., 2007P), відчуття того, що лікування є нагадуванням про ВІЛ-статус (Mills et al., 2006), відчуття надмірного приймання ліків (Vik et al., 2004), відчуття переслідування або отруєння (Oehl et al., 2000), відсутність інтересу до лікування (Munro et al., 2007), бажання бути вільним від ліків або віддавати перевагу природному



підходу (Mills et al., 2006), бажання бути під контролем (Мілс та ін., 2006), пріоритетність роботи над отриманням лікування (Munro et al., 2007). Психологічний профіль серед детермінованих пацієнтом факторів грає чи не найвагомішу роль у ставленні до лікування, зокрема, позитивний вплив на прихильність мають прийняття ВІЛ-серопозитивності (Mills et al., 2006), здатність справлятися психологічно з діагнозом ВІЛ (наявна коупінг стратегія) (Munro et al., 2007), оптимістичні способи подолання (Weiner et al., 2008), надія (Costello et al., 2008), інсайт (здатність отримати точне і глибоко інтуїтивне розуміння особи або певної речі) (Nosé et al., 2003), вища самоефективність (Jindal et al., 2003; Costello et al., 2008; Reisner et al., 2009), вищі рівні задоволеності життям (Reisner et al., 2009), внутрішній локус контролю (Schmid et al., 2009), самооцінка (Mills et al., 2006; Costello et al., 2008), нижчі рівні психологічного дистресу (Reisner et al., 2009), особистий контроль хвороби і терапія (Costello et al., 2008; Weiner та ін., 2008), вищий рівень оцінки за самостійний догляд (Jindal et al., 2003), життя для когось, особливо, для дітей (Mills et al., 2006), винагорода собі після ін'єкцій (Costello et al., 2008). Нейтрально впливають на прихильність стиль коупінгу (здатності справлятися психологічно) (Karamanidou et al., 2008), емоційна надмірна залученість (поняття, що засноване на гетерогенних критеріях (наприклад, надмірне занепокоєння, самопожертвування, перебільшення похвали), які, як вважають, відображають взаємозв'язки між одним із батьків і дитиною. (Lanouette та ін., 2009), ентузіазм (Lanouette et al., 2009), більше інсайту (здатності отримати точне і глибоко інтуїтивне розуміння особи або певної речі) (Lanouette et al., 2009), критичність (в сенсі мислення) (Lanouette et al., 2009), менш зайнятий спосіб життя (Chia et al., 2006), проблеми з рольовим функціонуванням (Lanouette et al., 2009). А негативний вплив чинять особистість: низька сумлінність, висока цинічна неприязнь (Karamanidou et al., 2008), песимістичні коупінг стратегії (способи подолання проблем) (Weiner et al., 2008), відмова як коупінг стиль (подолання проблеми) або коупінг стиль саморуйнівного замикання (Reisner et al., 2009), поганий інсайт (здатність отримати точне і глибоко

інтуїтивне розуміння особи або певної речі) (Lacro et al., 2002), відсутність розуміння самоцінності (самоповаги) (Mills et al., 2006), опозиційна поведінка (опір) (Weiner et al., 2008), лінь / відсутність турботи (Munro et al., 2007), надмірна спантеличеність чи зайнятість (Mills et al., 2006).

Супутні захворювання, так звані коморбідні стани і історія пацієнта чинять свій вплив на прихильність. Зокрема, позитивно впливають менш хронічні супутні захворювання (Van Der Walet et al., 2005), більш важкі супутні захворювання (Charach and Gajaria, 2008), відсутність анамнезу застосування хворобомодифікуючого лікування (при розсіяному склерозі) (Costello et al., 2008), анамнез психіатричних контактів (для пацієнтів з психозом) (Nosé et al., 2003), анамнез застосування антидепресантів (при депресія) (Pampallona et al., 2002), спостереження наслідків у родичів, які не слідували медичним застереженням при інших захворюваннях (Костелло та ін., 2008), анамнез лікування стимуляторами (при синдромі дефіциту уваги з гіперактивністю) (Charach та Gajaria, 2008), поточне психіатричне лікування (при депресії) (Pampallona et al., 2002), нижча ймовірність секс-бартеру впродовж життя (у ВІЛ-інфікованої молоді) (Reisner et al., 2009), у ВІЛ-інфікованої молоді (Reisner та ін., 2009), менша імовірність мати хворобу, що передається статевим шляхом з моменту, коли почали вивчати свій серостатус (у ВІЛ-інфікованої молоді) (Reisner та ін., 2009), використання презервативів в актуальних статевих стосунках (у ВІЛ-інфікованої молоді) (Reisner et al., 2009), мають астму або хронічне обструктивне захворювання легень (для пацієнтів з серцевою недостатністю) (Van Der Wal et al., 2005), відсутність рецидиву (при депресії) (Pampallona et al., 2002), поточний вплив туберкульозу (Hirsch-Moverman та ін., 2008), анамнез повторної госпіталізації від усіх причин (при серцевій недостатності) (Van Der Wal et al., 2005), анамнез повторної госпіталізації спричинений серцевою недостатністю (Van Der Wal et al., 2005). Нейтральними щодо прихильності є кількість медичних станів (Chia et al., 2006), прихильність до інших частин програми стаціонарної програми лікування (Lacro et al., 2002), наявність капризності (вередливого настрою) (або

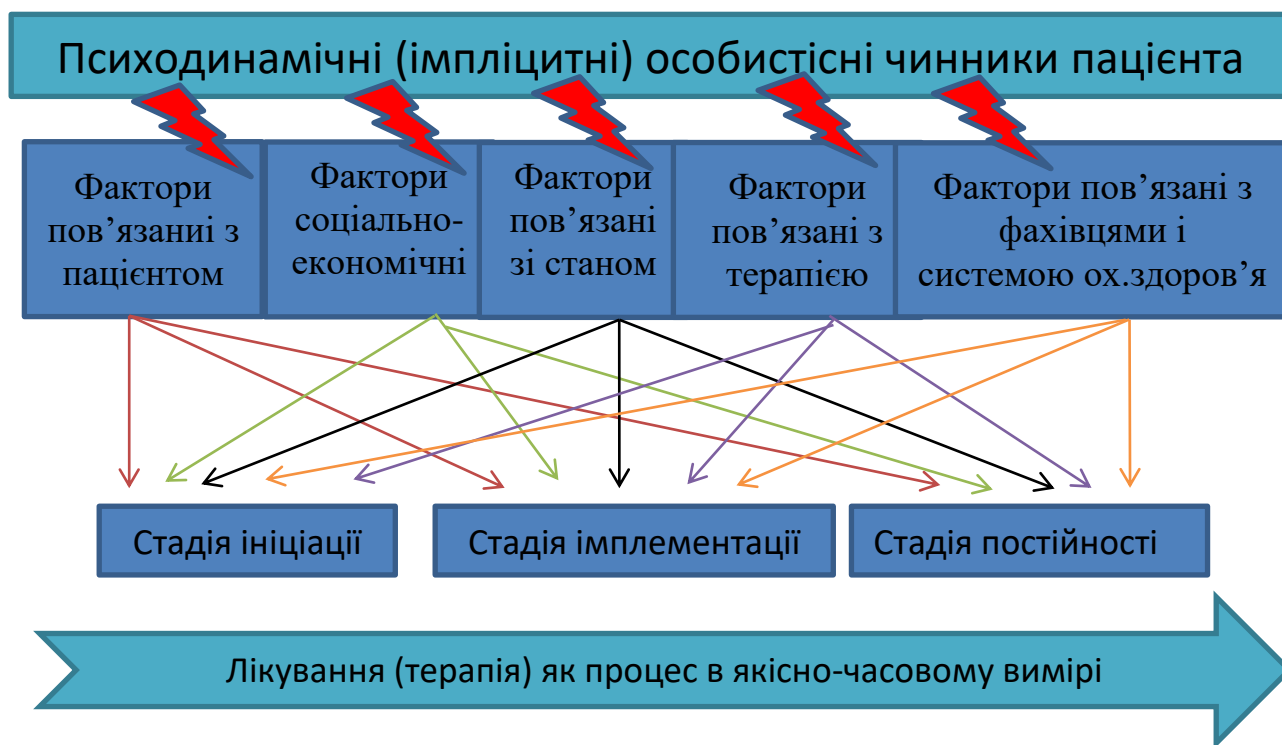
діагнозу шизоафективного або біполярного розладу) (Lacro et al., 2002), тривога (DiMatteo et al., 2007), одночасне лікування метадоном (на фоні латентної форми туберкульозу) (Hirsch-Moverman та ін., 2008), загальна кількість лікуючих лікарів впродовж життя (Lanouette et al., 2009), кількість призначених для лікування препаратів з причини іншого стану (Olthoff et al., 2005), цукровий діабет, як супутня патологія (Караманіду та ін., 2008), дотримання процедур діалізу (Jindal et al., 2003), тип діалізу (Karamanidou et al., 2008), анамнез трансплантацій в пацієнта (Kahana et al., 2008; Караманіду та ін., 2008), донорство крові (органів) (Jindal et al., 2003; Kahana et al., 2008), епізоди лікування відторгнення трансплантату (Jindal et al., 2003), та негативний вплив наявності інших паралельних (коморбідних) захворювань, які впливають на прихильність (Mills et al., 2006), неприхильність в анамнезі (Lacro et al., 2002; Nosé et al., 2003), анамнез неприхильності до лікування (Hodari et al., 2006), анамнез невдалого лікування (Hodari et al., 2006), супутні захворювання або хвороби, включаючи недоїдання (Mills et al., 2006), психічні розлади, наприклад, тривожність / депресія (Jindal et al., 2003; Nosé et al., 2003; Hodari et al., 2006; Mills et al., 2006; Munro et al., 2007; Karamanidou et al., 2008; Malta et al., 2008; Reisner et al., 2009; Schmid et al., 2009), спроба самогубства в анамнезі (Reisner et al., 2009), супутня медикаментозна терапія (при латентному туберкульозі) (Hirsch-Moverman та ін., 2008), нещодавня госпіталізація (Hirsch-Moverman et al., 2008), тривале перебування в стаціонарі (Nosé et al., 2003), більша кількість трансплантацій та епізодів відторгнення трансплантату (Jindal et al., 2003), сліпота обидвох очей (Olthoff et al., 2005), порушення моторної діяльності (Lovejoy and Suhr, 2009), анамнез післяопераційної інфекції (у пацієнтів після трансплантації нирки) (Jindal et al., 2003), відсутність діабету в анамнезі (Jindal et al., 2003), сексуальне насильство у віці < 12 років (Reisner et al., 2009), нещодавнє ув'язнення (Malta et al., 2008), вживання стандартної первинної терапії пухлини (у підході з використанням тамоксифену при раку молочної залози) (Ruddy et al., 2009P). Зловживання алкоголем або наркотичними речовинами також впливає на прихильність до лікування.

Позитивний вплив чинить нещодавнє вживання наркотиків у попередні 3 місяці (у ВІЛ-інфікованої молоді) (Reisner et al., 2009), пріоритетність лікування над вживанням наркотичних речовин (Mills et al., 2006), лікування наркоманії, особливо замісна терапія (для лікування ВІЛ у залежних від наркотиків) (Malta et al., 2008), зменшення вживання алкоголю або непитущість (Hodari et al., 2006; Reisner et al., 2009). Нейтральний вплив має використання ін'єкційних наркотиків (Munro et al., 2007), а негативно на прихильності до лікування відбивається зловживання наркотиками (Oehl et al., 2000; Lacro et al., 2002; Nosé et al., 2003; Mills et al., 2006; Munro et al., 2007; Malta et al., 2008; Lanouette et al., 2009), використання ін'єкційних наркотиків (у порівнянні з неін'єкційними) (Malta et al., 2008), молодший вік першого використання марихуани (Reisner et al., 2009), зловживання алкоголем (Oehl et al., 2000), куріння (Hodari et al., 2006; Schmid et al., 2009). Зумовлені пацієнтом перешкоди для виконавчості негативно впливають у випадку, якщо пов'язані з транспортними труднощами (Mills et al., 2006; Schmid et al., 2009).

Варто зазначити, що серед сотень вивчених і умовно розділених на групи, факторів прихильності до лікування, значна частина є психологічними, зокрема, й особистісними. До прикладу, Linn вказує на позитивний зв'язок експліцитного ставлення до лікування і пов'язує це зі здоров'ям водночас зазначає негативний зв'язок імпліцитного ставлення до лікування та пов'язує це із станом пацієнта (хворобою), також він зазначає, що тривалість хвороби має позитивний зв'язок з імпліцитними установками щодо певного підходу в лікуванні, а між імпліцитними та експліцитними оцінками щодо лікування існує суттєва розбіжність, що вказує на потребу подальшого дослідження взаємозв'язку між імпліцитними установками та прихильністю до лікування[54].

Розуміння і ідентифікація психологічних, зокрема, особистісних чинників, пов'язаних з належним лікуванням, повинні допомогти дослідникам у сфері психології здоров'я і медицини зрозуміти, чому пацієнти не є

прихильними, оскільки ці знання можуть бути основою для розробки більш ефективних заходів для покращення прихильності пацієнтів.



**Рисунок 1.2.1** Схема мультиаспектної взаємодії різних груп факторів на прихильність до процесу лікування в його якісно-часовому вимірі. (адаптовано з Sabaté, 2003 Li, 2010 Vrijens, 2012)

Саме тому ми побудували модель ставлення до лікування, яка відображає стадії на яких виникає прихильність, згрупували фактори впливу і внесли окремо психодинамічні (особистісні) чинники, які донедавна автори виділяли лише в стосунку до психіатричних пацієнтів (**Рис. 1.2.1**). Особистісні чинники зокрема, як і в цілому детермінанти, зазвичай визначаються через опрацювання опитувальників для самостійного заповнення, які формуються на основі запропонованих когнітивних моделей поведінки (очікування-цінність) орієнтованої на здоров'я, таких як Берекрівська модель вірувань щодо здоров'я та хворої рольової поведінки [55], модель здорового глузду саморегуляції Левенталя [55a], теорія планованої поведінки Айзена [56]. Ці теорії взаємозв'язку між ставленням (як наміром) та поведінкою (як дієвим наслідком), поділяють припущення, що поведінка часто обумовлена навмисними (свідомими) процесами, такими як експліцитні (самооцінка) переконання або ставлення (в контексті лише наміру). Як вказують у своїх

дослідженнях Brandes, Sniehotta, Ogden, Rich [57,58, 59, 60], ці моделі не можуть застосуватись для успішного пояснення прихильності до лікування, тобто т. зв. адгеренсу. І однією з потенційних причин, чому ці моделі не є вдалими для пояснення прихильності є те, що на поведінку, до прикладу, на прийом ліків чи корекцію способу життя, також впливають несвідомі процеси, наприклад, певні імпліцитні детермінанти, які не можуть бути виявленні через самозвіт з боку пацієнта. Спробу вивчати такі імпліцитні детермінанти ставлення пацієнтів до лікування робить Linn [61], чий проект виходить за межі традиційних моделей зміни поведінки орієнтованої на здоров'я, зосереджуючись на імпліцитних детермінантах прихильності, тобто адгеренсу.

Варто зазначити, що серед дослідників прихильності до лікування Allemann і Nieuwlaat пропонують виділяти модифікуючі та немодифікуючі детермінанти ставлення до лікування з метою їх подальшого узгодження з можливими інтервенціями з покращення прихильності [61].

До немодифікуючих факторів неприхильності до лікування належать: вік (Vlasnik et al., 2005; Ingersoll and Cohen, 2008; Schäfer-Keller et al., 2010; Baudrant-Boga et al., 2012), стать (Vlasnik et al., 2005), рівень освіти (Vlasnik et al., 2005; Ingersoll and Cohen, 2008) (освіченість), статус зайнятості (Vlasnik et al., 2005), фінансове становище (Vlasnik et al., 2005; Baudrant-Boga et al., 2012) (соціально-економічний статус, брак страхування, доходів, матеріальних ресурсів), тип страхування / покриття ризиків (Zebre et al., 2013), етнічність та культура (Vlasnik et al., 2005; Schäfer-Keller et al., 2010; Baudrant-Boga et al., 2012; Zeber et al., 2013) (мовні труднощі, раса, статус мігранта), житлова ситуація / ситуація з проживанням (Vlasnik et al., 2005; Baudrant-Boga et al., 2012; Zeber et al., 2013) (відсутність фіксованої адреси, самотнє проживання, сімейний стан), когнітивні порушення (Vlasnik et al., 2005; Ingersoll and Cohen, 2008; Baudrant-Boga et al., 2012), хронічність хвороби (Zebre et al., 2013), важкість захворювання (Vlasnik et al., 2005; Schäfer-Keller et al., 2010; Baudrant-Boga et al., 2012; Zeber et al., 2013) (відсутність, зменшення, зникнення або коливання симптомів), поєднання кількох захворювань (Zeber et al., 2013), зміна

терапії (Vlasnik et al., 2005; Schäfer-Keller et al., 2010), неприхильне ставлення до лікування в анамнезі (Vlasnik et al., 2005), відповідь на лікування у минулому (Zeber et al., 2013), тривалість лікування (Schäfer-Keller et al., 2010; Baudrant-Boga et al., 2012).

