



- avtoref. dis. ... kand. psikhol. nauk (Psychological conditions of personal security of soldiers: summary of the thesis ... of Ph/D psychological sciences). Sochi, 2008. 26 p.
4. Tyrsikova A. D. *Formirovaniye strategiy psikhologicheskoy bezopasnosti studentov vuza*: dis. ... kand. psikhol. nauk (Formation of psychological security strategies of university students: Thesis ... of Ph/D psychological sciences). Pyatigorsk, 2012. 199 p.
 5. Lyz' N. A., Prima A. K., Labyntseva I. S. Subektnyy podkhod k obespecheniyu bezopasnosti studentov tekhnicheskogo vuza (Subjective approach to providing security of technical high school students). *Izv. Yuzhnogo feder. un-ta. Ser. Tekhnicheskie nauki* (Proceedings South Federal University. Ser. Technical sciences), 2012, vol. 129, no. 4, pp. 134–140.
 6. Pirmagomedova E. A. Psikhologicheskie predposylki razvitiya u podrostkov predstavleniy o bezopasnosti zhiznedeyatel'nosti (Psychological preconditions for the development of adolescents' representations about life safety). *Gumanizatsiya obrazovaniya* (Humanization of Education), 2010, no. 8, pp. 38–46.
 7. Tolmacheva L. V. Osnovnye polozheniya pedagogicheskogo proektirovaniya kultury bezopasnosti v tekhnicheskoy vuze (The main provisions of the pedagogical design of a safety culture in a technical high school). *Sbornik nauchnykh trudov SWorld* (Collection of scientific works SWorld), 2007, vol. 13, no. 3, pp. 12–14.
 8. Ezhevskaya T. I. Bezopasnost lichnosti: sistema ponyatiy (Security of personality: system of concepts). *Psikhopedagogika v pravookhranitel'nykh organakh* (Psycho-pedagogy in law enforcement), 2008, no. 4, pp. 47–49.
 9. Krasnyanskaya T. M., Tylets V. G. Ponyatiynye orientiry razvitiya psikhologicheskoy bezopasnosti lichnosti v predmetnom pole sovremennykh issledovaniy (Conceptual guidelines for the development of psychological safety of the person in the subject field of current researches). *Education Sciences and Psychology*, 2013, vol. 23, no. 1, pp. 59–64. Available at: <http://gesj.internet-academy.org.ge/download.php?id=2109.pdf> (accessed 15 July 2014).
 10. Kovdra A. S. Vremennaya perspektiva lichnoy bezopasnosti: opredelenie ponyatiya i osnovnykh parametrov (The time perspective of personal safety: definition and basic parameters). *Vestnik Pyatigorskogo gosudarstvennogo lingvisticheskogo universiteta* (Bulletin of Pyatigorsk State Linguistic University), 2011, no. 2, pp. 314–318.
 11. Kovdra A. S. Osobennosti formirovaniya vremennoy perspektivy bezopasnosti lichnosti studentov vuza (Features of formation of the temporal perspective of security of the person of high school students). *Nauchnye problemy gumanitarnykh issledovaniy* (Scientific problems of Humanitarian Studies), 2012, no. 2, pp. 141–148.
 12. Krasnyanskaya T. M., Kovdra A. S. *Psikhologicheskaya bezopasnost' lichnosti: vremennaya perspektiva* (Psychological security of the person: time perspective). Pyatigorsk, 2012. 168 p.
 13. Krasnyanskaya T. M., Tylets V. G. Vremya kak interpretatsionnaya kategoriya psikhologicheskogo prostranstva bezopasnosti lichnosti studenta (Time as an interpretive category of security psychological space of the individuality of the student). *Vestn. Pyatigorsk. gos. lingv. un-ta* (Bulletin of Pyatigorsk State Linguistic University), 2012, no. 3, pp. 221–225.
 14. Stepanova L. Yu. Sinkhronizatsiya individualnykh i gruppovykh ritmov kak uslovie psikhologicheskoy bezopasnosti lichnosti v kollektive (Synchronization of individual and group rhythms as a condition of psychological safety of the person in the team). *Rossiya i Evropa: svyaz kultury i ekonomiki: materialy VI mezhdunar. nauch.-prakt. konf.* (Praga, 21 iyunya 2013 g.). Otv. redaktor N. V. Uvarina. (Russia and Europe: the relationship of culture and economy. Ed. by N. V. Uvarina). Praga, 2013, pp. 195–199.
 15. Shamionov R. M. *Psikhologiya subektivnogo blagopoluchiya lichnosti* (Psychology of subjective well-being of the person). Saratov, 2004. 174 p.

