В.П. Чемяков, А.В. Шашелева

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет), Москва, Российская Федерация

Пациент в педиатрии: ребенок, взрослый или оба?

Контактная информация:

Чемяков Валерий Павлович, кандидат психологических наук, лаборант кафедры пропедевтики детских болезней педиатрического факультета Первого МГМУ им. И.М. Сеченова

Адрес: 119992, Москва, ул. Пироговская, д. 19, стр. 2, тел.: +7 (495) 609-14-00, e-mail: chemekov@gmail.com

Статья поступила: 07.08.2018 г., принята к печати: 30.10.2018 г.

В педиатрии пациентом принято считать ребенка. Однако когда речь заходит о коммуникациях с пациентом, его согласии, выполнении назначений, то стороной взаимодействия предполагается взрослый. В этой связи пациент в педиатрии представлен альянсом ребенка и взрослого, что позволяет говорить о «комплексном пациенте». При этом его субъектность (способность самостоятельно формулировать жалобу, воспринимать назначения и достигать комплаенса) меняется с возрастом ребенка, переходя к нему от взрослого. Это определяет эффективность скрининга, а также основные тактики взаимодействия врача и пациента, разъяснения, комплаенса. На основе теории периодизации развития личности даны ответы на вопросы: кто — ребенок или взрослый — формулирует жалобу, кто воспринимает разъяснение и кто является субъектом комплаенса? Показано, что в раннем детстве (до 3 лет) субъектность пациента в формулировании жалобы и картины болезни, восприятии назначений и соблюдении комплаенса обеспечивается родителем. В периоды дошкольного (3–7 лет) и младшего школьного (7–11 лет) возраста картина мозаична: врач для получения картины заболевания сопоставляет мнение родителя и его ребенка, назначения он сообщает родителю и/или ребенку, поэтому оба в разной степени могут быть субъектами комплаенса. И только в подростковом возрасте (12–17 лет) ребенок может выступать практически полностью самостоятельным субъектом во всех аспектах взаимодействия в системе «врач–пациент». Окончательно способность самостоятельно принимать решение ребенок получает после 15 лет*.

Ключевые слова: педиатрический пациент, комплаенс, субъект комплаенса, комплексный пациент, внутренняя картина болезни, личность, периодизация развития.

(Для цитирования: Чемяков В.П., Шашелева А.В. Пациент в педиатрии: ребенок, взрослый или оба? Вопросы современной педиатрии. 2018; 17 (5): 408–412. doi: 10.15690/vsp.v17i5.1958)

ВВЕДЕНИЕ

Отношения врача и пациента всегда стояли в центре внимания медицинской науки, которая описывает четыре модели взаимодействия врача и пациента: инженерную (техническую), патерналистскую (сакральную), коллегиальную и контрактную [1, 2]. Авторами показано, что в последние десятилетия к качеству отношений «врач–пациент» возрастает интерес, связанный с переходом от патерналистской модели, свойственной нашему обществу в силу культурно-исторических причин, к коллегиальной — модели сотрудничества [2]. И если в рамках

патерналистской модели врач относится к пациенту как «заботливый старший» к «младшему», а пациент при этом должен был неукоснительно выполнять предписания доктора, не неся никакой ответственности за собственное здоровье, то сегодня пациент, играя все более активную роль в собственном лечении, может не только выбирать лечебное учреждение или врача, но даже участвовать в выборе методов терапии, опираясь на сведения из средств массовой информации и интернета [2]. В этих условиях врачу приходится преодолевать ложные знания, предубеждения и даже сопротивление пациента.

* «Согласно ст. 22 и 54 ФЗ №323 «Об основах охраны здоровья граждан», несовершеннолетние в возрасте старше 15 лет (а больные наркоманией с 16 лет) имеют право на информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство или отказ от него в соответствии с законом...»

Valeriy P. Chemekov, Aleksandra V. Shasheleva

Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

Paediatric Patient: Child, Adult, or Both?

The paediatric patient is considered to be a child. However, when it comes to communication with a patient, his consent, implementation of appointments, then the party of interaction is supposed to be an adult. In this regard, the paediatric patient is represented by a child-adult alliance, which allows us to speak of a 'complex patient'. At the same time, his personal agency (the ability to independently formulate a complaint, accept appointments and achieve compliance) changes with the age of a child, coming to him from an adult. This determines the efficacy of screening as well as the main tactics of interaction between the doctor and the patient, explanation, and compliance. Based on the theory of periodization of the personality development, answers are given to the questions: who, a child or an adult, formulates a complaint, who accepts the explanation and who is the subject to compliance? It has been shown that in early childhood (up to 3 years) the patient's subjectivity in the formulation of a complaint and a picture of the disease, the perception of prescriptions and adherence to compliance is provided by the parent. During the pre-school (3–7 years) and primary school (7–11 years) periods, the picture is mosaic: the doctor compares the opinion of the parent and his child to get a picture of the disease, he gives prescriptions to the parent and/or to the child, so both of them can be a subject to compliance. And only in adolescence (12–17 years) a child can be almost a completely independent subject in all aspects of interaction in the doctor-patient system.

Key words: paediatric patient, compliance, subject to compliance, complex patient, internal picture of the disease, personality, periodization of the development.