Аналогічно до немодифікуючих факторів Allemann та Nieuwlaat наводять фактори, на які можна впливати різними заходами, тобто модифікуючі, серед яких виділяють: знання про терапію та пристрої (Vlasnik et al., 2005; Baudrant-Boga et al., 2012; ноу-хау), знання про хворобу (Vlasnik et al., 2005; Baudrant-Boga et al., 2012; розуміння захворювання, розуміння необхідності лікуватися); навички долання фізичних труднощів (Vlasnik et al., 2005; Baudrant-Boga et al., 2012; труднощі при ковтанні, труднощі з утриманням невеликих таблеток або відкриття контейнерів для ліків чи порушення зору), медична грамотність, навички спілкування (Vlasnik et al., 2005; Schäfer-Keller et al., 2010; Baudrant-Boga et al., 2012), стосунок пацієнт - медичний фахівець (Vlasnik et al., 2005; Schäfer-Keller et al., 2010; Baudrant-Boga et al., 2012; Zeber et al., 2013; терапевтичний альянс), переконання про себе (Vlasnik et al., 2005; Baudrant-Boga et al., 2012; сприйнята важливість догляду за собою), переконання про лікування (Vlasnik et al., 2005; Baudrant-Boga et al., 2012; Zeber et al., 2013; віра в лікування, стурбованість щодо вживання ліків, страх залежності, уподобання, сприйняття шкоди напроти вагу вигодам), переконання щодо здоров'я (Vlasnik et al., 2005; Baudrant-Boga et al., 2012; Zeber et al., 2013; гнів, заперечення хвороби або її значущості, апатія, самовпевненість), переконання з приводу системи охорони здоров'я (Vlasnik et al., 2005; Zeber et al., 2013; довіра до системи охорони здоров'я), спосіб життя (Vlasnik et al., 2005; Baudrant-Boga et al., 2012; Zeber et al., 2013; стрес, зловживання психоактивними речовинами, куріння, вживання алкоголю), мотивація (Vlasnik et al., 2005; Ingersoll and Cohen, 2008; Schäfer-Keller et al., 2010; Baudrant-Boga et al., 2012; готовність до змін), забудькуватість (Vlasnik et al., 2005; Ingersoll and Cohen, 2008; Schäfer-Keller et al., 2010), нав'язливість (Ingersoll and Cohen, 2008; незручності, увага до рутини), медикаментозне навантаження (Vlasnik et al., 2005; Ingersoll and

Cohen, 2008; Baudrant-Boga et al., 2012; медикаментів на 1 прийом, прийомів медикаментів на 1 день), специфіка режиму лікування (Vlasnik et al., 2005; Ingersoll and Cohen, 2008; Бодрант-Бога та ін., 2012; Zeber et al., 2013; залежність від часу прийому ліків, формулювання обмежень щодо зберігання та харчування, необхідність виділення часу для лікування), побічні явища (Vlasnik et al., 2005; Ingersoll and Cohen, 2008; Schäfer-Keller et al., 2010; Zeber et al., 2013; пов'язані з лікуванням побічні реакції), кількість постачальників послуг медичної сфери (Vlasnik et al., 2005; Ingersoll and Cohen, 2008; Zeber et al., 2013), рівень доступу до медичної допомоги (Vlasnik et al., 2005; Baudrant-Boga et al., 2012; Zeber et al., 2013; труднощі з отриманням призначень, відсутність транспорту), континуальність охорони здоров'я (Baudrant-Boga et al., 2012), наявність медичних працівників (Schäfer-Keller et al., 2010; Baudrant-Boga et al., 2012; перевантажений персонал, організація догляду, якість мережі догляду), помилки в призначеннях лікування (Zeber et al., 2013), вартість лікування (Vlasnik et al., 2005; Schäfer-Keller et al., 2010; Zeber et al., 2013; нездатність придбати медикаменти, вартість медичної допомоги, витрати на ліки власних коштів), соціальна / сімейна підтримка (Vlasnik et al., 2005; Baudrant-Boga et al., 2012; Zeber et al., 2013; порушена структура сім'ї), психологічні проблеми (Vlasnik et al., 2005; Ingersoll and Cohen, 2008; Schäfer-Keller et al., 2010; Baudrant-Boga et al., 2012; депресія, апатія, психоз), моніторинг лікування (Vlasnik et al., 2005). Ці 25 модифікуючих детермінант ставлення до лікування були отримані в ході аналізу літератури відповідно до підходу, який отримав назву – науки про впровадження. [61]. Згідно з визначенням, наука про впровадження [62] – це науково обгрунтоване вивчення методів, що сприяють систематичному поглинанню результатів досліджень та інших практик базованих на доказах у рутинну практику, а відтак, покращенню якості та ефективності служб охорони здоров'я. Для цього застосовується аналіз удосконалення структури, що зазвичай складається з 14 областей теоретичних конструкцій (середнє значення яких в межах кластера відповідає 0,29 згідно з методом інтерпретації та валідації узгодженості в кластерах даних)[63]. До



цих областей належать: знання, навички, соціальна / професійна роль і ідентичність, вірування про здібності, оптимізм, переконання щодо наслідків, підкріплення, наміри, цілі, пам'ять, увага та процес прийняття рішень, контекст середовища та ресурсів, соціальні впливи, емоції та поведінкове регулювання. Відповідно до цього підходу ведеться пошук модифікуючих детермінант і за мету ставиться підбір відповідних для них інтервенцій з покращення прихильності пацієнтів до лікування.

Розподіл факторів за критерієм немодифікованості/модифікованості не є новим в сфері лікування, взаємодії лікаря з пацієнтом з метою призначень і надання рекомендацій, адже ще задовго до зародження епохи сучасної медицини, яка опирається на докази здобуті у масштабних дослідженнях, науковець сфери публічного здоров'я Неммінікі звернула увагу на ще один різновид факторів, які не легко змінюються адміністративною діяльністю: характеристики пацієнтів і лікарів, а також роль лікарів [64]. Цікавим є те, що цей різновид факторів важко віднести до модифікуючих і водночас, якщо трактувати характеристики пацієнтів включно з особистісними, то важко не враховувати їх динамічного характеру. Отже, на сучасному етапі ми можемо виділити ще одну групу факторів впливу на прихильність до лікування, яка актуальна у взаємодії лікаря та пацієнта, а саме особистісні (динамічні) риси пацієнтів. Однією з таких особистісних характеристик є нарцисизм, який розкривається через ряд особливостей, зокрема, що стосуються ставлення до себе та світу навколо. Від рівня вираженості особистісних рис, зокрема нарцисизму, може в значній мірі залежати, зокрема й специфіка ставлення до власного здоров'я, яке у широкому сенсі є частиною Я-концепції особи, тому його порушення можна трактувати як атаку на образ себе, що є у фокусі проблеми нарцисизму в цілому. З огляду на складність проблеми адгеренсу, тобто прихильності до лікування та зростаючу актуальність нарцисизму, вивчення зв'язків особистісного нарцисизму та ставлення до лікування відтак є перспективним.

### **1.3. Нарцисизм і його маніфестації в ролі особистісного детермінанту ставлення до лікування.**

Навіть у найкращих наукових її проявах, медицина завжди залишається соціальним актом взаємодії, у фокусі якого є взаємодія між лікарем та пацієнтом. І в цьому соціальному акті, як зазначає J. Benjamin, “одна особа – суб’єкт, інша – об’єкт, що дуже охоче відображає наша теорія об’єктних стосунків. Визнати, що об’єкт наших почуттів, потреб, дій і думок насправді є іншим суб’єктом, рівноцінним центром буття, ось це справжня складність” [64a]. З психодинамічної перспективи передумовою для труднощів такої взаємодії є рання травматизація особистості. Адже у психодинамічній парадигмі характер є структурним утворенням психіки, в межах якого функціонує ціла система захистів від специфічних видів психологічних травм. Характер включає механізми регуляції Я-концепції, які скеровані на забезпечення нарцисичного балансу особистості. Як зазначає у своїй роботі Ю. Свинаренко, саме характер є основою структури в системі функціонування прихильності, що першочергово виявляється у стосунках психологічної інтимності. Та на нашу думку характер, з його механізмами регуляції Я-концепції особистості, суттєво впливає і на ставлення пацієнта до лікування, зокрема на прихильність. На сьогодні існує багато досліджень, що підтверджують важливість сформованої прихильності у дорослому віці для успішної реалізації особистості, зокрема й у сфері відновлення чи збереження здоров’я. Варто зазначити, що термін “прихильність”, який ми вживаємо для характеристики прихильного ставлення до лікування з боку пацієнта, є водночас у лексиконі інших авторів як синонім “прив’язаності” [65].

Повертаючись до визначення поняття “нарцисизм” ми звертаємо увагу, що у словнику Меріам-Вебстер він визначається як егоїзм, егоцентризм, як нарцистичний розлад особистості, а також як любов чи сексуальне бажання власного тіла. У перших двох випадках нарцисизм розглядається як доктрина про те, що індивідуальний інтерес до себе є актуальним мотивом і обґрунтованим завершенням усіх свідомих дій чи як надмірна турбота про себе

з наявністю або відсутністю перебільшеного почуття власної важливості, а також як риса або стан егоцентричного надмірного інтересу до себе і турботи про своє власне благополуччя чи перевагу через зневагу або за рахунок інших. У третьому випадку, нарцисизм визначається як розлад особистості, який входить до 5-го видання “Діагностичної та статистичної настанови щодо психічних розладів”, і для якого характерні надто перебільшене почуття власної важливості, постійна потреба у захопленні, відсутність співчуття до інших, надмірна гордість за досягнення і снобістське, зневажливе або покровительське ставлення. В четвертому трактуванні термін нарцисизм подається як перверсія, тобто певні негативи неврозів, які перверсний реалізує як імпульси, а невротик їх просто витісняє. Дуже цікаво, що цим переліком далеко не вичерпуються всі дефініції та поняття, які намагаються вмістити у слові “нарцисизм”. Отож ми схильні перш за все не трактувати нарцисизм однобоко і враховувати різні перспективи погляду на спектр та прояви, які він охоплює.

Варто зазначити, що від початку 21 століття і до сьогодні як термін так і феномен “нарцисизм”, за твердженням J.M. Twenge та W.K. Campbell, набув поширення до рівня епідемії [66] і при цьому, як зазначають J. D. Miller, D. R. Lynam, C. S. Hyatt, and W. K. Campbell, його суть продовжує бути розмитою і контраверсійною [67]. “Нарцисизм” як поняття водночас вміщує сексуальну перверсію і самоповагу, катекування селфлібідинозною енергією і міжособистісний тип взаємин, стадію розвитку і клінічний синдром [65].

Цікавим був погляд Freud на нарцисизм в епоху своєрідної “епідемії істерії”, яка відображала суспільство початку ХХ століття. Тобто, на відміну від сучасності, тоді нарцисизм не був на практиці у фокусі уваги на рівні з актуальною тоді істерією. Це тепер, тобто через 100 років, істерія є застарілим терміном. Вона відображається на сьогодні більш конкретними діагнозами, доприкладу, як інші уточнені тривожні розлади, дисоціативні, тобто конверсійні розлади, соматоформні розлади та як гістрійонний розлад особистості. Після Alfred Vine, Hawelock Elis та Paul Nak, Zigmund Freud був

першим, хто вже із 1915 року вирізнився поглядом на нарцисизм на рівні феноменології, вбачаючи в ньому водночас як клінічний, так і особистісний феномен. Він насвітлив нарцисизм як своєрідний стан, при якому індивід концентрує весь свій інтерес винятково на самому собі. Нарцисизм попри це не був включений ані в Структурну модель психіки Фройда, ані в його Теорію трибів, проте вчений вважав, що нарцисизм повинен зайняти чільне місце в перебігу нормального психічного розвитку індивіда [68].

Завдяки Z.Freud зародилась концепція первинного нарцисизму, під яким розуміється стан немовляти, яке ще не відокремлює себе від зовнішніх об'єктів. Лібідом тоді повністю розвернене у бік самої дитини. Немовля відчуває себе всемогутнім, оскільки всі його потреби задовільнюються як само собою зрозуміле явище [68]. Вважається, що немовля володіє “океанічним почуттям”, яке у теорії рольового розвитку J.L. Moreno носить назву Перший психічний всесвіт або Матриця всесвітньої ідентичності. Це стан, коли мати разом із дитиною утворюють інтеракційну єдність –соціальну плаценту, переживання якої стає глибинним переживанням тотожності зі світом і формує наступну довіру до власного буття. Причиною сильної концентрації чи фіксації дитини на стадії всесвітньої ідентичності є акціональний голод, що спонукає її цілком віддаватися дії. Інтеракція здійснюється завдяки процесам розігріву аналогічно до того, як це відбувається на наступних стадіях рольового розвитку [69]. У подальшому житті перед обличчям серйозних стресів індивід відчуває спокусю повернутися до первісного ідилічного почуття безпеки, клінічною аналогією чого є кататонічна форма шизофренії.

Z.Freud розуміє вторинний нарцисизм як процес вилучення лібідо з об'єктних навантажень і звернення його знову на власне “Я”. Нарцис більше не бажає інвестувати в об'єкти зі свого оточення і стискається, зосереджуючись на відновленні порушеної самоповаги.

У роботі “Про нарцисизм” Z.Freud намагається обґрунтувати концепцію первинного нарцисизму дедуктивним методом, виходячи зі спостережень за батьками новонародженого: батьківська любов до “Його Величності дитини” є

відновлення нарцисизму. [68] Судячи з текстів другої декади ХХ століття, фаза первинного нарцисизму розташовується між первинним автоеротизмом і об'єктною любов'ю та виникає одночасно з “Я” як перша форма єдності суб'єкта. Розуміння Z.Freud первинного нарцисизму співзвучне із Лаканівською “стадією дзеркала” [70]. Пізніше, при розробці другої топіки, не проводяться відмінності між автоеротизм і первинним нарцисизмом, який вважається найпершим етапом життя, що передує виникненню Я і будується за зразком внутрішньоутробного життя. В праці “Я і Воно” під джерелом первинного нарцисизму розуміється Ід [71]. Через кілька років Z. Freud дещо змінив власні погляди і тоді первинний нарцисизм був знову віднесений ним до Его.

P. Greenacre пов'язує концепцію “первинного нарцисизму” із запропонованим нею ж поняттям “первинної тривоги”: збільшення тривоги викликає наростання нарцисизму, надлишок нарцисизму розвивається частково як спроби подолати підвищення тривоги. Крик новонародженого висловлює тривогу і служить збереженню “всемогутності” за допомогою призову батьків на допомогу. Первинний нарцисизм, на думку P. Greenacre, несе в собі початки активного психічного потягу, заснованого на біологічній потребі виживання. У періоди психічних стресів, таких, як травма чи депривація, відбувається нарощування нарцисизму, описуваного як Лібидозний заряд спонукання, спрямований на атаку або захист [72, 73].

E. Jacobson пропонує використовувати термін “первинний нарцисизм” для опису недиференційованої на суб'єкт і зовнішній світ стадії розвитку первинного “психофізіологічного Я”, коли відчувається тільки наростання і зменшення напруги. На стадії “первинного нарцисизму” дитиною не усвідомлюється нічого, крім власного досвіду фрустрацій і задоволення. Поняття “вторинний нарцисизм” відноситься до стадії початку формування Его, коли переживаються відмінності між лібідо і агресією, при тому, що ще змішані Я-образи і об'єктні образи [74].

M.Mahler запропонувала розрізняти дві субфази в межах фази первинного

нарцисизму. Перша субфаза відноситься до перших тижнів життя. Це стадія “абсолютного нарцисизму”, або “нормального аутизму”. На цій стадії мати не усвідомлюється навіть в якості часткового окремого об'єкта. Друга субфаза, або “нормальна стадія симбіозу”, може тривати до трьох місяців життя. На цій стадії первинний нарцисизм превалює, але вже не є абсолютним. Уже усвідомлюється, що задоволення виходить від задоволення потреб часткового об'єкта, тобто грудей. Це усвідомлення відбувається з “орбіти” всемогутньої симбіотичної подвійної єдності з матір'ю, до якої звернено лібідо[75].

N. McWilliams вказує на те, що нарцисична структура характеру за своєю суттю є результатом певної особистої історії індивіда, в якій його в дитинстві використовували для реалізації планів, намірів і потреб опікунів. Виникає проблема ідентичності, головні риси якої, були нав'язані ззовні і хоча вони й були сприйняті на свідомому рівні, та все ж таки залишаються хворими, неповними чи неприродними. Водночас дуже природні форми вираження селф, від яких особистість прицільно відчували, залишаються недорозвиненими і провокують внутрішній нерозв'язаний конфлікт [76].

Нарцисична проблема тісно пов'язана з почуттям самоцінності і виникає внаслідок невідповідних складних та різноманітних фрустрацій самовираження. Як правило, в таких ситуаціях мали місце приниження і “нарцисичне травмування” через невдалі спроби амбітного самовираження. Могло мати місце надмірне ідеалізування з боку батьків, які поклали надію, що дитина суттєво доповнить їх значимість, авторитет, повагу оточуючих у порівнянні з тим, наскільки це було реально можливим. Виходячи з цього, у дорослому житті нарцисичні особистості живуть під постійним гнітом внутрішнього конфлікту між власним возвеличуванням і тотальним відчуттям нікчемності. Конфлікт виникає між псевдо- та справжнім селф. Ця концепція добре описана в роботах D. Winnicott під назвою “фальшиве селф” і варто зауважити, що в ситуації нарцисичної особистості це “селф” стає набагато більш неприродним та більш фальшивим, причому, як для самого індивіда, так і для його оточення, порівняно з проявом такої “фальшивості” в людей з іншим типом

особистісної організації. Фальшиве селф в нарцистичному випадку виступає єдиним джерелом регуляції та підтримки почуття власної гідності і саме тому воно принципово страхує себе ціною виняткової вразливості, адже індивід не вірить в себе, оскільки його правдиве селф є неоціненим чи приниженим. Така особистість легко прогнозує чи розпізнає вияв неприємності у своєму оточенні, будучи наділеною особливою чутливістю до найменш значущих сигналів неприйняття чи до найдрібнішої поразки. Виникає псевдо чи фальшива впевненість у собі, за якої нарцистичний індивід працює над самовозвеличенням і захоплюється самим собою, проживаючи невластиву роль, щоб отримати надзвичайну похвалу, адже наполегливий у вірі в свою власну велич. Ідентифікуючись із оточенням, яким маніпулює нарцистична особистість для досягнення бажаного ефекту, вона все ж важко переносить небажані фрустрації життя, які переживаються як власна нікчемність, приниження себе, а також гальмування власної активності. А це у свою чергу для балансування ситуації провокує деструктивний захист роздутого фальшивого селф, який щоразу буде таким невгамовним, що навіть інколи проявлятиметься більш нереалістичною компенсацією ніж та, яка існувала до появи актуальної загрози [77].