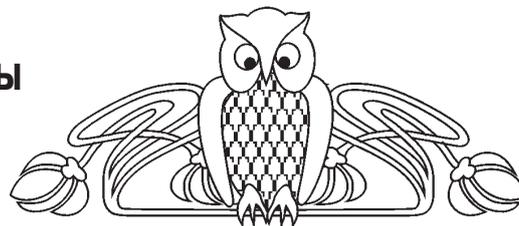
УДК 159.9

КОМПЛАЕНС КАК АКТУАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ: ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Ложкина Лада Ивановна –

кандидат психологических наук, доцент, кафедра психиатрии и клинической психологии, Северный государственный медицинский университет, Архангельск
E-mail: LadaL1@yandex.ru

Статья посвящена рассмотрению проблемы комплаенса пациентов к лечебно-реабилитационному процессу. Осуществлен теоретический междисциплинарный анализ проблемы. Представлен обзор тенденций исследования комплаенса, методов его оценки и факторов, влияющих на комплаентное поведение. Особое внимание уделяется актуальности изучения комплаенса в психо-



логии. Указывается на то, что пациента необходимо рассматривать, как носителя субъективной реальности, состоящей из взаимосвязанных психических явлений разного уровня осознания и проявляющихся в психологических фактах, в контексте болезни одним из таких фактов выступает комплаенс. Придерживаясь позиции, что проблема комплаенса носит междисциплинарный



характер, отмечается и обосновывается необходимость рассмотрения психологических аспектов комплаенса. Предложены внешние (медико-социальные) и внутренние (психологические) условия формирования комплаенса. Сделан вывод о неразработанности заявленной проблемы в психологии, отсутствии психодиагностических критериев, позволяющих оценить психологические условия и закономерности, определяющие комплаентное поведение пациента.

Ключевые слова: комплаенс, психические явления, психологические факты, отражение болезни, тип отношения к болезни.

DOI: 10.18500/1819-7671-2015-15-3-75-80

В последнее время в медицине наметилась тенденция ухода от патерналистской модели взаимодействия с пациентом, когда больной выступает как пассивный участник лечебно-диагностического процесса, полностью подчиняющийся авторитету врача, к партнерским взаимоотношениям, т.е. пациент выступает в качестве субъекта лечения, играя в нем активную роль [1]. Принятие субъектности пациента позволяет рассматривать его не только с медицинской точки зрения, но и с точки зрения психологической. В данном контексте известный принцип, сформулированный Гиппократом, что «лечить нужно не болезнь, а больного», раскрывается с иной стороны, нежели о нем говорят в рамках персонализированной медицины. С психологической точки зрения пациент, в первую очередь, выступает как личность, т.е. является носителем субъективной реальности, состоящей из огромного спектра взаимосвязанных психических явлений, находящихся на разных уровнях осознания и проявляющихся в разнообразных психологических фактах. В рамках изучения психологической стороны лечебно-диагностического процесса важным аспектом становится готовность пациента к сотрудничеству с врачом и выполнению его рекомендаций.

Несмотря на то, что проблема неукоснительного выполнения назначений лечащего врача столь же стара, как и сама медицина, единого термина, обозначающего качественное исполнение пациентом врачебных назначений, нет [1, 2]. Наиболее распространенным понятием, употребляемым для обозначения правильности выполнения рекомендаций врача, является «комплаенс». Оно было введено в 1976–1979 гг. D. Sackett и R. Haynes [2]. ВОЗ определяет комплаенс как «степень соответствия поведения пациента в отношении применения лекарства, выполнение рекомендаций по питанию или изменению образа жизни назначениям и указаниям врачу» [1].