Як зазначає Т.-М. Павленко, “особистість” є ключовим поняттям в соціальній природі людини і її індивідуальності, яка сформована як суб’єкт соціокультурного життя. Поняття “особистість” поєднує в собі характер, темперамент, здібності, звички, ставлення та поведінку людини, що відображає в повній мірі те, ким ми є насправді. Якщо ж у цьому ключі згадати клінічну категорію особистісних розладів або розладів особистості, то є очевидним, що ці розлади дуже складні як для їх глибшого розуміння, виявлення, диференційної діагностики та класифікації [78]. В цьому контексті варто зазначити, що батьком медицини, яким по праву вважається Гіпократ, були зроблені перші акценти на відмінностях між різними типами особистості і виділена психопатична структура особистісної організації, водночас саме він першим звернув увагу на проблему ставлення пацієнтів до лікування, вказавши, що пацієнти часто не виконують приписів, не зізнаючись про це лікарю чим

іноді наносять собі непоправної шкоди [78].

На сьогодні зв'язок особистісних особливостей зі ставленням пацієнтів до лікування залишається недостатньо вивченою темою, зокрема й у контексті особистісного нарцисизму. Окремі напрацювання здійснюються психологами в Україні у напрямку взаємодії лікаря з пацієнтом. Зокрема, автори В. Зливков та С. Лукомська підготували посібник для практикуючих лікарів під назвою "Спис Гіппократа: Основи психології спілкування для медичних працівників", у якому виділили особливості взаємодії лікарів із пацієнтами з різним типом темпераменту, ставленням до хвороби, окресливши психологічні характеристики різних конституційних типів пацієнтів. Однак, на нашу думку, цього не достатньо для ефективної щоденної практики, оскільки авторами не наводиться зв'язку між особливостями взаємодії лікар-пацієнт, як це відбивається на прихильності до лікування та здоров'ї вцілому, а також не пропонується, як саме цей вплив варто оцінювати.

Варто також зазначити, що нова версія Міжнародної класифікації хворіб 11 перегляду, яка наразі знаходиться в статусі обговорення і ще не є прийнятою, пропонує дещо інноваційний погляд на розлади особистості, оскільки пропонує окрім якісної оцінки ще й кількісну. Як вказує Т.-М. Павленко, нова версія МКХ пропонує парадигму, котра відкидає всі специфічні категорії і чітко зосереджує увагу на, власне, факті наявності самого розладу особистості за критеріями стійкого і всеохоплюючого порушення образу та уявлення про себе, інших і навколишній світ, через неадекватні, тобто дезадаптивні патерни пізнання, поведінки, емоційних переживань і відповідних реакцій, їх ригідність на фоні виражених проблем з психосоціальним функціонуванням, зокрема уміжособистісних стосунках, у контексті особистісних і соціальних ситуацій, є довготривалим, щонайменше кілька років і здебільшого вперше проявляється у підлітковому віці та явного виразу набуває у період ранньої юності. Як аналізує автор, це те що є спільне в МКХ-11 з МКХ-10 і DSM-5. Та наступним нововведенням є визначення ступеня важкості розладу особистості, адже ці ступені пропонують розділяти на



легкий, помірний і важкий ступінь. І що на нашу думку найважливіше, то це те, що виокремлюється субклінічний рівень розладу, так звана “особистісна складність чи обтяжливність”, що англійською звучить як “personality difficulty” і еквівалентне раніше вживаному поняттю “акцентуації” і не є клінічним діагнозом. Отож разом із авторкою публікації ми можемо погодитись, підсумувавши, що саме розподіл за важкістю та виділення неклінічного аспекту серед особистісних розладів у вигляді вище згадуваної “особистісної обтяжливності” дає можливість по-новому, без зайвої стигматизації, підійти до вивчення та виявлення перш за все особистісних особливостей, і лише через ступінь їх вираженості та інші критерії ставити питання про їх розгляд у контексті постановки діагнозу в напрямку розладу.

В нашій роботі ми, апелюючи до конструкту “особистісний нарцисизм”, маємо на увазі не клінічний його прояв, а радше широкий спектр нехворобливих аспектів особистості. Інакше кажучи, в полі нашого дослідницького інтересу знаходиться нарцисизм як невід’ємна риса характеру будь-якої особистості, а також його можливі маніфестації.

Як зазначає Свинаренко, існують дві позиції серед психодинамічно орієнтованих авторів, одні з яких наслідують концепції Z. Freud про первинний нарцисизм, мотивуючи це фазою на початку життя немовляти, коли ще відсутнє знання об’єкту, а інші вважають, що об’єктні відносини є від початку життя, тому не визнають існування первинного нарцисизму. Одну позицію репрезентує бачення Kohut, а іншу бачення Kernberg і це мабуть зумовлено тим, що Kohut мав практику з більш збереженими пацієнтами в сенсі важкої психопатології і це відповідало його амбулаторній практиці, в той час як поле діяльності Kernberg знаходилось в рамках так званої “великої психіатрії”, де він мав змогу досліджувати більш важкі випадки психопатології. Отож, Kernberg бачив нарцисизм у дуже широкому діапазоні, від нормальних проявів до важких проявів розладу особистості. Він розділяв погляд Rosenfeld щодо того, що нарцисизм є і нормою і патологією, оскільки ще Z. Freud зауважив, що будь-яка особистість може бути більш-менш нарцистичною. Так, виходячи з

власного досвіду і переосмислення практики, Kernberg став автором діагнозу “нарцистичний розлад особистості”. Бачення Kohut полягало не в наданні значення ступеню нарцистичності особистості, а радше в інтересі виявленому ним до нарцистичної регуляції особистості. Інакше кажучи, Kohut вбачав в нарцисизмі своєрідний ресурс, який був покликаний заповнювати та зберігати структурну цілісність, короткочасну стабільність і позитивно афективно забарвлювати власні уявлення особистості про себе. Kohut запропонував змістити акцент з нарцисизму як феномену спільного у різних індивідів у бік різного функціонування кожної унікальної Я-концепції у кожній окремо взятої особистості. Отож, ми розділяємо Когутіанське трактування нарцистичних способів регуляції власних уявлень особистості про себе, яке полягало в тому, що вони і є механізмами забезпечення психічного здоров'я, регуляції та підтримки оптимального нарцисизму особистості, щоб забезпечити спроможність у всій повноті сприймати і реалізовувати власні сили та можливості, а також пробачати собі власні помилки, виводити уроки із невдач та збільшувати власний життєвий потенціал. І тому нарцистичні механізми саморегуляції відіграють ключову роль в цілому для всіх, а не лише можуть бути вузько розглянуті у контексті пацієнтів з діагностованою нарцисичною патологією. У цьому ж контексті ми розвиваємо ідею побудови та перевірки гіпотез навколо ставлення пацієнта як особистості до процесу лікування, а не ізольовано лише до хвороби, а також вплив механізму нарцистичної саморегуляції.

З опрацьованих нами, єдиним джерелом, яке фіксує потенційний вплив нарцисизму на ставлення до лікування є робота, опублікована J. R. Tedlow, де автор стверджує, що вибулі учасники дослідження з більшою ймовірністю відповідають критеріям, що стосуються гістріонного та нарцистичного розладів особистості, з чого він робить припущення, що більш високі показники цих двох розладів особистості можуть стати бар'єром для встановлення позитивних зв'язків між пацієнтом та лікарем. Подібність між тими учасниками, що завершували і вибулими учасниками досліджень свідчить про те, що наявність

фактору вибулих із клінічних досліджень учасників не повинно істотно змінювати узагальнюваність результатів, які отримані виключно з тими, хто залишився аж до завершення дослідження і відтак пацієнти з гістріонним та/або нарцисичним розладами особистості, чи вищою чутливістю до соматичних сигналів можуть, скоріше вибуваючи, стати причиною недостатнього їх представлення в популяціях клінічних досліджень [80]. Та як бачимо, тут йдеться про нарцисизм виключно як розлад, а ми в роботі відштовхуємось від нарцисизму особистісного і рівня вираженості його маніфестацій, що на нашу думку більше відображає контекст нарцисичної саморегуляції, яка певним чином також може наводити на думку про наявність чи відсутність патологічної тенденції. Проте ми не ставили собі за мету робити висновки про зв'язок особистісного нарцисизму із патологічним, а радше виявити наявність зв'язку маніфестацій нарцисизму із тим чи іншим видом ставлення до лікування з боку пацієнтів.

Нарцисична грандіозність, як зазначає Е. Јаук, характеризується відвертою експресією почуттів права та переваги, в той час як нарцисична уразливість відображає гіперчутливість та інтравертованість самопоглинання. І коли клінічні докази стверджують позицію про те, що грандіозність супроводжується вразливими аспектами, що вказує на їхню спільність в основі, то водночас субклінічне дослідження особистості розглядає грандіозний і вразливий нарцисизм як цілком незалежні риси особистості. А з екстраверсією суттєво корелює грандіозний нарцисизм, водночас вразливий нарцисизм з інтроверсією також мають високий рівень взаємозалежності. Е. Јаук та співавтори у своїй роботі підтверджують на великій неклінічній вибірці масковане спільне ядро грандіозного і вразливого нарцисизму під міжособистісними відмінностями у інтравертованості та екстравертованості, з якими корелюють обидві маніфестації нарцисизму. Більше того, автори зазначають, що чим вищий грандіозний нарцисизм, тим тісніший зв'язок між обома аспектами нарцисизму, особливо в ряді 10% верхніх значень грандіозного нарцисизму, що є ймовірним свідченням переходу до клінічно

значущого рівня, тобто вже не лише особистісного, а швидше патологічного нарцисизму [81]. На нашу думку, ці результати безумовно важливі для кращого розуміння проявів нарцисизму у різний спосіб, що однак є ознакою рівня нарцистичності в цілому незалежно від того, за яким механізмом відбувається її маніфестація. Клінічна (в психіатричному контексті) та неклінічна популяції, в яких досліджують нарцисизм, показує різні результати. Доприкладу неклінічні вибірки надалі показують, що грандіозний і вразливий нарцисизм практично не пов'язані між собою і саме з цієї причини вони зазвичай розглядаються як дві незалежні риси, коли йдеться про субклінічні дослідження особистості, натомість дані, отримані в клінічній популяції вказують на те, що вразливі аспекти завжди супроводжують грандіозний нарцисизм. Якщо брати до уваги психіатрію і патологічну форму нарцисизму, то варто зазначити, що клінічні спостереження вказують на співіснування або коливання станів грандіозності та вразливості у осіб з діагнозом нарцисичний розлад особистості [81]. Отож, як ми можемо зауважити, немає якоїсь уніфікованої думки чи бачення з приводу маніфестацій нарцисизму, а лише можливий розгляд їх у конкретному контексті.

Однією із недавно запропонованих моделей, які є спробами інтегрувати різні бачення нарцисизму, стала модель нарцистичного спектру, запропонована Z. Krizan та A.D. Herlache. Врахувавши сукупність емпіричних доказів нарцистичних рис, вона створила можливість для інтегративного теоретичного обґрунтування нарцисичної особистості. Дана модель, будучи синтезована на основі широкого спектру особистісних, соціально-психологічних та клінічних даних, опирається на існуючі знання задля розкриття погляду на нарцисизм. Цей погляд вирізняє серед інших повага до клінічного походження нарцисизму, охоплення розмаїття і складнощів його вираження та водночас наświetлення обширних наукових доказів нерозривності між нормальним і ненормальним вираженням особистості. В цілому, такий спектральний підхід пропонує своєрідне синтетичне пояснення проявів нарцисичних якостей, таких як зухвалість і грандіозність, що орієнтовані на зближення, а також

якостей, зорієнтованих на уникання, як, доприкладу, реактивність та вразливість. Ці якості служать для підтримки переконання, про власну важливість, перевагу або унікальність і мають забезпечувати отримання особливого ставлення та отримання більшої кількості ресурсів, ніж інші, а також охоплюють готовність вимагати цього виняткового ставлення або додаткових ресурсів та для підтримки самовпевненості [82]. Згідно з твердженнями її авторів, модель нарцистичного спектру матиме важливе значення не тільки для розвитку теорії нарцисизму та клінічної практики, але й допоможе об'єднанню бачення з позицій соціальної, особистісної та клінічної психології, адже не є таємницею, що вони і сьогодні нерідко відхиляються один від одного. Також вона справді включає в себе багато важливих аспектів нарцисизму, а саме описує таке поняття як спектр особистісних особливостей в рамках індивідуальних відмінностей підтримки власної важливості та винятковості, також на думку авторів, дана модель дає змогу розрізняти важкість окремих ознак та їх форму репрезентації від підкреслення рис грандіозності до підкреслення рис уразливості та виокремлення функціональних орієнтацій -зухвалості та реактивності, які є ґрунтом для вже згадуваних проявів грандіозності та вразливості, які ми також вивчаємо як маніфестації нарцисизму.

Отже, в нашому дослідженні ми керуємось думкою, що попри всю складність в уніфікації розуміння та інтеграції попередніх напрацювань в галузі вивчення нарцисизму та ставлення пацієнтів до лікування з множинністю детермінантів останнього, розробка даної тематики все ж є перспективною, оскільки дасть змогу виявити прості практичні особливості в сферах дотичних до проблеми лікування пацієнтів у сьогоднішній час. Адже навіть поява інноваційного медикаменту чи методу лікування жодним чином не допоможе неприхильному до лікування пацієнтові.

## РОЗДІЛ 2

### ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СТАВЛЕННЯ ПАЦІЄНТІВ ДО ЛІКУВАННЯ У КОНТЕКСТІ НАРЦИСИЗМУ

#### 2.1. Планування етапів емпіричного дослідження та обґрунтування психодіагностичного інструментарію

Підбір методик для виявлення ставлення до лікування з боку пацієнтів полягав у пошуку зручного діагностичного інструментарію для оцінки ставлення до лікування, маніфестацій нарцисизму від грандіозної до вразливої, аспектів реалізації грандіозності таких як захоплення та суперництво, а також визначення загального рівня самооцінки та здатності відчувати задоволення як важливого мотиваційного аспекту в психодинамічному контексті.

Проведення наукового дослідження, яке ми запланували в рамках написання магістерської роботи на базах лікувальних відділень закладів охорони здоров'я м. Львова за участю пацієнтів, передбачало етап з отримання письмової згоди керівництва лікарень. Першочергово було здійснено письмове інформування медичних установ в особах їх керівників про використання зібраних в результаті такого дослідження даних лише в навчальних цілях, із дотриманням правил анонімності та конфіденційності, із заміною реальних анкетних даних досліджуваних. Для реалізації цього наміру нами була погоджена можливість формування листів-звернень від імені декана Факультету наук про здоров'я Вищого навчально закладу “Український католицький університет”. На цьому етапі були підготовлені листи-звернення до керівників комунальних закладів Львівської обласної ради і ( за вихідним №92 від 16.10.2018, додаток А) до “Львівської обласної клінічної лікарні” та “Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні”(за вихідним №93 від 16.10.2018). Відповідні згоди на проведення досліджень були надані керівниками медустанов: “Львівської обласної клінічної лікарні”(від 17.10.2018). та “Львівської обласної клінічної психіатричної лікарні” (від 22.11.18), в обох випадках – для доступу до пацієнтів.

Даний підхід був напрацьований нами у взаємодії з керівництвом факультету та з першочерговою метою попередження ймовірних порушень прав пацієнтів, а також для забезпечення належних засад етичності та конфіденційності проведення наукового дослідження. Нами враховані світові практики у напрямку етико-правового регулювання психологічних досліджень, що є однією з актуальних проблем сучасної науки [83], а також українські реалії та менталітет у побудові довірених стосунків між дослідником та тим, хто добровільно погоджується на участь в навчальному науковому дослідженні.

Окрім наведеного підходу, забезпеченню етичних засад обраного формату особистого проведення напівструктурованих інтерв'ю з пацієнтами посприяло членство автора дослідження в Українській Спілці Психотерапевтів (УСП) (Додаток В) сукупно з положеннями “Етичного кодексу” даної громадської організації. А атмосфера довіри, в якій проводились усі інтерв'ю, завдячує власному досвіду автора як учасника групи в одному з методів психотерапії (Додаток Д) у п'ятирічному проєкті УСП – дійсного члена Європейської Асоціації Психотерапії.

Паралельно з процесами створення доступу до бази проведення навчального наукового дослідження нам провадилась розробка психодіагностичного інструментарію для забезпечення методологічної основи виконання емпіричної частини роботи. Оскільки було прийнято рішення провадити пошук в напрямку виявлення особливостей ставлення пацієнтів до лікування та їх особистісного нарцисизму, ми вдалися до підбору методик українською мовою для забезпечення даних цілей. В результаті виявили обмежений доступу до україномовних методик в даній сфері досліджень і реалізували власні переклади частини англійськомовних оригінальних версій методик, а також взяли за основу нещодавно розроблені україномовні версії відомих методик, які зараз перебувають на стадії підготовки до друку. Для виявлення рівня

(високий, середній, низький) прихильності пацієнтів до лікування чи виду (прихильне, неприхильне) ставлення пацієнтів до нього, нами був здійснений огляд доступних методик [84, 85, 86, 87, 88, 89]. Специфічною метою було

підібрати методику, яка могла би бути спільною для пацієнтів різноманітного соматичного профілю, а також включати можливість використання у пацієнтів психіатричного профілю. Ще однією вимогою до вибору слугувала потенційна можливість інтерпретації отриманих даних з урахуванням особливостей самостійного перекладу методик та трактування терміну adherence (прихильність) в україномовному варіанті. Після того, як серед різних методик нами, на основі частоти використання в публікаціях, простоти застосування та універсальності, було зроблено остаточний вибір на користь авторських методик розроблених Morisky та співавторами.

Перші труднощі, з якими довелось зіткнутись у підборі методики для оцінки ставлення пацієнтів до лікування, тобто оцінки їхньої прихильності, полягали в тому, що адаптований переклад українською мовою найбільш сучасних версій методик розроблених і адаптованих Morisky, а саме Morisky Medication Adherence Scale<sup>®</sup> (MMAS-8-Item) та її скороченої версії Morisky Medication Adherence Scale<sup>®</sup> (MMAS-4-Item), є захищені Законами США про авторські права. У зв'язку з цим потрібен дозвіл на використання і ліцензійну угоду можна отримати лише від автора Donald E. Morisky. Для пошуку шляхів подолання даних труднощів та з метою запобігання можливому порушенню авторських прав з нашого боку, ми звернулися із запитом до професора Школи громадського здоров'я імені Джонатана і Карін Філдінг, Центру Наук про здоров'я Каліфорнійського університету, Лос-Анджелес, штат Каліфорнія, доктора Donald E. Morisky. Суть запиту полягала у можливості некомерційного використання однієї методики оцінки прихильності до лікування в навчальних цілях в рамках студентського дипломного проекту. Від автора ми отримали наступну відповідь, яку подаємо мовою оригіналу: "Greetings Mark, and since the cost of the widget is probably more than you can afford, I suggest that you use the Morisky, Green, and Levine (MGL) Adherence Scale which is in the public domain and does not require a license fee. The MGL is NOT the same as the MMAS-4, which is a copyrighted and trademarked diagnostic adherence assessment instrument and requires a license to use, just like the MMAS-8 and these tools are NOT in the public domain. With the



MGL, you can make your own translation as this scale is not copyrighted or trademarked, Please let me know if you are interested in using the MGL and I will send you the original publication with the 4 item scale. Thank you again for your interest in using my validated diagnostic adherence tool. Please send me a note that you received this email. Sincerely, Dmorisky”. У своїй відповіді автор вказує на вартісність розробленого ним діагностичного інструментарію, яка є вищою за можливості студента і одразу ж пропонує скористатися опитувальником прихильності Morisky, Green і Levine (MGL), який є у вільному доступі без ліцензії. Також автор вказує, що опитувальник MGL зовсім інший, ніж діагностичні інструменти оцінки прихильності, захищені авторським правом і торговою маркою MMAS-4 та MMAS-8, тому не є суспільним надбанням на сьогодні. Автор пропонує реалізувати власний переклад MGL та просить бути на зв'язку з приводу прийнятого рішення. Аналогічну за змістом, проте більш лаконічну відповідь ми отримали і від колеги Др. D. Morisky пана S. Trubov: “We recommend you use the Morisky Green Levine scale (1986) You can translate it into Ukrainian and use it without license. You are forbidden to use the MMAS which requires license and training.”, де він строго наголошує на забороні використовувати опитувальник MMAS, який потребує ліцензії та тренінгу, а MGL у вільному доступі рекомендуємо використовувати шкалу Morisky Green Levine (1986), яку можна перекласти українською мовою та використовувати її без ліцензії.

Після розгляду можливих варіантів ми прийняли рішення не відмовлятися від обраної нами методики оцінки прихильності до лікування та пристати на пропозицію автора методики та його колеги . У відповідь на нашу згоду ми отримали обіцяну оригінальну версію публікації 1986 року з описом методики, яку й використали у нашому навчальному науковому дослідженні: “Greetings again, Mark, and here is the Morisky, Green and Levine Adherence Scale, that is free and you can make your own translation. This scale is published in Medical Care, 1986. Professor Larry Green and Dr. Prof. David Levine were my mentors and Principal Investigators on this NHLBI study that resulted in many

seminal articles on the role of adherence behavior in all healthcare settings. The Morisky, Green and Levine Adherence Scale is in the public domain and does not need a license. It has been cited over 3000 times in PubMed. I suggest you do a search on this article and find out how it is still being used by thousands of health care centers all over the world. I am also attaching the 1983 article published in the American Journal of Public Health on the long-term outcomes (morbidity and mortality) resulting from tailored educational interventions on the patients randomized to any combination of educational interventions. Thank you again for your interest in using my validated diagnostic adherence tool. Please keep me apprised of your progress in using the MGL. Please remember that the MGL is NOT the same as the MMAS-4. Please do not confuse these two very different scales. I have downloaded several recent citations from the Medical Care article to show you how popular this reference is still being cited. Happy reading...., and please send me a note that you have received these documents. I hope you enjoy these citations.

Sincerely, Dmorisky Donald E. Morisky, Sc.D., M.S.P.H., Sc.M. Research Professor and Former Chair Distinguished Chair Professor at Kaohsiung University, Taiwan Department of Community Health Sciences UCLA Fielding School of Public Health".

Тобто офіційно отримавши оригінал статті автора, ми дізналися, що над її створенням працювали професор Ларрі Грін і доктор професор Девід Левайн, які були наставниками пана Моріскі та головними дослідниками проекту від Національного інституту серця, легенів і крові. Як наголошує автор, це призвело до численних статей про роль поведінки прихильності в усіх установах охорони здоров'я. Автор у повторному листі запевнив нас, що шкала прихильності "Моріскі", "Грін" та "Левайн" є суспільним надбанням і не потребує ліцензії і зазначив, що вона була процитована понад 3000 разів у англomовній текстовій базі даних медичних та біологічних публікацій PubMed, також додавши статтю 1983 року, з Американського журналу публічного здоров'я, про довгострокові результати з приводу захворюваності та смертності після проведення спеціальних навчальних втручань у пацієнтів, рандомізованих для застосування будь-якої комбінації навчальних заходів. Також автор передав

у своєму листі кілька останніх посилань на статті із журналу "Медична опіка", щоб вказати на популярність первинно розроблених ним методик.

Ми виконали власний переклад одного з найбільш відомих, простих і лаконічних та визнаних у даній галузі досліджень опитувальників, а саме - Morisky Green Levine, для реалізації одного із поставлених перед собою завдань нашого дослідження, тобто у вивчення особливостей ставлення пацієнтів до лікування. В англomовній оригінальній версії даний тест був валідизований в 1985 р. і опублікований авторами в 1986 р. З тих пір цей тест широко застосовується в клінічній практиці для скринінгу з метою виявлення потенційно неприхильних до лікування пацієнтів, стандартного обстеження пацієнтів з різними хронічними захворюваннями, які потребують більшої лікарської уваги. Також даний опитувальник часто використовується в наукових дослідженнях при вивченні різних аспектів проблеми прихильності, в тому числі, при розробці нових опитувальників і шкал, як еталонного тесту для валідизації нових опитувальників. В даній галузі досліджень не існує певного "золотого стандарту" та даний опитувальник, зважаючи на поширеність його використання, на що вказує в тому числі його автор, є одним з найбільш актуальних.

#### MGL (Опитувальник Моріскі Грін Левайн)

Тест включає в себе 4 питання про пропуски та порушення часових рамок прийому ліків, припинення лікування без відома лікаря за умови покращення/погіршення стану, що діагностують реалізацію пацієнтом рекомендацій лікаря. На кожне запитання досліджуваному пропонується дати позитивну або негативну відповідь (так / ні). Кожна позитивна відповідь оцінюється в 1 бал. Пацієнти, які набрали 3-4 бали, вважаються неприхильними до терапії, тобто з низьким рівнем прихильності, 1-2 бали – недостатньо прихильними, тобто з середнім рівнем прихильності, 0 балів – вважаються прихильними до лікування, тобто з високим рівнем прихильності.

Безперечними перевагами тесту є його стислість і, відповідно, швидкість процесу діагностування, універсальність, яка дозволяє використовувати тест для хворих різними захворюваннями та простота інтерпретації отриманих результатів.

Однак за видимими перевагами шкали Моріскі-Гріна ховаються і недоліки цього методу оцінки прихильності. На думку самих авторів, даний тест не дозволяє повною мірою діагностувати всіх неприхильних до лікування. Щоб певною мірою нівелювати даний недолік, ми вдалися до розробки та реалізації формату напівструктурованого інтерв'ю, що дозволило нам уточнити аспекти, які не можна отримати за допомогою тесту Моріскі.

Версія опитувальника MGL, 1986 (власний переклад українською):

Запитання: “Чи іноді Ви забуваєте прийняти ліки?”

Варіанти: “Так” “Ні”

Запитання: “Ви інколи ставитеся не уважно до годин прийому Ваших ліків?”

Варіанти: “Так” “Ні”

Запитання: “Коли Ви відчуваєтеся краще Ви інколи пропускаєте прийом ліків?”

Варіанти: “Так” “Ні”

Запитання: “Якщо Ви відчуваєтеся гірше прийнявши ліки, Ви іноді припиняєте їх приймати?” Варіанти: “Так” “Ні”

Спосіб підрахунку та критерії оцінки отриманих з опитувальника MGL результатів:

“Так” -0 балів “Ні” -1 балі

“0” балів – повна прихильність (високий рівень)

“1-2” бали – часткова прихильність (середній рівень)

“3-4” бали – неприхильність (низький рівень)

Власний переклад опитувальника Стайта-Гамільтона  
для визначення здатності отримувати задоволення

Шкала Снайта-Гамільтона (SHAPS; Snaith et al, 1995). SHAPS - шкала для вимірювання здатності пацієнтів отримувати задоволення, тобто визначення рівня, на якому людина здатна відчувати задоволення від події або ж очікування приємної події. Елементи охоплюють сфери: соціальної взаємодії, їжі та напоїв, сенсорного досвіду та інтересу / розваг. Оцінка 2 або менше становить “нормальний” бал, а балом “відхилення” є значення 3 або більше. Кожен з пунктів має 4 варіанти відповіді з оцінкою в балах 1 або 0: зовсім не згоден - не згоден: 1 бал; повністю згоден - згоден: 0 балів. Таким чином, кінцева оцінка коливається від 0 до 14. SHAPS має адекватну вірогідність побудови та задовільну надійність тестування ретестування (ICC = 0,70) (Franken et al, 2007). Також відомо про високу внутрішню узгодженість (альфа Кронбаха 0,94) (Franken et al, 2007). Ще одним з перших психологів Європи Т. Рібо було введено поняття “ангедонія” для позначення порушеної здатності відчувати задоволення у хворих з серйозними соматичними захворюваннями, без жодного припущення високої значимості, яку концепт придбає в психіатрії. Також В. Джеймс розглядав ангедонію як тип патологічної депресії, але розумінню високої значимості порушеної здатності до отримання задоволення для психічного здоров'я людини завдячуємо психоаналітичній школі. І хоча Z.Freud не використовував поняття ангедонії, він акцентував на нездатності відчувати задоволення у хворих з психічними розладами. Прагнення людини до задоволення в психоаналізі вважається ядром мотиваційної системи, а здатність чи нездатність до переживання задоволення - значущою характеристикою інстинктивної частини особистості людини, тобто лібідо. Оскільки в моделі З. Фрейда лібідо забезпечує енергетичну складову мотивації, служить джерелом розвитку всіх особистісних структур, то вплив дефіциту гедоністичних переживань на різні аспекти особистості є очевидним. Ми також виконували власний переклад даного опитувальника, як допоміжного у виявленні одного з

можливих аспектів зниженої мотивації, могла б відобразитись на ставленні пацієнта до лікування.

Версія опитувальника Snaith Hamilton, 1995 (власний переклад українською):

Мені приносить задоволення перегляд улюбленої теле- чи радіопередачі

Мені приносить задоволення проводити час з сім'єю або близькими друзями

Мені приносить задоволення моє хоббі або захоплення

Мені приносить задоволення моя улюблена їжа

Мені приносить задоволення тепла ванна або освіжаючий душ

Мені приносить задоволення запах квітів, свіжоспеченого хліба або подув морського вітру

Мені приносить задоволення бачити інших людей усміхненими

Мені приносить задоволення виглядати розумно чи справити враження своєю появою

Мені приносить задоволення читання книги, журналу або газети

Мені приносить задоволення чашка чаю або кави, або мого улюбленого напою

Мені приносять задоволення звичайні речі - яскравий сонячний день, дзвінок друга

Мені приносить задоволення красивий ландшафт або вид

Мені приносить задоволення допомагати іншим людям

Мені приносить задоволення похвала інших людей

#### Опитувальник рівня нарцистичності особистості-16

Еймза Раскіна Тері

(The NPI-16 as a short measure of narcissism Daniel R. Ames, Paul Rose, Cameron P. Anderson, Journal of Research in Personality 40 (2006) 440–450)

NPI-16 - це коротка версія опитувальника для виявлення субклінічного рівня нарцисизму, який показав значущі рівні внутрішньої, дискримінантної та прогностичної валідності. Він слугує альтернативою для визначення міри

нарцисизму, в ситуації коли не дозволяють використовувати більш тривалі опитувальники. Тест складається з 16 пар тверджень. Для кожної пари тестованих повинен вибрати той, який найкраще відображає його індивідуальність. NPI оцінюється по 16 бальній шкалі, причому відповідно до числа питань бали за підшкалами розподіляються наступним чином: за кожен вибір питання, відповідний "ключу", нараховується по 1 балу. Бали за всі питання підсумовуються і виводиться дробове число як частка від максимально можливого результату. Відповідно чим ближче до 1 дане дробове число, тим вищий рівень грандіозної маніфестації нарцисизму. Чим менший рівень нарцисизму, тим ближче до 0 дробовий числовий показник, що характеризує його рівень. В дослідженні використано опитувальник у перекладі та адаптації І. Кривенко, Н. Пилат, О. Сенік (готується до друку).

Опитувальник рівня вразливого (гіперчутливого) нарцисизму

Хендіна-Чіка (Assessing Hypersensitive Narcissism: A Reexamination of Murray's Narcism Scale Holly M. Hendin and Jonathan M. Cheek, 1997)

HSNS - це шкала з 10 пунктів, що вимірює прихований аспект нарцизму, тоді як відомий NPI-40 (NPI-16) вимірює більш явний вираз нарцизму (Hendin & Cheek, 1997). Він дає можливість виявляти прихований, не явний вираз нарцисизму, який оцінюється, як один з багатьох аспектів конструкту вищого порядку, що згідно А. Maslow (1942) був визначений як психологічна незахищеність і яка останнім часом визначається як негативна емоційність (Waller, Tellegen, McDonald, & Lykken, 1996). Результат визначається як бальна оцінка ступеня вираженості вразливого (гіперчутливого) нарцисизму, яка розташовується в діапазоні від мінімального рівня 10 до максимального 50. Даний опитувальник (результат) не корелює з рівнем нарцисизму, отриманим згідно NPI-16. В дослідженні використано опитувальник у перекладі та адаптації І. Кривенко, Н. Пилат, О. Сенік (готується до друку).

Опитувальник нарцисичного захоплення і суперництва Лекелта-Бека NARQ-S

(Validation of the Narcissistic Admiration and Rivalry Questionnaire Short Scale (NARQ-S) in Convenience and Representative Samples Marius Leckelt, Eunike Wetzel, Tanja M. Gerlach, Robert A. Ackerman, Joshua D. Miller, William J. Chopik, Lars Penke, Katharina Geukes, Albrecht C. P. Kűfner, Roos Hutteman, David Richter, Karl- Heinz Renner, Marc Allroggen, Courtney Brecheen, W. Keith Campbell, Igor Grossmann, and Mitja D. Back

Online First Publication, March 2, 2017. NARQ-S)

NARQ-S базується на ідеї, що нарцисизм може бути розкладений на два позитивно корельованих розміри: захоплення і суперництво. Ці виміри охоплюють різні когнітивні, афективно-мотиваційні та поведінкові аспекти і є результатом двох різних міжособистісних стратегій: схильності до соціального захоплення за допомогою самореклами (самовдосконалення) і тенденції запобігання соціальної невдачі через самооборону (антагоністичний самозахист). Обидва виміри мають спільну мету - зберегти грандіозну сутність. Диференціюючи нарцисичне захоплення і суперництво, що обіцяє покращити наше розуміння нарцисизму, як потенційної детермінанти у ставленні пацієнта до лікування. Даний опитувальник складається із 6 тверджень і оцінюється в діапазоні від 3 до 18 балів за окремі 3 із 6 тверджень, що відповідають за захоплення чи суперництво. В дослідженні використано опитувальник у перекладі та адаптації І. Кривенко, Н. Пилат, О. Сенік (готується до друку).

Опитувальник самооцінки Розенберга SES

(Society and the adolescent self-image M. Rosenberg 1965

Princeton university press p. 16-38)

SES розроблений соціологом Морісом Розенбергом, є мірою самооцінки, широко використовуваної в соціально-наукових дослідженнях. Він



використовує шкалу 0–30, де оцінка менше 15 може вказувати на проблему низької самооцінки. SES розроблений подібно до анкет соціальних досліджень. Це шкала типу Лікерта з десятима пунктами, в якій позиції відповідали за чотириохвальною шкалою - від зовсім не погоджуюсь до цілком погоджуюсь. П'ять пунктів мають позитивно сформульовані заяви, а п'ять мають негативно сформульовані. Опитувальник вимірює загальну самооцінку, попросивши респондентів подумати про свої поточні почуття. Масштаб самоповаги Розенбергом вважається надійним і дійсним кількісним інструментом оцінки самооцінки. В дослідженні використано опитувальник у перекладі Українського інституту когнітивно-поведінкової терапії (УКПТ,2012).

З метою кращого розуміння особливостей ставлення пацієнтів до лікування нами додатково було розроблено власну анкету для опитування пацієнтів. Вона фактично стала одним із блоків, які разом із згаданими опитувальниками сформували основу напівструктурованого інтерв'ю. Для зручності використання блоки даного інтерв'ю були внесені у програму Google Форми.

До першого блоку ми включили порядковий номер анкети, соціодемографічні дані (вік, стать, сімейний стан, освіта, рід занять).

Специфіку ж кожного пацієнта ми визначали отримуючи відповіді на наступні запитання у лікуючого лікаря, який надавав доступ до свого пацієнта. Або ж уточнювали інформацію в самого пацієнта безпосередньо, якщо останній володів нею в необхідному обсязі:

хвороба (офіційний діагноз)

хронічна / гостра форма

скільки часу хворіє (від моменту встановлення діагнозу)?

первинна / повторна госпіталізація (з приводу актуального захворювання)

скільки часу знаходиться у лікарні (стосується актуальної госпіталізації)?

Даний блок добре сприяв налагодженню контакту з пацієнтом, а в частині випадків із його лікуючим лікарем і, через справжній вияв інтересу в бік

проблем пацієнта, створював атмосферу довіри в подальшому розвитку комунікації у форматі напівструктурованого інтерв'ю.

Наступним блоком були вибудовані запитання до пацієнта, безпосередньо відповідаючи на які в нього виникала можливість поділитись перебігом його захворювання і скаргами, вказавши нам таким чином на складність свого стану і виразити суб'єктивне переживання з цього приводу:

На що Ви хворієте?

Як дізналися про свою хворобу?