Наравне с этим понятием в научных публикациях можно встретить и иные термины, зачастую употребляемые как тождественные – это соблю-

дение (compliance), приверженность (adherence) и соответствие или согласие (concordance). Однако между этими терминами есть некоторые различия: термин «комплаенс» имеет оттенок пассивности поведения пациента в лечебно-диагностическом процессе, тогда как понятие «приверженность» подразумевает свободу выбора между соблюдением или несоблюдением рекомендаций и делает акцент на некоем соглашении между врачом и больным. Понятие «согласие» новое и в большей степени используется в Великобритании, обозначая партнерство в принятии терапевтического решения [3]. В отечественных и зарубежных статьях чаще встречается термин «комплаенс», а согласие и приверженность применяются как тождественные ему. Отсутствие комплаенса принято называть *нонкомплаенсом*.

Проявления *нонкомплаенса* отличаются высокой вариабельностью. По мнению Д. С. Данилова, к *нонкомплаентному* поведению можно отнести полный отказ от лечения, нерегулярный прием препаратов или самовольное изменение рекомендуемой дозировки. Ряд пациентов самовольно заменяют назначенные лекарственные препараты на иные, исходя из собственных представлений о вреде или пользе таковых для здоровья, частным случаем *нонкомплаенса* является самолечение [2].

Проблема комплаенса стоит очень остро: по данным отечественных и зарубежных источников, комплаентное поведение при различных заболеваниях составляет от 20 до 57% [4–6]. Эти показатели незначительно колеблются при различных заболеваниях, но не выходят за указанные пределы: по данным Н. А. Варфоломеевой, приверженность терапии при сахарном диабете максимально составляет 53,3%, наибольшей комплаентностью отличаются мужчины – 57,1% [7]. М. А. Мищенко и С. В. Кононова указывают, что 70% пациентов с низкой комплаентностью прекращают прием лекарств при сердечно-сосудистых заболеваниях [5]. Еще ниже уровень комплаенса среди наркологических пациентов – 20–25% [4]. Некоторым исключением являются ВИЧ-инфицированные и больные артритом: в этих группах уровень комплаенса достигает 88 и 81% соответственно [1].

Низкий уровень комплаенса при различных заболеваниях отмечается как причина высокого уровня осложнений, ухудшения качества жизни и смертности в докладе ВОЗ (2003), там же указано на необходимость системного подхода к обозначенной проблеме [8].

На сегодняшний день изучение комплаенса в отечественной науке в большей степени представлено в рамках медицины. Показатели комплаенса



характеризуются совокупностью двух признаков: качеством выполнения рекомендаций по приему назначенного препарата и непрерывностью курса лечения [1]. Но необходимо отметить, что в ряде исследований учитываются и психологические аспекты: это доказывает необходимость учета внутренних детерминант для полноценного понимания приверженности лечению. Однако психологический компонент в работах представлен отрывочно и не может полностью раскрыть внутренние условия формирования комплаенса как психологического феномена.

Прежде чем переходить к рассмотрению психологических факторов комплаентного поведения, необходимо указать, что измерение комплаенса представляет проблему и в самой медицине. Н. В. Богатырев [9] указывает на четыре способа определения комплаенса.

Первый заключается в оценке комплаенса на основе беседы врача с пациентом. Данный способ не может считаться точным, так как ответы больного могут быть недостоверны. В психиатрической практике применяется шкала медикаментозного комплаенса [10], которая заполняется врачом на основе клинической беседы с пациентом и включает такие показатели, как отношение к медикации, факторы, связанные с пациентом, факторы, связанные с близким окружением, факторы, связанные с лечащим врачом.

Второй способ заключается в самоотчете пациента о принятии лекарств и выполнении рекомендаций, несомненно, что данные такого самоотчета требуют дополнительного подтверждения. Недостоверность результатов может быть вызвана различными причинами: от умышленной лжи до забывчивости. Широкое распространение получил тест Мориски – Грина [11], позволяющий оценить уровень комплаентности. Данная методика включает в себя несколько вопросов: 1) Забывали ли Вы когда-нибудь принимать препараты? 2) Не относитесь ли Вы иногда невнимательно к часам приема лекарств? 3) Не допускаете ли Вы прием препаратов, если чувствуете себя хорошо? 4) Если Вы чувствуете себя плохо после приема лекарств, не пропускаете ли вы следующий прием?

Оценка комплаенса производится по следующим показателям: если пациент отрицательно ответил на все четыре вопроса (4 балла), то это говорит о высокой приверженности лечению, если три раза, то он попадает в группу риска по развитию некомплаенса и считается недостаточным приверженным, ответ «нет» два и более раз свидетельствует о низком комплаенсе.