Що Вас найбільше турбує із симптомів хвороби?

Лише після встановлення контакту з пацієнтом ми вдавалися до блоку, метою якого було опосередковано відобразити його ставлення до лікування загалом. Цей блок вже потребував довіри пацієнта та він мав змогу в конфіденційних умовах (лікар міг претендувати лише на узагальнену інформацію по всіх пацієнтах у дослідженні, без розкриття деталей кожного окремого випадку) ділитись відповідями на наступні запитання :

Хто був ініціатором Вашого потрапляння в лікарню?

В чому причина госпіталізації?

Чи вважаєте Ви за доцільне знаходитися у лікарні?

Наскільки ефективним є Ваше лікування? Чи стало Вам краще після госпіталізації, порівняно з тим, у якому стані Ви поступили в лікарню?

Що є основним чинником ефективності / неефективності лікування на Вашу думку: - добре підібані медичні процедури та медикаменти чи уважність та чуйність лікаря чи вчасність звернення по допомогу чи відносна не-гострота стану чи інше — тоді що саме?.

Як саме Ви лікуєтесь в лікарні ? ( приймаєте ліки/проходите певні процедури/інше)?

Яке Ваше ставлення до цих лікувальних процедур (чи вважає їх потрібними, чи мало дієвими)?

Чи приймаєте всі медикаменти, які виписує лікар, вдома після виписки з лікарні?

Ще одним важливим блоком були запитання, які відображали ставлення пацієнта до рекомендацій лікаря і в цьому блоці повторно робився наголос на конфіденційності і зацікавленості в цій виключно правдивій інформації для наукового дослідження з акцентом про нерозкриття інформації окремого випадку в тому числі і лікуючому лікарю:

Чи було таке, що Ви відмовлялися від прийому ліків? З чим це було пов'язано?

Чи бувало таке, що Ви самостійно змінювали дозування/ліки, не порадившись з лікарем? З чим це було пов'язано?

Чи дотримуєтесь рекомендацій лікаря щодо способу життя: харчування, рухової активності, контактів з людьми тощо?

Чи бувало так, що Ви порушували рекомендації лікаря щодо способу життя? Як саме? З чим це було пов'язано?

Чемний пацієнт” - той, що завжди виконує усі рекомендації лікаря. Якщо в числовому еквіваленті його можна оцінити на 100%, то на скільки відсотків Ви - “чемний пацієнт” (“чемна пацієнтка”)?

Яка ймовірність того (у відсотках), що Ви будете дотримуватися рекомендацій лікаря вдома після виписки цього разу? Чому?

Чи порушення рекомендацій лікарів хоча б одного разу призводили до погіршення Вашого самопочуття? Як це було?

Чи після такого порушення із подальшим погіршенням стану, чи Ви ще хоча б один раз порушували рекомендації?

Даний блок завершував відкритий діалог з пацієнтом, де він мав змогу з більшою мірою відкритості поділитись власним баченням процесу лікування та виразити те як він сам бере в цьому процесі участь.

Наступним був лімітований часовими рамками процес заповнення опитувальників особистісного нарцисизму - NPI 16, HSNS, NARQ-S, оцінки прихильності до лікування - MGL, загальної самооцінки - SES, котрий завершувався запитаннями про здатність відчувати задоволення - SHAPS.

Варто зауважити, що частина пацієнтів швидко орієнтувалась у виборі відповідей, інші ж пробували ухилятися від вибору відповіді, бажали вибрати обидва варіанти там де це не передбачалось або ж наголосити на тому, що жодна відповідь їм не пасує. Проте в кожному випадку роз'яснення важливості здійснення вибору для майбутньої користі всього дослідження мотивувало пацієнтів перемикається з дилеми вибору на його реалізацію.

Час, який відводився на кожне напівструктуроване інтерв'ю без врахування власної підготовки, підготовки технічних засобів та очікування на пацієнтів, складав від 30 до 150 хвилин і був зумовлений поточною динамікою інтерв'ю. Найменш тривале інтерв'ю проведене за 30 хв. було ситуативно зумовлене випискою пацієнта зі стаціонару та очікуванням родичів з метою транспортування пацієнта в іншу область до місця проживання. Найбільш тривале інтерв'ю зайняло в часі близько 2,5 годин і характеризувалось переважно монологом пацієнта з детальним анамнезом життя та хвороби на фоні невиконання рекомендацій і постійного пошуку альтернативних рішень проблем зі здоров'ям. Ці проблеми розповіді пацієнта постійно накладались на життєві драми на різних етапах дорослості. Варто також зазначити, що мав місце один випадок, коли пацієнт був викликаний терміново на важливе обстеження серця у супроводі медичного персоналу (в анамнезі мав 2 інфаркти та інсульт перенесені в період проживання у США), тому нам довелося перервати інтерв'ю без можливості продовження. Зі слів його лікуючого лікаря, в цей день даний пацієнт був виписаний і вирушив додому, тому не був включений у групу досліджуваних через відсутність усіх даних анкетування.

Набір пацієнтів здійснювався в 2-ох клінічних лікарень в м.Львові за принципом наявності в них вільного часу і добровільної згоди на участь в інтерв'ю. Також передбачалась попередня комунікація з лікуючим лікарем з метою погодження можливих кандидатур, отримання його згоди та інформації щодо пацієнта без прив'язки до імені та прізвища пацієнта. В результаті в досліджувану групу ми сформували провівши інтерв'ю із 34 пацієнтами з із різноманітними діагнозами, включно з соматичними захворюваннями та

психічними розладами. Практично усі пацієнти належать до групи високого ризику ускладнень/рецидивів і мають потребу в постійному лікуванні з метою контролю щонайменше одного наявного в них хронічного захворювання. Першочергово ми планували розділяти пацієнтів на 2 групи для порівняння прихильності до лікування та рівнів нарцисизму між групами соматичного профілю та психіатричного профілю. Проте після додаткових консультацій, зокрема, із завідувачем кафедри психіатрії Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького, професором Олександром Фільцом, з приводу доцільності такого дизайну ми вирішили аналізувати пацієнтів в межах однієї групи. Першочергово планувалось включати психіатричного профілю пацієнтів за винятком тих, у кого був діагностований нарцисичний розлад особистості. Проте, як виявилось в ході обговорень, на практиці дане формулювання діагнозу використовується не часто, що стало б перешкодою для реалізації поставленого завдання. Натомість ми сфокусувались на наборі групи пацієнтів в межах якої вирішили перевірити гіпотези сформовані при плануванні дослідження. Вибірка пацієнтів у дослідженні має вказані на рис. 2.1.1. соціодемографічні характеристики: середній вік склав 59 років, розподіл між чоловіками та жінками практично рівний і склав 47% та 53% відповідно, 3/4 пацієнтів із середньою спеціальною або вищою освітою та кожен четвертий учасник/учасниця мають статус одружений/заміжня.

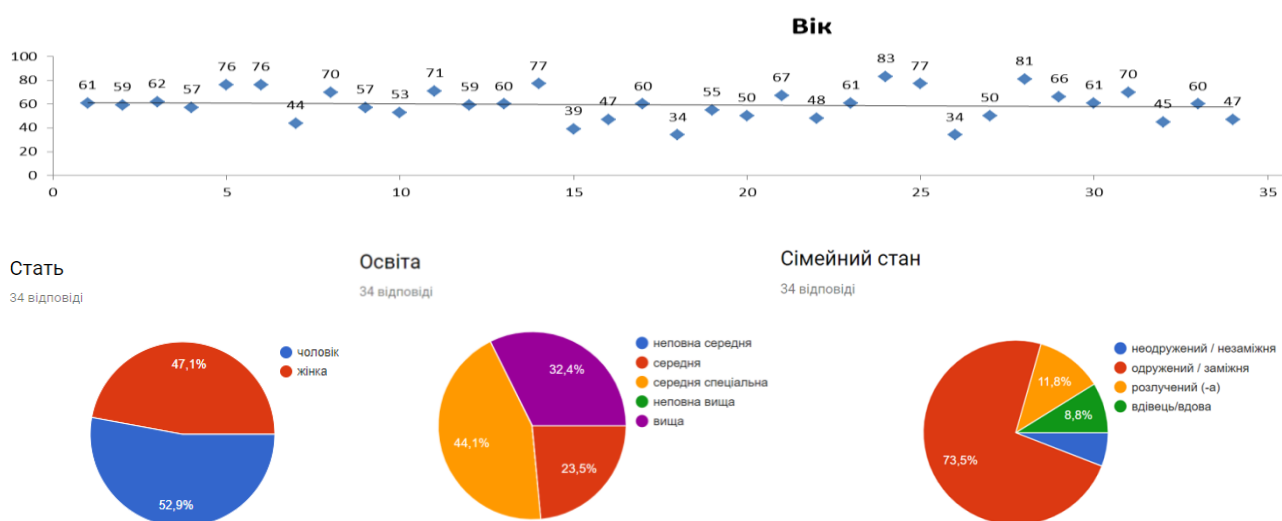


Рисунок 2.1.1. Соціодемографічні характеристики досліджуваної групи пацієнтів (n=34)

Отже, після підбору формату інтерв'ю, вибору його структури та погодження локацій його проведення, був здійснений набір пацієнтів у досліджувану групу з метою подальшої обробки результатів та вивчення особливостей ставлення пацієнтів до лікування у контексті особистісних рис, а саме маніфестацій нарцисизму. Оцінка здійснювалась нами на основі методик, перекладених українською мовою за участі Українського інституту когнітивно поведінкової терапії (SES) та авторським способом (SHAPS, MGL), як рекомендували окремі автори оригінальних версій, а саме Donald Morisky з приводу доступного без ліцензії MGL-опитувальника. Також було застосовано нещодавно реалізовані україномовні версії методик NPI-16, HSNS, NARQ-S у перекладах та адаптаціях І. Кривенко, Н. Пилат, О. Сенік, які на даний момент готуються до друку.

## **2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження особливостей ставлення пацієнтів до лікування**

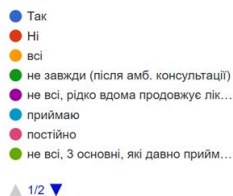
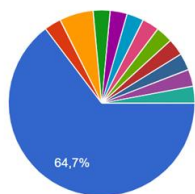
В результаті обробки даних отриманих у досліджуваній групі з 34 пацієнтів ми для зручності подальшого аналізу сформували зведену таблицю, в якій відобразили бальні оцінки кожного пацієнта, що він отримав за кожним із включених у навчальне наукове дослідження опитувальників Додаток. Також ми визначили середні значення у досліджуваній групі за кожною із шкал. Середній рівень грандіозного нарцисизму в досліджуваній групі склав 0,28. В свою чергу рівень вразливого нарцисизму в досліджуваній групі склав 34,59. За результатами опитувальника NARQ-S рівень середні рівні захоплення та суперництва склали 11,03 та 10,23 відповідно. Результат був можливим в діапазоні від 3 до 18 по захопленню ат суперництву. Середній рівень самооцінки по групі склав 31,76. Середній рівень прихильності до лікування по групі пацієнтів склав 1,88. Рівень здатності відчувати задоволення від звичних речей у досліджуваній групі пацієнтів склав 1,26.

Важливий аспект ставлення до лікування ми можемо побачити лише порівнявши відповіді в групі пацієнтів (n=34) з відповідями тієї ж групи на запитання опитувальника MGL (рис. 2.2.1), де в першому випадку 67,4% пацієнтів запевняють нас що приймають всі медикаменти, які виписує лікар,

вдома після виписки з лікарні і водночас в другому випадку 67,6% пацієнтів тієї ж групи стверджують, що іноді забувають прийняти ліки.

Чи приймаєте всі медикаменти, які виписує лікар, вдома після виписки з лікарні?

34 відповіді



1. Чи іноді Ви забуваєте прийняти ліки?

34 відповіді

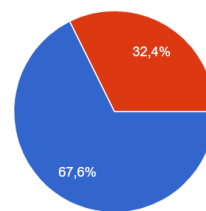


Рисунок 2.2.1. Ставлення пацієнтів до лікування: 6 із 10 мають враження, що приймають всі ліки, водночас також 6 із 10 зізнаються що забувають.

Також 6 із 10 пацієнтів в порівнянні з умовно “Чемним пацієнтом”, який на 100% прихильний до лікування, бачать себе відносно нього на рівні 80%-100% (рис. 2.2.1.) При цьому в процесі діалогу з пацієнтами виявляються деталі, які вказують на проблеми з прихильністю до лікування, а пацієнт як потім стає очевидним давав соціально бажані відповіді, замість того, щоб виявити проблемні моменти в лікуванні і намагатися їх вирішити.

Чемний пацієнт” - той, що завжди виконує усі рекомендації лікаря. Якщо в числовому еквіваленті його можна оцінити на 100%, то на скільки відсотків Ви - “чемний пацієнт” (“чемна пацієнтка”)?

34 відповіді

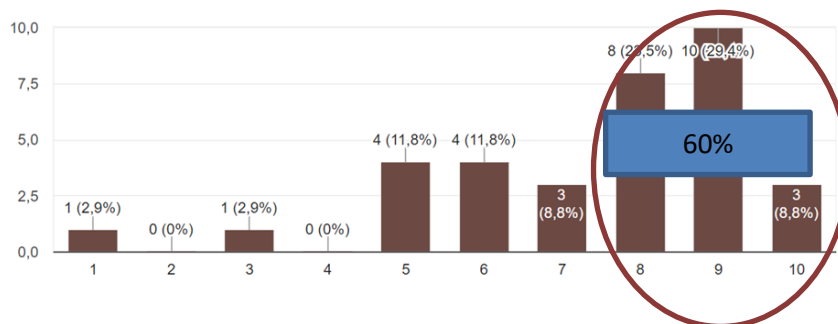


Рисунок 2.2.1. Ставлення пацієнтів до лікування: 6 із 10 суб’єктивно сприймають себе близькими до умовного ідеалу, який 100% прихильний до лікування.

Також є ще одні парадоксальний варіант, коли пацієнти звертаються до лікаря, обстеження проходять, але ліків не приймають і рекомендацій

подальших не виконують. Вони також зізнаються в цьому безпосередньо при розпитуванні та на загальне запитання про прийом усіх ліків формально відповідають часто ствердно. Справа в тому, що під час інтерв'ю пацієнти самі дивувались інколи як їхні наміри і уявлення про те, що вони лікуються і все приймають йшли в розріз з їхніми діями: "...в меншу сторону так, зменшував, якщо більша доза погіршувала самопочуття...", "...ні, міг просто не вживати...", "...було, дере горло і тоді зменшую дозу, якщо забагато крейда забиває всі судини, таблетки це крейда яка забиває всі судини, їх просто по різному фарбують...", "...взагалі ні. покидала прийом бісопрололу, але не розуміла важливості бісопрололу і точки його прикладання...", "...так. різне тоді було. це ще до операцій на сонних коли по лікарях доводилось ходити чимало, ще до 2010 року, п'явки допомагали (гірудотерапія)...", "...так. через самопочуття, побічні ефекти, самостійно відміняла. так змінювала кількість ліків. вважала, що забагато...", "ні. хіба забули або були труднощі купити (живуть у селі, а аптека у райцентрі)", "...так, з причини недовіри. ще раз повторює, що одна глина. на уточнення відповідає, що це по самовідчутті, а не за показниками глюкометра. висловлює претензії щодо депутатів, яких вважає в цьому винними...", "...не було часу на повторну консультацію поїхати і припинив прийом ліків. відновив лише через 3 місяці після повторної консультації...", "основні не відмовлялась приймати. додатковий приймала і не допомагає тому припинила...", "...так. антибіотик припинила після операції на 4 день (лікар сказав тиждень по 3 а тиждень по 2)...", "...так, видаляли ліпому і не їла антибіотика (відмовилась свідомо)...", "...так. природне лікування сильніше...". Цей список раціоналізацій та суб'єктивних уявлень пацієнтів про лікування можна продовжувати ще дуже тривало, проте одразу варто наголосити, що маємо справу не з абстрактними проблемами зі здоров'ям у цих пацієнтів, а усвідомлюємо, що це пацієнти групи високого та дуже високого кардіоваскулярного ризику чи ризику рецидиву, якщо йдеться про психічний розлад. Також ще раз варто звернути увагу на те, що 6 із 10 серед цих пацієнтів є формально переконані в тому, що відвідують лікаря та всі



ліки приймають, проте це цілком не відповідає суті процесу лікування, адже те як собі його уявляють пацієнти і те як розуміє їх послідовні дії лікар є часто зовсім не синхронізованими між собою баченнями. І тут актуальними є слова Франца Кафки, з його твору “Сільський лікар” про те, що робити призначення це дуже легко, інша справа – це розуміти людей і це дуже важко. Цей твір Кафки має важливий психодинамічний контекст і вказує наскільки важливим є відрізнити потреби пацієнта, його труднощі в лікуванні та реалістичність очікування від різноманітних переносів, проєкцій, ідентифікацій в оточенні пацієнта і сприйнятті лікаря. Кафка так і заявляє у творі, що призначення і рекомендації це лише “фасад” процесу лікування, який може зовсім не бути зреалізованим, якщо відсутнє більш глибоке розуміння в процесі комунікації між лікарем та пацієнтом.