Преимущество этого теста является одновременно и его недостатком, так как он содержит в себе только четыре вопроса и лишен шкалы досто-

верности, но, на наш взгляд, вполне приемлем для использования в психологии как один из методов.

Третий и четвертый способы основываются на объективных показателях – учет лекарственных средств и проведенных манипуляций, а также биохимический анализ.

В настоящее время дискуссионным остается вопрос описания комплаенса. Первый подход – качественный, он заключается в описании комплаенса в виде бинарной характеристики «комплаенс – некомплаенс». Приверженцы второго подхода рассматривают необходимость количественного описания комплаенса от 0 до 100% [2].

При определении уровня комплаенса также есть расхождения во мнениях: так, С. В. Смирнов с соавторами предлагают ориентироваться на следующие показатели: высокий уровень – выполняется более 80% рекомендаций, средний уровень – 20–80%, низкий – менее 20% [12]. Д. С. Данилов приводит несколько иные ориентиры: полная приверженность – 80–90% выполнения лекарственных назначений, недостаточная приверженность – 60–70%, а отсутствием приверженности считается принятия менее 60% препарата от рекомендованной дозы [2].

Таким образом, мы видим, что вопрос метода оценки, способа описания и определения уровня комплаенса остается открытым.

Рассмотрение способов оценки комплаенса в медицинской практике обусловлено, в первую очередь, тем, что проблема приверженности носит междисциплинарный характер и в практической деятельности эффективным будет тесное сотрудничество врача и психолога, следовательно, при построении психологического исследования можно и нужно опираться на объективные данные, полученные медицинскими работниками.

Обращаясь к психологической стороне комплаенса, необходимо учитывать, что болезнь меняет уклад жизни человека, его социальные и межличностные отношения, т.е. становится особой ситуацией развития личности и, выступая в качестве стрессора, вызывает напряжение адаптационных механизмов, требуя выработки новых моделей совладающего поведения [13]. Результатом отражения болезни в психике человека становится внутренняя картина болезни (тип отношения к болезни). В структуре внутренней картины болезни выделяют [14] чувствительную и интеллектуальную части. Первая включает в себя все многообразие ощущений, связанных с патологическим процессом. Вторая является продуктом размышления о своей болезни. Если учесть, что личность – это система отношений человека к объективному миру, то отношение к болезни –



одна из подструктур личности [15]. Особенности когнитивной переработки и эмоциональные переживания определяются индивидуально-типологическими особенностями личности. Размышляя о своем заболевании, опираясь на имеющуюся информацию, человек оценивает собственную жизненную перспективу и качество жизни в условиях болезни. Особая позиция по отношению к своему заболеванию детерминирует определенный тип поведения. В ряде работ отмечена связь комплаенса с типом отношения к болезни, личностными особенностями [2].

Остановимся подробнее на рассмотрении вопроса о субъектности личности в лечебно-диагностическом процессе. В психологии принято рассматривать феномен субъекта в контексте двух основных характеристик: во-первых, субъект – это устойчиво-динамическая целостная система психических явлений, организованная особым образом. Одни и те же знания, чувства, потребности у каждого человека находятся в уникальных, свойственных только ему взаимоотношениях. Во-вторых, понимание субъекта всегда связано с понятием активности. Качество и направленность активности также сугубо индивидуальны. Часть ее может быть направлена вовне с целью преобразования окружающей действительности, а часть направляется на себя, позволяя осмысливать и организовывать себя как некую систему, в большей или меньшей степени эффективную. Адекватность субъективного отражения и эффективность поведения зависят от того, насколько качественно разрешаются противоречия между внутренними условиями и внешними обстоятельствами. Болезнь, несомненно, является внешним событием: она объективна по своей природе.

О наличии у себя заболевания человек может узнать двумя путями: первый – это наличие болезненных симптомов, т.е. проявление нездоровья. Осознание нетипичности телесных ощущений способствует формированию сенситивной части болезни и, соответственно, направляет вектор активности на достижение телесного гомеостаза, а вот способы достижения физического благополучия можно разделить на иррациональные и рациональные. К нерациональным способам, на наш взгляд, следует отнести самолечение. Рациональное решение возникшей проблемы будет заключаться в обращении за квалифицированной помощью. Мотивы выбора той или иной стратегии весьма разнообразны, и в данной статье мы не будем останавливаться на них подробно.