### 2.2.1. Аналіз результатів емпіричного дослідження рівня особистісного нарцисизму і прихильності до лікування

В процесі планування дослідження ми ставили собі за мету виявити особливості ставлення пацієнтів до лікування в контексті особистісного нарцисизму у його грандіозному та вразливому проявах. Для цього ми провели порівняльний аналіз грандіозного (за NPI 16), вразливого нарцисизму (за HSNS), захоплення (NARQ-S) і суперництва (NARQ-S) зі ставленням до лікування. За критерієм Мана-Уїтні жодне з 4 питань опитувальника з приводу прихильності до лікування не показало критерію достовірності “р” на рівні нижче 0,05, що свідчить про те, що не було встановлено відмінностей показників рівня нарцисизму серед досліджуваних залежно від їхнього ставлення до лікування (табл. 2.2.1.1)

Mann-Whitney U Test By variable <b>zabuv_liky</b> Marked tests are significant at p <,05000					
	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level
GrandN	412,5000	182,5000	116,5000	0,36813	0,712780
VulnerN	426,5000	168,5000	102,5000	0,88350	0,376966

Mann-Whitney U Test By variable <b>krashche_propusk</b> Marked tests are significant at p <,05000					
	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level
GrandN	426,5000	168,5000	102,5000	0,883502	0,376966
VulnerN	425,5000	169,5000	103,5000	0,846690	0,397169

Mann-Whitney U Test By variable <b>uvazhn_godyny</b> Marked tests are significant at p <,05000					
	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level
GrandN	493,0000	102,0000	58,00000	-0,705084	0,480759
VulnerN	541,5000	53,5000	38,50000	1,653299	0,098271

Mann-Whitney U Test By variable <b>girshe_prypyn</b> Marked tests are significant at p <,05000					
	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level
GrandN	460,0000	135,0000	90,0000	0,878310	0,379776
VulnerN	464,0000	131,0000	86,0000	1,034454	0,300925

*Таблиця . 2.2.1.1. Порівняльний аналіз вразливого та грандіозного нарцисизму зі ставленням до лікування за критерієм Мана-Уїтні*

Також враховуючи відсутність узгодженості розподілу з нормальним було проведено кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта кореляції Спірмена, в результаті чого також не було виявлено достовірності у кореляціях між вразливим та грандіозним проявами нарцисизму і ставленням до лікування. (табл.2.2.1.2.)

	Вразливість HSNS Hendin & Cheek, 1997	Грандіозність NPI 16 Ames, 2006; Raskin and Terry 1988
Прихильність MGL (adherence) Morisky et al., 1986	-0,047 (p=0,3969) N=34	0,078 (p=0,3303) N=34

*Таблиця . 2.2.1.2. Кореляційний аналіз вразливого та грандіозного нарцисизму зі ставленням до лікування за критерієм Спірмена.*

Отож, можемо на основі отриманих статистичних даних констатувати, що в межах досліджуваної групи гіпотеза про те, що пацієнти з високим рівнем особистісного нарцисизму (як вразливого, так і грандіозного) менш прихильні до лікування (щодо виконання, прихильності, постійності та узгодженості лікарських призначень і рекомендацій), ніж ті, чий особистісний нарцисизм нижчий була спростована. Даний результат був отриманий в умовах обмеженої вибірки пацієнтів та в умовах менш жорсткого протоколу отримання відповідей від респондентів, ніж це відбувається у структурованому інтерв'ю. Цей вибір було свідомо здійснено на користь напівструктурованого інтерв'ю з метою уникнення формального заповнення опитувальників.

## **2.2.2. Аналіз результатів емпіричного дослідження рівня самооцінки та більшою прихильністю пацієнтів до лікування**

В процесі планування дослідження ми також поставили собі за мету виявити особливості ставлення пацієнтів до лікування в залежності від рівня загальної самооцінки за Розенбергом. За результатами порівняльного аналізу самооцінки і ставлення до лікування використовуючи критерій Мана-Уїтні. В

результаті не було встановлено відмінностей показників рівня самооцінки відносно їх ставлення до лікування (табл. 2.2.2.1)

Mann-Whitney U Test By variable <b>zabuv_liky</b> Marked tests are significant at p <,05000						Mann-Whitney U Test By variable <b>uvazhn_godyny</b> Marked tests are significant at p <,05000						Mann-Whitney U Test By variable <b>krashche_propusk</b> Marked tests are significant at p <,05000					
	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level		Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level		Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level
SelfEst	354,5000	240,5000	78,50000	-1,76700	0,077228	SelfEst	472,5000	122,5000	37,50000	-1,70193	0,088770	SelfEst	432,5000	162,5000	96,50000	1,104378	0,269430

Mann-Whitney U Test By variable <b>grshe_prypyn</b> Marked tests are significant at p <,05000					
	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level
SelfEst	461,0000	134,0000	89,00000	0,917346	0,358962

Таблиця . 2.2.2.1. Порівняльний аналіз самооцінки зі ставленням до лікування за критерієм Мана-Уїтні

Також враховуючи відсутність узгодженості розподілу з нормальним було проведено кореляційний аналіз із застосуванням коефіцієнта кореляції Спірмена, в результаті чого також було виявлено обернений достовірний зв'язок у кореляціях між самооцінкою та ставленням до лікування. (табл. 2.2.2.2.)

	SelfEst
MGL	-0,343551

Таблиця . 2.2.1.2. Кореляційний аналіз вразливого та грандіозного самооцінки зі ставленням до лікування за критерієм Спірмена.

На основі отриманих статистичних даних можемо стверджувати, що в межах досліджуваної групи гіпотеза про те, що пацієнти з високою самооцінкою більш прихильні до лікування незалежно від профілю захворювання (соматичного/психіатричного) була нами спростована в межах досліджуваної групи пацієнтів. Варто зазначити, що результат був отриманий в умовах обмеженої вибірки пацієнтів та з використанням більш вільного протоколу для отримання відповідей від респондентів, ніж це відбувається у структурованому інтерв'ю. Цей вибір було свідомо здійснено на користь напівструктурованого інтерв'ю з метою уникнення формального заповнення опитувальників пацієнтами та отримання контенту з приводу їх ставлення до лікування.

### 2.2.3. Аналіз додаткових результатів емпіричного дослідження

Беручи до уваги те, що не було виявлено прямого зв'язку між прихильністю до лікування та нарцисизмом все ж варто зазначити, що був виявлений опосередкований зв'язок через самооцінку (рис. 2.2.3.1)

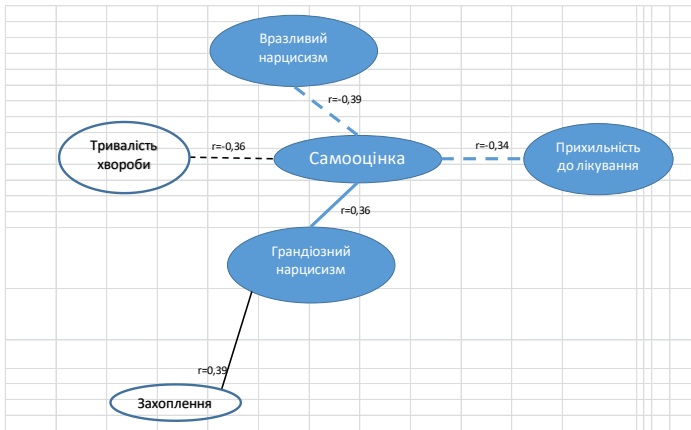


Рисунок 2.2.3.1. Опосередкований зв'язок між обома маніфестаціями нарцисизму та прихильністю до лікування через самооцінку.

На основі кореляційного аналізу за критерієм Спірмена встановлений обернений статистично значущий зв'язок між показником прихильності до лікування та рівнем самооцінки пацієнта за шкалою Розенберга. Тобто чим вищий рівень самооцінки, тим менш прихильним до лікування є пацієнт, тим менше він схильний дотримуватися рекомендацій лікаря, тим більше він коригує свій план лікування на власний манер.

Для ілюстрації даного твердження про опосередкований зв'язок між нарцисизмом та ставленням до лікування наведемо приклад одного інтерв'ю з пацієнткою.

Вік	Стать	Сімейний стан	Освіта	Анкета №	Грандіозність NPI 16 Ames, 2006; Raskin and Terry 1988	Вразливість HSNS Hendin & Cheek, 1997	Захоплення NARQ-S Back et al., 2013	Суперництво NARQ-S Back et al., 2013	Самооцінка SES Rosenberg, 1965	Прихильність MGL (adherence) Morisky et al., 1986	Ангедонія SHAPS Snaith & Hamilton, 1995
60	жінка	розлучений (-)	вища	33	0,38	44	12	13	31	2	0
60	жінка	розлучений (-)	вища	33	вище сер.	вище сер.	вище сер.	вище сер.	висока	середня	норма

Дана пацієнтка в ході інтерв'ю розкрила ряд ілюстрацій неприхильності до лікування незважаючи на те, що згідно опитувальника MGL вона показала

середній рівень прихильності, що свідчить про універсальність цього опитувальника та все ж не дає змогу виявляти 100% злісних неприхильників до лікування вцілому. Варто зазначити, що пацієнтка продемонструвала рівень вище середнього порівняно з досліджуваною групою (n=34) за всіма шкалами нарцисизму, показала високу самооцінку та норму щодо втрати відчуття задоволеності. В даному випадку продемонстровано один з найвищих рівнів вразливого нарцисизму, що виявляється також і в ході інтерв'ю.

В наведеному уривку інтерв'ю можна спостерігати самосприйняття пацієнтки та те, як вона ретроспективно концептуалізує прожиту хворобу.

Ось як виражається вплив особистості пацієнтки на її ставлення до виявлення хвороби та в подальшому інтерв'ю й до самого лікування:

Пацієнтка:... “Я сама знайшла цю пухлину.”

Інтерв'юер: “Як?”

Пацієнтка: “Просто побачила, в 25 років мені здавалось, що в мене зморшки на шії, розумієте, мені 60 і я не дивлюсь. Вже тепер дійсно з'явилися.”

Інтерв'юер: “А тоді це як діагностичний момент був?”

Пацієнтка: “А це я собі шукала зморшки на шії, тому що я на той момент вже була розлучена. Як дуже горда, я просто пішла. Ну це окрема розмова. Сама гарна, сама розумна, батьки були за кордоном, пів курсу бігало, пів і п'ять років він за мною ходив. Це я так предісторію, звідки взявся той рак. Ну я так думаю. Це мені вже так лікарі..., що певно стрес...”

Ще в одному уривку можна відчутти, яку ініціативу переймає пацієнтка в рамках інтерв'ю, що також частково відображає її поведінку в стосунку лікар-пацієнт:

Пацієнтка: “Тому я активний пацієнт. Я вас перебила.”

Фрагмент інтерв'ю, який показує, як будучи ще дитиною, пацієнтка мала приклад, коли необхідної хірургічної процедури вдалось уникнути завдяки майже магічній впевненості лікуючого лікаря:

Пацієнтка: “Потім мені мали видаляти гланди у 9-му в 16 років, бо я ангіни мала і ми попали сюди, це скільки років пройшло. Лікар на кафедрі вуха-горло-ніс була і вона сказала: "Я тебе вилікую, дитинко". Мені не видалили гланди. Прополіс на спирту з гліцерином...”

Інтерв'юер: “Змащували?”

Пацієнтка: “Змащували ті гланди і воно заховалось.”

Ставлення пацієнтки також характеризує її бажання все вивіряти і перевіряти, а консультуватись лише в лікарів, які мають високі наукові звання та “зірковий статус”:

Пацієнтка: “Так. Це професора ..... Професора ..... родичка. Тому, ви розумієте, я тут ходжу тільки по тим "тропам, которие проверени", так? Так що я (сміється -коментар) ще той пацієнт.”

Інтерв'юер: “Ви все вивірили, до того як довіритись?”

Пацієнтка: “Ви розумієте. Все так Бог скерував. Тому що, повернуся до того горла. Значить вийшла заміж, через рік народила дитину, все як має бути ....”

І ще в тему бачення пацієнткою проблеми пошуку найкращого лікаря і критеріїв цього пошуку:

Пацієнтка: “Саме важливе це знайти свого лікаря. Це дуже важливо. Це дуже важливо. Знайти свого лікаря. А особливо на сьогоднішній день. В мене є стаття Ольги Богомолець, де вона казала, що колись нічого не буде цінне, так як візит до хорошого лікаря. Нічого, бо не буде до кого йти. Каже як повмирають оті що у нас є, ще ті що вчилися тому, що хотіли вчитися, то взагалі не буде до кого звернутись. Ой.”

Приклад з анамнезу, який ілюструє наслідки порушення пацієнткою рекомендацій лікаря:

Інтерв'юер: “Навантаження давати? Чи сонця вам не можна було?”

Пацієнтка: “Мені не можна було міняти клімат. Сонце. Я 5 днів була в тому (назва курорту). Чому я вам розкакую, тому що я свою хворобу вивчила. Я приїхала. Це був десь листопад і в грудні перед самим Новим Роком, я з гострим тиреоїдитом попадаю в стаціонар на (назва вулиці).”

Інтерв'юер: “Там антитіла вирости напевно, там просто жах, що робилось?”

Пацієнтка: “Ця пухлина заговорила. Вона сиділа. Я її підсмажила там в (назва курорту) 5 днів моря, клімат, це був жовтень, не можна, казали не можна мені ні сонця, ні загарів нічого. І от я приїхавши звідти лягаю тудя, в стаціонар. Вони мені отим що глисти, еритроміцин, лікували, як зараз пам'ятаю, і декаріс.”

Інтерв'юер: “Декарісом глисти лікують.”

Пацієнтка: “А вони щитовидку. Яке це має.”

Інтерв'юер: “Він має широкий спектр дії. Імуномодулятор.”

Приклад знецінення пацієнткою фахівця, який виставляє альтернативний діагноз та водночас ідеалізація думки іншого фахівця:

Пацієнтка: “І от мені пишуть, "аберантная железа" це добавочна, я вивчила всю книжку професора (прізвище), я все знала коли йшла вже на операцію. От я підходжу до неї, вона подивилась і каже: "Дитино, що ви собі придумали хворобу. У вас лімфаденіт." Вона ще працює. Але це не мій лікар.”

Інтерв'юер: “Ви мали можливість критично переосмислювати цю ситуацію?”

Пацієнтка: “Просто, якби не (прізвище, ім'я та по-батькові), мене би може вже й не було, тому що наступний рік був (назва лікарні). Але я стільки років мовчу. Я нікому про це не говорила.”

Інтерв'юер: “Що одразу хочу сказати, те що ми з вами зараз говоримо є конфіденційним і при чому, що дані..”

Пацієнтка: “Вже всі знають, я тільки в 55 років пішла на групу інвалідності. В мене мама старша і я вже мусіла дістати всі ті свої.”

Приклад неприхильного ставлення до лікування на фоні високої вимогливості до і прискіпливого ставлення до вибору лікуючого лікаря з акцентом на важливості знайти саме того:

Пацієнтка: “Я на сьогоднішній день не п'ю ніяких L-тироксинів, я нічого я ніколи не п'ю. В мене є ліва і частина правої. (щитоподібної залози-коментар). Верхній полюс забраний. (Прізвище, ім'я, по-батькові), царство йому небесне, яка це свята людина була. В мене функція щитовидки не порушена. Не порушена.”

Інтерв'юер: “Без замісної терапії?”

Пацієнтка: “Так от слухайте, три роки тому, два роки тому, моя гінеколог, (прізвище), каже, це не правильно, гормони щитовидки!?, гормони щитовидки?!, в мене пізній клімакс, я можу довго розказувати, вона мене знову направляє до неї (пошепки останню фразу вимовляє і продовжує). Я приходжу і вона говорить, "Ви приймали ті всі роки?". Я кажу:"Ні". "Хто вам це порадив зробив вам зло". І призначає мені. Ну думаю послухаю, може я вже не сповна розуму. Бо я ще ходжу до (Прізвище), здаю аналізи деколи, але тепер в (назва приватної лабораторії), бо немає часу. І я почала пити двадцять п'ять. Двадцять п'ять (очевидно йдеться про одну з найменших терапевтичних доз L-тироксину для замісної терапії після оперативних втручань). ”

А також ілюстрація прикладу комунікації з лікарем (з перериванням в ході інтерв'ю) з приводу виконання призначень і отримання подальших рекомендацій:



Лікар: “Значить дивіться. Препарат А вранці, препарат В або одна або пів ввечері. Препарат С ми приймаємо пів вранці, починаючи з сьогоднішнього дня. В нас залишається препарат D, який поки що не беремо. Препарату Е ви брали, яку дозу? Х мг чи ні?”

Пацієнтка: “я брала половиночку таблетки 1 раз.”

Лікар: “Коли?”

Пацієнтка: “Я от сьогодні випила зранку значить половиночку таблетки 1 раз. Так. Я взагалі їх не вживала.”

Лікар: “Але дивіться. Добре. Ми так і будемо брати пів таблетки, але увечері, коли той препарат В Ви берете. Але берете в будь якому разі, навіть якщо тиск не високий. “

Пацієнтка: “Значить Препарат В п’ятдесятку (очевидно йдеться про певне дозування) і все. Так?”

Лікар: “Ні. Препарат А цілий, а препарат В половинку і препарат Е половинку і препарат С розділяємо по пів ранком і пів ввечері.”

Пацієнтка: “Ну тобто і препарат С і препарат Е. А оцей препарат F не рухати?”

Лікар: “По потребі. Якщо не дай Бог буде тиск 160 і вище. У вас (доза 1) чи (доза 2)? (Доза 2). Його не боятися, просто ну немає потреби. Якщо ми вже дали 4 препарати, може цього буде достатньо. Тобто 1 капсула лише при тиску вище рівно 160. Прийти у вівторок 10:00 натще. Ліки не пити.”

Пацієнтка: “Добре. Я зрозуміла.”

І повертаючись до інтерв’ю перепросила за відволікання на бесіду з лікарем.

Пацієнтка: “я за той Л-тироксин, який всі їдять коробками. Мені не пішло. Тобто я спочатку випила 25 мені зразу призначили 50 лікар. Я спочатку 25 три дні потім знаючи (називає ім’я та по-батькові лікаря), потім 37( йдеться про 1,5 таблетки в дозі 25мг). Це якраз було на Різдво, а потім через всі свята, я вже

подзвонила (називає ім'я та по-батькові іншого лікаря і ще іншого лікаря прізвище) і кажу, "мені дуже погано". По-перше, я вночі вставала їсти, я була нормальна, це вже в мене пару років, як тільки клімакс почався. В мене тільки 4 роки клімакс, а мені 60. Тобто в мене він пізній і нехороший, але. І я відмінила цю таблетку, пішла здала ще раз гормон щитовидки, а сама вчитала, почала шукати професора (прізвище) і знайшла його сина і його стаття де написано, що ТТГ (очевидно йдеться про тиреотропний гормон) повинно бути від 1,5 до 2. Це нормально. Коли воно більше двох це провокує ріст пухлини і менше також не добре. В мене 1,48 1,57 нормально. Коли я їла (мабуть йдеться про прийом тироксину) оце і пішла потім швиденько побігла здати в мене було 2,4. Для мене погано".

Інтерв'юер: "Ви зорієнтовані на свої відчуття і дуже таку якусь взаємодію з лікарем? Тобто ви орієнтовані на зворотній зв'язок з критичним переосмисленням всього процесу?"

На мотивуюче питання щодо співпраці з лікарем пацієнтка відповідає своєрідно:

Пацієнтка: "Я?... Називається: "Доверяй, но проверяй".

Інтерв'юер: "Ви включаєтеся в процес лікування, співпрацюєте і десь якщо у вас вакуум в знаннях, то ви їх поповнюєте і пробуєте виправити?"

Пацієнтка: "Ну але вот з серцем, а з серцем..."

І ще один приклад неприхильності до призначеного лікування з власних раціональних міркувань:

Лікар: "До ревматолога ви ходите?"

Пацієнтка: "Ні. Я до ендокринолога мусіла би."

Інтерв'юер: "Гормони щитовидки як?"

Пацієнтка: "Я не п'ю, я не приймаю. Я відмовилась."

Інтерв'юер: “Ні. Рівень? (маю на увазі).”

Пацієнтка: “Зараз останній був 1,57.”

Також пацієнтка демонструє високий рівень неприхильності до діагностичної процедури, рекомендованої лікарем:

Пацієнтка: “...я та, що не робила мамографію, я робила її в 99-му і потім не робила. Хоч доктор (прізвище автора книги) знову ж таки говорить, кожна жінка, яка себе поважає, після 50-ти зобовязана, а мені вже 60. .... Все таки треба зробити, бо я. Ну от треба би зробити, бо (ім'я по-батькові лікаря) весь час вона говорить: “Треба, треба, треба. Тому що..Ні. В мене тут є . Я мушу піти зробити.”

Підсумовуючи дані яскраво виражені маніфестації неприхильності до лікування, ще раз хочу зазначити, що вони виявлені на фоні одного з найвищих показників вразливого нарцисизму. Саме тому ми вважаємо, що зв'язок нарцисизму і ставлення до лікування потребує подальшого вивчення.

## ВИСНОВКИ

Враховуючи, що автор скороченої версії NPI-16 Ames та співавтори вважають верифікованим грандіозний нарцисизм, коли показник за цим опитувальником становить понад 0,5, ми можемо зробити висновок, що дана маніфестація нарцисизму не є вельми характерною для нашої клінічної досліджуваної групи пацієнтів, де середнім показником є 0,28, проте ми не маємо достатніх підстав стверджувати можливість екстраполяції цього результату на всю клінічну популяцію пацієнтів. Для цього необхідні подальші більш масштабні дослідження з відповідним дизайном. В свою чергу рівень вразливого нарцисизму в досліджуваній групі склав 34,59. Авторами даного опитувальника вразливого нарцисизму Hendin & Cheek визначено показник 29,4 для неклінічної популяції. Звідси можемо зробити висновок, що у нашій клінічній вибірці рівень вразливого нарцисизму дещо вищий і це можливо відображає тенденцію, в який спосіб нарцисизм маніфестує у популяції хворих порівняно із здоровими. Проте ми не можемо стверджувати, що це є загальна тенденція в клінічній популяції оскільки для підтвердження цього потрібні подальші дослідження. За результатами використання опитувальника Back та співавторів опитувальника NARQ-S рівень середні рівні захоплення та суперництва склали 11,03 та 10,23 відповідно. Середній рівень самооцінки по групі склав 31,76, що визначається як високий її рівень, оскільки випадає з діапазону адекватної самооцінки, яка за значенням відповідає сумі в діапазон 15-25 балів. Середній рівень прихильності до лікування по групі пацієнтів склав 1,88, що відповідає середньому рівню прихильності пацієнтів і характеризує групу в цілому як таку, респонденти в якій мають труднощі з прихильністю до лікування. Рівень здатності відчувати задоволення від звичних речей у досліджуваній групі пацієнтів склав 1,26, що зважаючи на критерій меж норми рівний 2 або більше, робимо висновок відсутє відхилення в даному відношенні.

Обидві гіпотези поставлені нами в рамках дослідження не були підтвержені, проте був виявлений опосередкований зв'язок між ставленням до лікування та нарцисизмом через самооцінку.

Самооцінка виявилась посередником зв'язку між особистісним нарцисизмом - обома його маніфестаціями - та прихильністю пацієнта до лікування. Також виявилось, що на самооцінці ймовірний відбиток робить тривалість хвороби, з якою людина живе.

Проблема ставлення пацієнтів до лікування залишається актуальною в світі на сьогодні, будучи задекларованою ще в 2003 році у виголошеному ВООЗ звіті, що лише кожен другий пацієнт є прихильним до лікування. В нашому навчальному науковому дослідженні ми, окрім зв'язку нарцисизму через самооцінку з ставленням до лікування, виявили, що в рамках досліджуваної групи лише кожен четвертий пацієнт є прихильним до лікування. Нарцисизм як риса особистості також перебуває на етапі активного вивчення через високу актуальність як в клінічному сенсі так і в міжособистісному.

Зважаючи на викладені джерела літератури з проблеми прихильності до лікування, а також з виявлення маніфестацій нарцисизму і його ролі в контексті міжособистісної взаємодії вважаємо, що розробка і провадження подальших досліджень в пошуку зв'язку нарцисизму та ставлення до лікування є перспективним науковим напрямком та потребує більш ретельного планування дизайну дослідження з можливим фокусом на окремих нозологіях та виборі кількох методик оцінки прихильності до лікування.

## Список використаних джерел

1. Ставлення. // Словник української мови : [в 11 т.] / [ред. кол.: І.К. Білодід (гол.) та ін.] ; / – Київ: Наукова думка, 1978. – (Том 9). – С. 633.
2. Definition of attitude [Електронний ресурс] // Merriam-Webster, Inc.. – 1828. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/attitude> .
3. Поводження. // Словник української мови : [в 11 т.] / [ред. кол.: І.К. Білодід (гол.) та ін.] ; / – Київ: Наукова думка, 1975. – (Том 6). – С. 687.
4. Пацієнт. // Словник української мови : [в 11 т.] / [ред. кол.: І.К. Білодід (гол.) та ін.] ; / – Київ: Наукова думка, 1975. – (Том 6). – С. 102.
- 5, 6, 7. Лікування. Лікувати. Лікуватися // Словник української мови : [в 11 т.] / [ред. кол.: І.К. Білодід (гол.) та ін.] ; / – Київ: Наукова думка, 1973. – (Том 4). – С. 514.
8. Definition of treatment [Електронний ресурс] // Merriam-Webster, Inc.. – 1828. – Режим доступу до ресурсу: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/treatment>.
9. Пасько М. І. Суб'єкт медичної сфери: пацієнт, клієнт, споживач медичних послуг. / М. І. Пасько. // "Економіка та суспільство". – 2017. – №9. – С. 295–301.
10. Поворознюк Р.В. Медична інформація як об'єкт міжмовної та міжкультурної взаємодії / Р. В. Поворознюк // Науковий вісник Міжнародного гуманітарного університету. Серія : Філологія. - 2017. - Вип. 28. - С. 194-198.
11. Bosworth H. Improving Patient Treatment Adherence / H. Bosworth. – New York: Springer-Verlag, 2010. – P.358.
12. Meichenbaum D. Facilitating Treatment Adherence / D. Meichenbaum, D. Turk. – New York: Springer US, 1987. – P.310.
13. DiMatteo R. Health beliefs, disease severity, and patient adherence: a meta-analysis. / R. DiMatteo, B Kelly Haskard, L. Summer Williams. // Medical Care. – 2007. – №45. – P.521.
14. Зіменковський А.Б. Тракткування дефініцій комплаєнсу та адгеренсу як складових лікової поведінки пацієнта / А. Б. Зіменковський, О. Б. Борецька,

- Ю.С.Настюха // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. -2014.-№3-4.- С. 121-129.
15. Definition of compliance [Електронний ресурс] // Merriam-Webster, Inc.. – 1828. –Режим доступу до ресурсу: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/compliance> .
16. Зіменковський А. Б. Трагування дефініцій комплаєнсу та адгеренсу як складових лікової поведінки пацієнта / А. Б. Зіменковський, О. Б. Борецька, Ю. С. Настюха // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. - 2014.-№3-4. - С. 121-129.
17. Kones M. Confronting the most challenging risk factor: non-adherence /M. Kones , Richard & Rumana, Umme & Morales Salinas. // The Lancet. – 2019. – №393. – Р. 105–106.
18. Osterberg L. Adherence to medication / L.Osterberg , T.Blaschke . // N Engl J Med. – 2005. – №353. – Р. 487–497.
19. Sabaté E. Adherence to long-term therapies : evidence for action [Електронний ресурс] / E. Sabaté // World Health Organization. – 2003. – Режим доступу до ресурсу: <http://www.who.int/iris/handle/10665/42682>.
20. Кострікова Ю.А. Питання взаємодії лікаря і пацієнта в процесі терапії / Кострікова Ю.А.. // Вісник української медичної стоматологічної академії "Актуальні проблеми сучасної медицини " том 12. – 2012. – №3(39). – С. 181–182.
21. Chakrabarti S. What’s in a name? Compliance, adherence and concordance in chronic psychiatric disorders / S.Chakrabarti . // World J Psychiatry. – 2014. – №4(2). – Р. 30–36.
22. Horne R. Concordance, adherence and compliance in medicine taking [Електронний ресурс] /R. Horne , J.Weinman. // London: National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation. – 2005. – Режим доступу до ресурсу:[https://www.researchgate.net/publication/271443859\\_Concordance\\_Adherence\\_and\\_Compliance\\_in\\_Medicine\\_Taking](https://www.researchgate.net/publication/271443859_Concordance_Adherence_and_Compliance_in_Medicine_Taking) .

23. Cramer J. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. / J.Cramer , A.Roy ,A. Burrell. // Value Health. – 2008. – №11. – P. 44–47.
24. Ajzen I. Explicit and implicit beliefs, attitudes, and intentions: The role of conscious and unconscious processes in human behavior / Ajzen I. , Dasgupta N. // The Sence of Agency / I.Ajzen , N. Dasgupta. – New York: Oxford University Press, 2015. – P. 115–136.
25. Gawronski B. Attitudes and the implicit-explicit dualism / B. Gawronski, Skylar M. Brannon // The Handbook of Attitudes, Volume 1: Basic Principles / B. Gawronski, M.Skylar Brannon. – New York: Routledge, 2018. – (2nd Edition). – P. 157–188.
26. DiMatteo M. Patient adherence and medical treatment outcomes: a meta-analysis / M. DiMatteo , P. Giordani , H.Lepper . // Med Care. – 2002. – №40(9). – P. 794–811.
27. McDermott M. Impact of medication nonadherence on coronary heart disease outcomes. A critical review. / M.McDermott , B.Schmitt ,E. Wallner . // Arch Intern Med. – 1997. – №157. – P. 1921–1929.
28. Czajkowski S. Adherence and the placebo effect. / Czajkowski S., Chesney M., Smith A. // The handbook of health behavior change / S.Czajkowski , M.Chesney , A.Smith . – New York: Springer, 1990. – P. 515–534.
29. Simpson Scot H. A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality / H.Simpson Scot , T.Eurich Dean ,R. Majumdar Sumit . // BMJ. – 2006. – №333. – P. 15.
- 29a. Kim Y. Effect of medication adherence on long-term all-cause-mortality and hospitalization for cardiovascular disease in 65,067 newly diagnosed type 2 diabetes patients / Y. Kim, J. Lee, H. Kang. // Scientific Reports. – 2018. – №8. – P. 1–7.
30. De Geest S. ESPACOMP Medication Adherence Reporting Guideline (EMERGE). / S. De Geest, L. Zullig, J. Dunbar-Jacob. // Ann Intern Med. – 2018. – №169. – P. 30–35.



31. Definition of adherence [Електронний ресурс] // Merriam-Webster, Inc.. – 1828.–Режим доступу до ресурсу: <https://www.merriam-webster.com/dictionary/adherence>.
32. Miculincer M. Attachment in Adulthood: Structure, Dynamics, and Change / M. Miculincer, P. Shaver. – New York: The Guilford Press, 2007. – 242 p. – (1).
- 32a. Vlastelica M. Psychodynamic approach as a creative factor in psychopharmacotherapy. / M. Vlastelica. // Psychiatr Danub. – 2013. – №25. – P. 316–319.
33. Brisch K. Treating Attachment Disorders Second Edition From Theory to Therapy / Brisch. – New York: The Guildford Press, 2012. – 369 p.
34. Danilov D. Therapeutic collaboration (compliance): Content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization / Danilov. // Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics. – 2014. – №2. – P. 4–12.
35. FRANK J. Why Patients Leave Psychotherapy [Електронний ресурс] / J. FRANK, L.GLIEDMAN, S.IMBER // Archives of Neurology & Psychiatry. – 1957.– Режим доступу до ресурсу: <https://jamanetwork.com/journals/archneurpsyc/article-abstract/652385> .
36. Кемпінські А. "Пізнання хворого" / А. Кемпінські // "Пізнання хворого" Пер. з польської під редакцією Долішньої Н. / А. Кемпінські. – Львів: Видавництво Мс, 2004. – P. 29.
37. World Health Statistics 2018: Monitoring health for the SDGs – .Geneva: World Health Organization, 2018. – 86 p.
38. The Emperor's New Clothes: a Critical Appraisal of Evidence-based Medicine. // International Journal of Medical Sciences. – 2018. – №15. – P. 1397–1405.
- 38a. Tebala G. Guidelines. A Word of Caution / Tebala. // Open Access Journal of Surgery. – 2016. – №1(2).
39. Ioannidis J. Evidence-based medicine has been hijacked: a report to David Sackett. / Ioannidis. // J Clin Epidemiol. – 2016. – №73. – P. 82–86.

40. A guide to implementation research in the prevention and control of noncommunicable diseases [Электронный ресурс] // World Health Organization. – 2016. – Режим доступа до ресурсу:  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/252626?show=full>.
41. Nail P. Proposal of a four-dimensional model of social response. / P. Nail, G. MacDonald, D. Levy. // J Clin Epidemiol. – 2000. – №73. – P. 82–86.
42. Cramer J. Medication Compliance and Persistence: Terminology and Definitions / J. Cramer, A. Roy, A. Burrell. // Value in Health. – 2008. – №11. – P. 44–47.
43. Aronson J. Time to abandon the term ‘patient concordance’ / Aronson. // Br J Clin Pharmacol. – 2007. – №64. – P. 711–713.
44. Marinker M. Personal paper: writing prescriptions is easy. / M. Marinker. // BMJ. – 1997. – №314. – P. 747–748.
45. Abilio C. Medicines concordance in clinical practice / C. Abilio, P. Aslani. // Br J Clin Pharmacol. – 2008. – №66. – P. 453–454.
46. Rosenberg B. A 50-year review of psychological reactance theory: Do not read this article. / B. Rosenberg, J. Siegel. // Motivation Science. – 2017. – №4. – P. 281–300.
47. Zullig L. Moving from the Trial to the Real World: Improving Medication Adherence Using Insights of Implementation Science / L. Zullig, M. Deschodt, J. Liska. // Annu Rev Pharmacol Toxicol.. – 2019. – №59. – P. 423–445.
48. Stirratt M. Advancing the Science and Practice of Medication Adherence / M. Stirratt, J. Curtis, M. Danila. // J Gen Intern Med. – 2018. – №33. – P. 216–222.
49. Vrijens B. A new taxonomy for describing and defining adherence to medications / B. Vrijens, S. De Geest, D. Hughes. // Br J Clin Pharmacol. – 2012. – №73. – P. 691–705.
50. Benner J. Long-term persistence in use of statin therapy in elderly patients. / J. Benner, R. Glynn, H. Mogun. // JAMA. – 2002. – №288. – P. 455–461.
51. Kardas P. Determinants of patient adherence: a review of systematic reviews / P. Kardas, P. Lewek, M. Matyjaszczyk. // Frontiers in Pharmacology. – 2013. – №4:91. – P. 1–16.

- 51a. Mintz D. Psychodynamic Psychopharmacology: Addressing the Underlying Causes of Treatment Resistance /Mintz. //Psychiatric times. –2011. –№9. – P. 21–24.
- 51b. Mintz D. A view from Riggs: treatment resistance and patient authority - III. What is psychodynamic psychopharmacology? An approach to pharmacologic treatment resistance. / D. Mintz, B. Belnap. // J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry. – 2006. – №34. – P. 581–601.
52. Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies: Evidence for Action / Sabaté. – Geneva: World Health Organization, 2003. – 194 c.
53. Cottin Y. Observance aux traitements : concepts et déterminants / Y. Cottin, L. Lorgis, A. Gudjoncik. – 2012. – P. 291–292.
54. Linn A. Disentangling Rheumatoid Arthritis Patients' Implicit and Explicit Attitudes toward Methotrexate / A. Linn, L. Vandenberg, A. Wennekers. // Frontiers in Pharmacology. – 2016. – №10.
55. Becker M. The Health Belief Model and Sick Role Behavior / M. Becker. // Health Education Monographs. – 1974. – №2(4). – P. 409–419.
- 55a. Cameron L. Self-Regulation of Health and Illness Behaviour by Linda D. Cameron (Editor) / L. Cameron, H. Leventhal. – New York: Routledge, 2003. – 352 p. – (1 edition).
56. Ajzen I. The theory of planned behavior / Ajzen // Organizational Behavior and Human Decision Processes / Ajzen. – New York: Elsevier, 1991. – (Volume 50, Issue 2). – P. 179–211.
57. Brandes K. Can the common-sense model predict adherence in chronically ill patients? A meta-analysis / K. Brandes, B. Mullan. // Journal Health Psychology Review. – 2014. – №8:2. – P. 129–153.
58. Sniehotta F. Time to retire the theory of planned behaviour / F. Sniehotta, J. Presseau, V. Araújo-Soares. // Health Psychology Review. – 2013. – №8:1. – P. 1–7.
59. Ogden J. Time to retire the theory of planned behaviour?: one of us will have to go! A commentary on Sniehotta, Presseau and Araújo-Soares / Ogden. // Health Psychology Review. – 2014. – №9. – P. 165–167.