Второй путь получения информации о наличии заболевания связан с извещением о болезни по результатам обследования, например, в рамках

профилактического осмотра. Такое известие является острой травмирующей ситуацией и требует длительного времени для изменения системы представлений о себе.

Опираясь на вышесказанное, можно построить теоретическую модель осознания болезни, состоящую из нескольких подсистем. Выступая как объект, болезнь может быть рассмотрена человеком с позиции взаимодействия «Я и болезнь». Активность субъекта будет направлена на поиск информации о заболевании, методах лечения, возможных осложнениях, исходе. Источниками информации могут выступать медицинские работники, медицинские, популярные или маргинальные литературные источники, другие больные, ближайшее окружение. Оценка информации как объективной зависит от убеждений и ориентации человека, его прежнего опыта. Так, предубеждение против традиционной медицины может спровоцировать на «уход» в альтернативные способы лечения. Функционально эта подсистема отвечает за формирование образа болезни.

Подсистема «болезнь во мне» связана с принятием или непринятием болезни как части себя. В зависимости от принятого решения активность субъекта будет направлена на поиск аргументов, подтверждающих его вывод и, вполне вероятно, будут игнорироваться контраргументы.

Как любое событие внешней среды болезнь вынуждает оценивать жизненную перспективу, перестраивать систему отношений, т.е. меняет привычный жизненный уклад. На наш взгляд, формирование и оценка дальнейшего жизненного пути связаны с подсистемой «Я в болезни».

Внесение изменений в одну из подсистем ведет за собой изменение остальных: так, появление, усиление или исчезновение болезненной симптоматики может влиять на принятие или непринятие заболевания. Изменения, вносимые во внутреннюю картину болезни, могут быть как управляемые – целенаправленное просвещение об особенностях заболевания и всего, что с ним связано, так и неуправляемые. В качестве стихийных факторов может выступить случайно услышанная информация. Интеллектуальная часть внутренней картины болезни отражается на эмоциональном уровне в виде стенических или астенических чувств по отношению к лечению. Негативная оценка медицинской помощи, болезненные манипуляции или побочные эффекты способны спровоцировать отказ от лечения. Представленная система может рассматриваться как внутреннее условие комплаентного или некомплаентного поведения.

Предложенные идеи носят сугубо теоретический характер, но, на наш взгляд, способны



служить некоей отправной точкой для понимания психологических аспектов комплаенса. Таким образом, мы пришли к выводу, что психологическая сторона комплаенса остается малоизученной, но крайне актуальной проблемой для психологии.

Комплаенс необходимо рассматривать как сложный динамический клинико-психологический феномен, включающий в себя сенсорно-эмоциональный, логический и поведенческий компоненты [16]. В качестве внешних факторов, влияющих на формирование комплаенса, выступают медико-социальные условия: стоимость лекарственных препаратов, удобство их применения, наличие или отсутствие побочных эффектов лечения, болевой синдром, длительность и особенность заболевания, возраст пациента, организация лечебно-диагностического процесса, доступность лечения [2, 4, 6, 7]. К внутренним условиям относятся: индивидуально-типологические особенности личности, внутренняя картина болезни, когнитивно-аффективные особенности.

На сегодняшний день отсутствует целостная теоретико-методологическая модель понимания комплаенса как психологического феномена личности в ситуации болезни, остаются неразработанными психодиагностические критерии, позволяющие оценить психологические условия и закономерности, определяющие комплаентное поведение пациента.