60. Rich A. Theory of planned behavior and adherence in chronic illness: a meta-analysis / A. Rich, K. Brandes, B. Mullan. // *J Behav Med.* - 2015. – №38:4. – P. 673–688.
54. Linn A. Disentangling Rheumatoid Arthritis Patients' Implicit and Explicit Attitudes toward Methotrexate / A. Linn, L. Vandeberg, A. Wennekers. // *Frontiers in Pharmacology.* – 2016. – №7. – P. 233.
61. Allemann S. Matching Adherence Interventions to Patient Determinants Using the Theoretical Domains Framework. / S. Allemann, B. Nieuwlaat, R. van den Bemt. // *Front Pharmacol.* – 2016. – №7. – P. 429.
62. Bauer M. An introduction to implementation science for the non-specialist / M. Bauer, L. Damschroder, H. Hagedorn. // *BMC Psychol.* – 2015. – №3. – P. 32.
63. Cane J. Validation of the theoretical domains framework for use in behaviour change and implementation research / J. Cane, D. O'Connor, S. Michie. // *Implementation Science.* – 2012. – №7. – P. 37.
64. Hemminki E. Review of literature on the factors affecting drug prescribing / Hemminki // *Social Science & Medicine / Hemminki.* – New York: Elsevier, 1967. – (Volume 9, Issue 2). – P. 111–115.
- 64a. Benjamin J. Beyond Doer and Done To: an Intersubjective View of Thirdness / Benjamin. // *Journal The Psychoanalytic Quarterly.* – 2004. – №73. – P. 5–46.
65. Свинаренко Ю. В. Характерологічна регуляція партнерської прихильності у жінок : дис. канд. псих. наук : УДК 159.23.3-05 / Свинаренко Ю. В. – Харків, 2016. – 201 с.
66. Twenge J. Living in the Age of Entitlement / J. Twenge, W. Campbell // *The Narcissism Epidemic / J. Twenge, W. Campbell.* – New York: Atria Books, 2010. – 343 p.
67. Miller J. Controversies in Narcissism / J. Miller, D. Lynam, C. Hyatt. // *The Annual Review of Clinical Psychology.* – 2017. – №13. – P. 291–315.
68. Freud S. On the History of the Psycho-Analytic Movement / Freud // *On Narcissism. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund*

- Freud / Freud. – London: Papers on Metapsychology and Other Works, 1914. – P. 67–102.
69. Leutz G. Psychodrama: Theorie und Praxis / Leutz. – New York: Springer-Verlag, 1974. – 214 p.
70. Leader D. Introducing Lacan / D. Leader, J. Groves. – Thriplow: Icon Books Ltd, 2005. – 170 p.
71. Freud S. Das Ich und das Es / Freud. – Wien - Leipzig - Zürich: Internationaler Psychoanalytischer Verlag, 1923. – 20 p.
72. Greenacre P. The Predisposition to Anxiety / Greenacre. // Journal The Psychoanalytic Quarterly. – 2017. – №10. – P. 66–94.
73. Greenacre P. Conscience in the psychopath. / Greenacre. // American Journal of Orthopsychiatry. – 1945. – №15. – P. 495–509..
74. Jacobson E. The self and the object world / Jacobson. // Oxford, England: International Universities Press. – 1964. – P. 3–23.
75. Mahler M. On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation / M. Mahler. // Journal of the American Psychoanalytic Association. – 1969. – №4. – P. 743–744.
76. Caldwell L. Volume 6, 1960-196 / L. Caldwell, T. Robinson // The Collected Works of D. W. Winnicott / L. Caldwell, T. Robinson. – London: Oxford Clinical Psychology, 1960. – (6). – P. 159–174.
77. Мак-Вильямс Н. Психоаналитическая диагностика. Понимание структуры личности в клиническом процессе / Н. Мак-Вильямс. – Москва: Класс, 2007. – 480 с. – (Библиотека психологии и психотерапии).
78. Павленко Т. М. Розлади особистості: еволюція поглядів і сучасна концептуалізація / Т. М. Павленко. // Neuro News. – 2018. – №4. – С. 36–39.
79. Brown M. Medication Adherence: WHO Cares? / M. Brown, J. Bussell. // Mayo Clinic Proceedings. – 2011. – №86. – P. 304–314.
80. Tedlow J. Are study dropouts different from completers? / J. Tedlow, M. Fava, L. Uebelacke. // Biol Psychiatry.. – 1996. – №40. – P. 668–670.

81. Jauk E. The Relationship between Grandiose and Vulnerable (Hypersensitive) Narcissism. / E. Jauk, E. Weigle, K. Lehmann. // *Front Psychol.* – 2017. – №8:1600.
82. Krizan Z. The Narcissism Spectrum Model: A Synthetic View of Narcissistic Personality / Z. Krizan, A. & Herlache. // *Personality and Social Psychology Review.* – 2018. – №22. – P. 3–31.
83. Горбунова В. В. Етичні та правові аспекти психологічних досліджень / В. В. Горбунова. // *Практична психологія соціальна робота.* – 2005. – №3. – С. 23.
84. Culig J. From Morisky to Hill-bone; self-reports scales for measuring adherence to medication / J. Culig, M. Leppée. // *Coll Antropol.* – 2014. – №38. – P. 55–62.
85. Morisky D. Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. / D. Morisky, D. Levine, L. Green. // *Am J Public Health.* – 1983. – №73. – P. 156–162.
86. Moon S. Accuracy of a screening tool for medication adherence: A systematic review and meta-analysis of the Morisky Medication Adherence Scale-8 / S. Moon, W. Lee, G. Hwang. // *PLoS One.* – 2017. – №12.
87. Morisky D. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence / D. Morisky, L. Green, D. Levine. // *Med Care.* – 1986. – №24. – P. 67–74.
88. Tan X. Review of the four item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-4) and eight item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) / X. Tan, I. Patel, J. Chang. // *Innovations in pharmacy vol. 5, no. 3.* – 2014. – № 165. – P. 1–8.
89. De las Cuevas C. Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting Carlos De las Cuevas and Wenceslao Peñate / C. De las Cuevas, W. Peñate. // *Int J Clin Health Psychol.* – 2015. – № 15. – P. 121–129.

Додаток А  
Згода ЛОКЛ

Український  
Католицький  
Університет

вул. Іл. Свенціцького, 17,  
м. Львів, 79011  
тел.: (38/032) 240-99-40  
факс: (38/032) 240-99-50



Ukrainian  
Catholic  
University

вул. Svientsitskoho, 17  
Lviv, 79011, Ukraine  
email: info@ucu.edu.ua  
www.ucu.edu.ua

Вих. № 92 від 16.10.2018 р.

*М. Кухаренко*  
*до Вас попросив*

Шановний Михайле Михайловичу!

Просимо дозволити Рослоку Маркіяну, студенту 2 року магістерської програми з клінічної психології з основами психодинамічної терапії кафедри психології факультету наук про здоров'я Українського католицького університету, здійснити наукове дослідження у рамках написання магістерської роботи на базі кардіохірургічного та неврологічного відділень комунального закладу Львівської обласної ради "Львівська обласна клінічна лікарня".

Усі дані, отримані в результаті дослідження, будуть використані лише в навчальних цілях, із дотриманням правил анонімності та конфіденційності, із заміною реальних анкетних даних досліджуваних.

З повагою,

Декан Факультету наук про здоров'я

С.Стельмах

ВНЗ "Український  
католицький університет"  
Факультет наук про здоров'я  
вул. Іларіона Свенціцького, 17  
м. Львів, 79011  
Україна

Вх. № *167/07*  
- *12* - *10* 2018 р.  
КЗ ЛОР "Львівська обласна  
клінічна лікарня"

Додаток Б  
Згода ЛОКПЛ

Український  
Католицький  
Університет

вул. Іл. Свенціцького, 17,  
м. Львів, 79011  
тел.: (38/032) 240-99-40  
факс: (38/032) 240-99-50



Ukrainian  
Catholic  
University

вул. Svientsitskoho, 17  
Lviv, 79011, Ukraine  
email: info@ucu.edu.ua  
www.ucu.edu.ua

*Вис. № 93 від 16.10.2018 р.*

Шановний Богдане Романовичу!

Просимо дозволити Рослоку Маркіяну, студенту 2 року магістерської програми з клінічної психології з основами психодинамічної терапії кафедри психології факультету наук про здоров'я Українського католицького університету, здійснити наукове дослідження у рамках написання магістерської роботи на базі відділення №7 комунального закладу Львівської обласної ради "Львівська обласна клінічна психіатрична лікарня".

Усі дані, отримані в результаті дослідження, будуть використані лише в навчальних цілях, із дотриманням правил анонімності та конфіденційності, із заміною реальних анкетних даних досліджуваних.

З повагою,

Декан Факультету наук про здоров'я

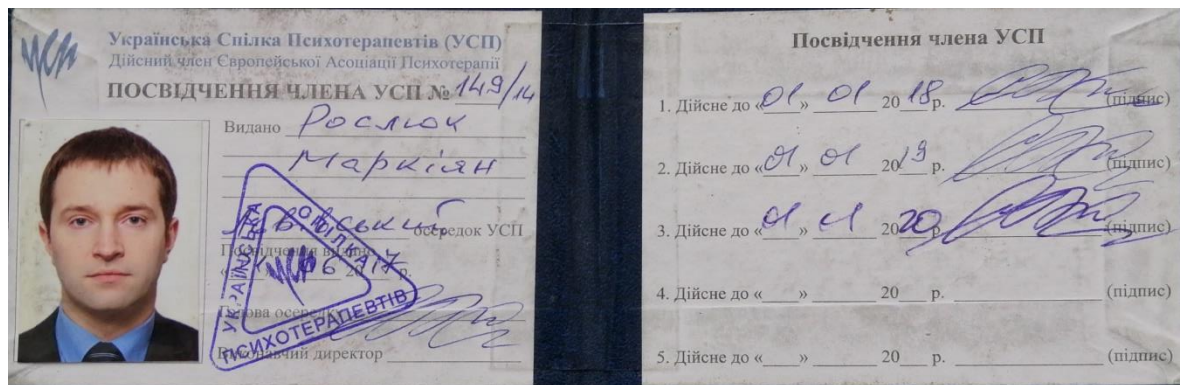
С.Стельмах

ВНЗ "Український  
католицький університет"  
Факультет наук про здоров'я  
вул. Іларіона Свенціцького, 17  
м. Львів, 79011  
Україна

*Це заперечую*  
*[Signature]*  
*22.11.18*



Додаток В  
Посвідчення члена УСП



## Додаток Д

### Свідоцтво про власний досвід

Українська спілка психотерапевтів (УСП)		Ukrainian Umbrella Association of Psychotherapists (UUAP)
Дійсний член Європейської Асоціації Психотерапії		Ordinary Member of European Association of Psychotherapy
<h1>СВІДОЦТВО</h1>		
Українська спілка психотерапевтів засвідчує, що		
завершив (-ла) цикл проекту власного досвіду з психотерапії «ТРУСКАВЕЦЬКА ШКОЛА ПСИХОТЕРАПІЇ» (2005-2010)		
за напрямком ПСИХОДРАМА в загальній кількості <u>362</u> годин власного досвіду		
Наявність цього сертифікату є підставою для клопотання про надання Європейського Сертифікату з Психотерапії		
Президент Української Спілки Психотерапевтів Екс-президент Європейської Асоціації Психотерапії		Керівник проекту:
д.мед.н., проф. Др. Олександра Фільца		Людмила Самсонова
Відповідальний секретар Національної Атестаційної організації УСП		
Др. Олександр Мироненко		

## Додаток Е

№	Грандіозність NPI 16 Ames, 2006; Raskin and Terry 1988	Вразливість HSNS Hendin & Cheek, 1997	Захоплення NARQ-S Bac et al.,2013 Leckelt 2017	Суперництво NARQ-S Bac et al., 2013 Leckelt 2017	Самооцінка SES Rosenberg, 1965	Прихильніс ть MGL (adherence) Morisky et al., 1986	Ангедонія SHAPS Snaith & Hamilton, 1995	№
1	0,19	44	13	18	33	2	0	1
2	0,00	40	3	13	25	0	0	2
3	0,19	27	11	8	33	0	0	3
4	0,56	22	13	8	37	3	7	4
5	0,13	32	12	9	30	2	1	5
6	0,19	42	3	3	25	2	1	6
7	0,13	34	3	8	38	0	1	7
8	0,13	32	13	8	34	1	0	8
9	0,06	29	5	3	29	4	0	9
10	0,25	26	8	5	31	0	1	10
11	0,19	22	3	8	40	4	3	11
12	0,06	38	17	18	26	1	0	12
13	0,44	28	18	18	39	4	1	13
14	0,31	40	6	13	25	2	0	14
15	0,00	43	7	12	10	2	3	15
16	0,69	47	10	18	19	1	4	16
17	0,31	32	15	14	36	2	0	17
18	0,00	40	13	13	26	3	1	18
19	0,13	33	8	8	39	3	4	19
20	0,44	35	13	8	37	3	3	20
21	0,50	27	17	9	33	0	1	21
22	0,38	32	16	12	36	3	1	22
23	0,44	24	7	6	26	2	5	23
24	0,19	38	8	8	29	0	0	24
25	0,19	30	18	8	34	2	1	25
26	0,69	34	18	8	37	4	0	26
27	0,19	42	8	8	39	2	0	27
28	0,38	46	9	18	24	2	0	28
29	0,31	34	8	3	35	3	2	29
30	0,69	42	18	3	40	2	0	30
31	0,13	36	8	8	31	0	0	31
32	0,06	43	16	13	36	3	0	32
33	0,38	44	12	13	31	2	0	33
34	0,75	18	18	18	37	0	3	34
Сер	0,28	34,59	11,03	10,24	31,76	1,88	1,26	Сер
Мак с	0,75	47,00	18,00	18,00	40,00	4,00	7,00	Макс
Мін	0,00	18,00	3,00	3,00	10,00	0,00	0,00	Мін
Ст.в ідх	0,21	7,59	4,96	4,73	6,68	1,32	1,75	Ст.відх

## Додаток Ж

№	Грандіозність NPI 16 Ames, 2006; Raskin and Terry 1988	Вразливість HSNS Hendin & Cheek, 1997	Захоплення NARQ-S Back et al.,2013 Leckelt 2017	Суперництво NARQ-S Back et al., 2013 Leckelt 2017	Самооцінка SES Rosenberg, 1965	Прихильніс ть MGL (adherence) Morisky et al., 1986	Ангедонія SHAPS Snaith & Hamilton, 1995	№
1	нижче сер.	вище сер.	вище сер.	вище сер.	висока	середня	норма	1
2	нижче сер.	вище сер.	нижче сер.	вище сер.	адекватна	висока	норма	2
3	нижче сер.	нижче сер.	сер.	нижче сер.	висока	висока	норма	3
4	вище сер.	нижче сер.	вище сер.	нижче сер.	висока	низька	відхилення	4
5	нижче сер.	нижче сер.	вище сер.	нижче сер.	висока	середня	норма	5
6	нижче сер.	вище сер.	нижче сер.	нижче сер.	адекватна	середня	норма	6
7	нижче сер.	нижче сер.	нижче сер.	нижче сер.	висока	висока	норма	7
8	нижче сер.	нижче сер.	вище сер.	нижче сер.	висока	середня	норма	8
9	нижче сер.	нижче сер.	нижче сер.	нижче сер.	висока	низька	норма	9
10	нижче сер.	нижче сер.	нижче сер.	нижче сер.	висока	висока	норма	10
11	нижче сер.	нижче сер.	нижче сер.	нижче сер.	висока	низька	відхилення	11
12	нижче сер.	вище сер.	вище сер.	вище сер.	висока	середня	норма	12
13	вище сер.	нижче сер.	вище сер.	вище сер.	висока	низька	норма	13
14	вище сер.	вище сер.	нижче сер.	вище сер.	адекватна	середня	норма	14
15	нижче сер.	вище сер.	нижче сер.	вище сер.	низька	середня	відхилення	15
16	вище сер.	вище сер.	нижче сер.	вище сер.	адекватна	середня	відхилення	16
17	вище сер.	нижче сер.	вище сер.	вище сер.	висока	середня	норма	17
18	нижче сер.	вище сер.	вище сер.	вище сер.	висока	низька	норма	18
19	нижче сер.	нижче сер.	нижче сер.	нижче сер.	висока	низька	відхилення	19
20	вище сер.	вище сер.	вище сер.	нижче сер.	висока	низька	відхилення	20
21	вище сер.	нижче сер.	вище сер.	нижче сер.	висока	висока	норма	21
22	вище сер.	нижче сер.	вище сер.	вище сер.	висока	низька	норма	22
23	вище сер.	нижче сер.	нижче сер.	нижче сер.	висока	середня	відхилення	23
24	нижче сер.	вище сер.	нижче сер.	нижче сер.	висока	висока	норма	24
25	нижче сер.	нижче сер.	вище сер.	нижче сер.	висока	середня	норма	25
26	вище сер.	нижче сер.	вище сер.	нижче сер.	висока	низька	норма	26
27	нижче сер.	вище сер.	нижче сер.	нижче сер.	висока	середня	норма	27
28	вище сер.	вище сер.	нижче сер.	вище сер.	адекватна	середня	норма	28
29	вище сер.	нижче сер.	нижче сер.	нижче сер.	висока	низька	норма	29
30	вище сер.	вище сер.	вище сер.	нижче сер.	висока	середня	норма	30
31	нижче сер.	вище сер.	нижче сер.	нижче сер.	висока	висока	норма	31
32	нижче сер.	вище сер.	вище сер.	вище сер.	висока	низька	норма	32
33	вище сер.	вище сер.	вище сер.	вище сер.	висока	середня	норма	33
34	вище сер.	нижче сер.	вище сер.	вище сер.	висока	висока	відхилення	34
Сер	0,28	34,59	11,03	10,24	31,76	1,88	1,26	Сер
Мак	0,75	47,00	18,00	18,00	40,00	4,00	7,00	Ма
Мін	0,00	18,00	3,00	3,00	10,00	0,00	0,00	Мін
Ст.від х.	0,21	7,59	4,96	4,73	6,68	1,32	1,75	Ст. вдх.