Список литературы

1. Вольская Е. А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // Ремедиум. 2013. № 11. С. 6–15.
2. Данилов Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс) : содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2014. № 2. С. 4–12.
3. Concordance, adherence and compliance in medicine taking : Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D (NCCSDO). December 2005. 309 p.
4. Белоколов В. В. Приверженность к лечению у наркозависимых // Вестн. Чувашского ун-та. 2014. № 2. С. 195–199.
5. Мищенко М. А., Кононова С. В. Анализ факторов, влияющих на приверженность к гипохолестеремической терапии // Медицинский альманах. 2014. №1 (31). С. 95–98.
6. Олейников В. Э., Елисеева И. В., Томашевская Ю. А., Борисова Н. А., Фадеева С. С. Эффективность антигипертензивной терапии у пожилых пациентов и анализ приверженности лечению // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2014. № 4 (10). С. 391–396.
7. Варфоломеева Н. А., Бушкова Э. А., Сыдыкова Л. А., Кузьмина А. А., Малогулова И. Ш., Абрамова Я. И. Приверженность фармакотерапии при сахарном диабете 2-го типа в Республике Саха (Якутия) // Вестн. Северо-восточного фед. ун-та им. М. К Аммосова. 2013. № 3 (10). С. 122–126.
8. Adherence to long-term therapies. Evidence for action // World Health Organization. Geneva, 2003. 110 с.
9. Богатырев Н. В. Понятие комплаенса и проблема измерения комплаенса // Изв. Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. 2009. № 116. С. 260–265.
10. Лутова Н. Б., Борцов А. В., Вид В. Д., Вук А. Я. Метод прогнозирования медикаментозного комплаенса в психиатрии : метод. рекомендации. СПб., 2006. 26 с.
11. Мартынов А. А., Спиридонова Е. В., Бутарева М. М. Повышение приверженности пациентов стационаров и амбулаторно-поликлинических подразделений к лечебно-реабилитационным программам и факторы, оказывающие влияние на комплаентность // Вестн. дерматологии и венерологии. 2012. № 1. С. 21–27.
12. Смирнов С. В., Морозов С. Л., Шуленин К. С., Ярославцев М. Ю. Социальный тип личности пациента и эффективность гипертензивной терапии // Фундаментальные исследования. 2012. № 2. С. 131–134.
13. Васильева И. А. Стратегии совладающего поведения больных на хроническом гемодиализе // Изв. Рос. гос. пед. ун-та им. А. И. Герцена. 2008. № 66. С. 281–288.
14. Лурия Р. А. Внутренняя картина болезни и иатрогенные заболевания. М., 1977. 111 с.
15. Мясницев В. Н. Психология отношений. М., 2011. 400 с.
16. Шестопалова Л. Ф., Лесная Н. Н. Особенности комплаенса больных с алкогольной зависимостью и система его психокоррекции // Междунар. мед. журн. 2011. № 3. С. 6–12.

Compliance as an Actual Problem of Medical Psychology: Theoretical-Methodological Aspects

L. I. Lozhkina

Northern State Medical University
51, Troitsky ave., Arkhangelsk, 163000, Russia
E-mail: LadaL1@yandex.ru

The article considers the problem of compliance of patients to treatment and rehabilitation process. Carried out a theoretical analysis of interdisciplinary problems. Provides an overview of trends in the study of compliance, methods of evaluation and the factors influencing compliance behavior. Particular attention is given to the relevance of the study in the psychology of compliance. The author notes that the patient should be seen as a carrier of subjective reality, consisting of interrelated psychic phenomena an different levels of awareness. Compliance is a manifestation of psychological facts in behavior. In keeping with the position that the issue of compliance is interdisciplinary, notes and justifies the need to address the psychological aspects of compliance. Allocated external (medical and social) and internal (psychological) conditions for the formation of compliance. It is concluded that the



problem compliance in psychology is not sufficiently developed. No psychodiagnostic assessment criteria of psychological conditions and patterns of compliance.

Key words: compliance, psychic phenomena, psychological facts, reflection disease, type attitude to the disease.

References

1. Volskaya E. A. Patsientskiy kompliens. Obzor tendentsiy v issledovaniyakh (Patient compliance. An overview of trends in research). *Remedium* (Remedium). 2013, no. 11, pp. 6–15.
2. Danilov D. S. Terapevticheskoe sotrudnichestvo (kompliens): sodержanie ponyatiya, mekhanizmy formirovaniya i metody optimizatsii (Therapeutic cooperation {compliance}: Content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization). *Nevrologiya, neyropsikhiatriya, psikhosomatika* (Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics), 2014, no. 2, pp. 4–12.
3. *Concordance, adherence and compliance in medicine taking: Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organisation R & D* (NCCSDO), December 2005. 309 p.
4. Belokolodov V. V. Priverzhennost k lecheniyu u narkozavisimykh (Adherence to treatment in drug addicts). *Vestn. Chuvashskogo un-ta* (Vestnik Chuvashskogo University), 2014, no. 2, pp. 195–199.
5. Mishchenko M. A., Kononova S. V. Analiz faktorov, vliyashchiy na priverzhennost' k gipolidemicheskoy terapii (Analysis of factors influencing adherence to therapy gipolidemicheskoy). *Meditsinskiy al'manakh* (Medical Almanac), 2014, no. 1 (31), pp. 95–98.
6. Oleynikov V. E., Eliseeva I. V., Tomashevskaya Yu. A., Borisova N. A., Fadeeva S. S. Effektivnost antigipertenzivnoy terapii u pozhilykh patsientov i analiz priverzhennosti lecheniyu (The effecaty of antihypertensive therapy in elderly patients and treatment of compliance analysis). *Ratsional'naya farmakoterapiya v kardiologii* (Rational Pharmacotherapy in Cardiology). 2014, no. 4 (10), pp. 391–396.
7. Varfolameeva N. A., Bushkova E. A., Sydykova L. A., Kuz'mina A. A., Malogulova I. Sh., Abramova Ya. I. Priverzhennost' farmakoterapii pri sakharnom diabete 2 tipa v Respublike Sakha (Yakutiya) (Adherence Pharmacotherapy under diabetes mellitus type II in the Republic of Sakha {Yakutia}). *Vestn. Severo-vostochnogo fed. un-ta im. M. K. Ammosova* (Vestnik of the north-eastern federal university named after M. K. Ammosov). 2013, no. 3 (10), pp. 122–126.
8. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action.* World Health Organization. Geneva, 2003. 110 p.
9. Bogatyrev N. V. Ponyatie kompliens i problema izmereniya kompliens (Concept of compliance and compliance measurement). *Izv. Ros. gos. ped. un-ta im. A. I. Gertsena* (Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Sciences), 2009, no. 116, pp. 260–265.
10. Lutova N. B., Bortsov A. V., Vid V. D., Vuks A. Ya. *Metod prognozirovaniya medikamentoznogo kompliens v psikhiiatrii: metod. rekomendatsii* (Method of medical compliance in psychiatry: guidelines). (Advanced medical technology). St.-Petersburg, 2006. 23 p.
11. Martynov A. A., Spiridonova E. V., Butareva M. M. Povyshenie priverzhennosti patsientov stacionarov i ambulatorno-poliklinicheskikh podrazdeleniy k lechebno-reabilitatsionnym programmam i faktory, okazyvayushchie vliyanie na kompliensnost (Increasing compliance to treatment and rehabilitation programs in patients in hospitals, outpatient and polyclinic departments, and factors having an effect on compliance). *Vestn. dermatologii i venerologii* (Vestnik Dermatologii i Venerologii), 2012, no. 1, pp. 21–27.
12. Smirnov S. V., Morozov S. L., Shulenin K. S., Yaroslavtsev M. Yu. Sotsial'nyy tip lichnosti patsienta i effektivnost' gipertenzivnoy terapii (Social type of the patients personality and effectiveness of hypertensive therapy). *Fundamental'nye issledovaniya* (Fundamental research), 2012, no. 2, pp. 131–134.
13. Vasileva I. A. Strategii sovladayushchego povedeniya bol'nykh na khronicheskom gemodialize (Strategii coping behavior of patients on chronic hemodialysis). *Izv. Ros. gos. ped. un-ta im. A. I. Gertsena* (Izvestia: Herzen University Journal of Humanities and Sciences), 2008, no. 66, pp. 281–288.
14. Luriya R. A. *Vnutrennyaya kartina bolezni i iatrogennye zabolovaniya* (Internal picture of disease and pathogenic diseases). Moscow, 1977. 111 p.
15. Myasishchev V. N. *Psikhologiya otnosheniy* (Psychology of relationships). Moscow, 2011. 400 p.
16. Shestopalova L. F., Lesnaya N. N. Osobennosti kompliens bol'nykh s alkogolnoy zavisimostyu i sistema ego psikhokorreksii (Compliance peculiarities in compliance patients with alcohol addiction and a psychocorrection). *Mezhdunar. meditsinskiy zhurnal* (The International Medical Journal), 2011, no. 3, pp. 6–12.