(For citation: Chemekov Valeriy P., Shasheleva Aleksandra V. Paediatric Patient: Child, Adult, or Both? Voprosy sovremennoi pediatrii — Current Pediatrics. 2018; 17 (5): 408–412. doi: 10.15690/vsp.v17i5.1958)

Коллегиальная модель отношений «врач–пациент», допуская свободу выбора пациентом тактики лечения и выполнения назначений, наделяет пациента субъектностью, делая его роль в лечебном процессе активной в отличие от патерналистской модели, где пациент выступает объектом врачебных действий [2].

Коллегиальная модель отношений предполагает активность пациента. Однако, если пациентом в педиатрии является как ребенок, так и его родитель, то следует ли их обоих считать субъектами процесса? Очевидно, нельзя, поскольку взрослый, как правило, является полноценным субъектом общения с врачом, а ребенок — только в определенном возрасте.

КТО ПАЦИЕНТ В ПЕДИАТРИИ?

Проблема эффективности лечения в педиатрии, в частности в условиях амбулаторного приема, тесно связана с особенностями пациента, который представляет собой альянс ребенка и сопровождающего его родителя*, а именно с субъектностью ребенка в этом альянсе. Под субъектностью в системе отношений «врач–пациент» мы понимаем способность пациента на каждом этапе консультации самостоятельно:

- формулировать жалобы (запрос на консультацию);
- описывать и сообщать врачу внутреннюю картину болезни;
- понимать и принимать разъяснения врача в отношении заболевания и лечения;
- формировать комплаенс (приверженность пациента лечению, выполнению назначений врача и приему препаратов [3, 4]).

Вопрос «Кого считать пациентом в педиатрии» звучит довольно абстрактно, учитывая и возраст самостоятельности ребенка, и то, что на врачебном приеме ребенок присутствует, как правило, в сопровождении родителя. Как справедливо отмечают Е. Конева и В. Солондаев, обычная для медицины схема взаимодействия «врач–пациент» невозможна в педиатрии, ведь субъектом обращения за медицинской помощью является родитель, хотя помощь оказывается ребенку [5], и чаще всего врачи идентифицируют родителя как пациента, как бы игнорируя ребенка [6]. Вместе с тем пациент в педиатрии как бы «распределяется» между двумя субъектами [7], и очевидно, что взаимодействие врача с педиатрическим пациентом — есть общение в триаде «врач–родитель–ребенок», где роли ребенка и родителя с возрастом ребенка меняются — увеличивается роль одного и уменьшается роль другого [7, 8].

В последние годы в нашей стране набирает популярность Калгари-Кембриджская модель медицинской консультации, ставшая стандартом для многих медучреждений [9, 10]. Модель описывает последовательность шагов и их содержание в общении врача с пациентом: начало консультации, сбор информации, осмотр, разъяснение и планирование. При этом значительное внимание в модели уделено выстраиванию отношений с пациентом — контакту, доверию, эмпатии, взаимодействию с его убеждениями и тревогой, вовлечением в процесс лечения. Однако при этом модель совсем не уделяет внимания отношениям врача с ребенком и не учитывает возраст пациента.

Поскольку перед врачом на амбулаторном приеме предстает и ребенок (до определенного возраста), и его

родитель, то в этом случае мы можем говорить о «комплексном пациенте» — альянсе ребенка и родителя. Очевидно, что в случаях, когда коммуникация с ребенком не всегда возможна (например, с младенцем), то субъектом отношений «врач–пациент» выступает родитель. Взрослея, ребенок способен сам выступать субъектом отношений с врачом, то есть субъектностью «комплексного пациента» меняется, переходя от родителя к ребенку.

Однако остается открытым вопрос, как происходит этот переход. Как нам представляется, способности, характеризующие субъектность пациента (формулировать жалобу, описывать внутреннюю картину болезни, понимать разъяснения, выполнять указания), вызревают не синхронно, а каждая из них появляется в определенном возрасте ребенка.

ПРОБЛЕМЫ СУБЪЕКТНОСТИ РЕБЕНКА В КОМПЛЕКСНОМ ПАЦИЕНТЕ

В литературе практически не обсуждаются особенности взаимоотношения врача с ребенком без родителя, а также комплаенса с пациентом в педиатрии [11, 12], поскольку чаще всего предписания и назначения врач адресует родителю, полагая, что ребенок еще не в состоянии понять и выполнять предписания самостоятельно. Нам представляется, что это справедливо в отношении детей определенного возраста, но не может распространяться на все случаи, например на взаимодействие с ребенком 15–17 лет, пришедшим на прием самостоятельно или же в сопровождении родителя.

Исследования роли ребенка в отношениях «врач–пациент» касаются в основном пациентов в возрасте от 7–9 лет и старше, а роль ребенка в возрасте 3–7 лет остается недостаточно изученной вследствие того, что врач взаимодействует с сопровождающим ребенка родителем [7, 8, 11]. Это маскирует проблему коммуникации с ребенком, сводя ее к более привычному отношению «врач–взрослый пациент» [5, 7]. Субъектность ребенка в комплексном пациенте ярче всего проявляется в старшем возрасте. Так, показано, что 10% детей старше 15 лет самостоятельно общаются с врачом [8]. Однако подросткам свойственно преуменьшать тяжесть симптоматики [11, 12], что может снижать частоту самостоятельного обращения за медицинской помощью.

Для уточнения картины субъектности комплексного пациента следует обратиться к свойствам отношений «врач–пациент» для разных возрастов ребенка. Основываясь на взглядах Н.П. Гундобина и Д.Б. Эльконина на периодизацию развития личности ребенка, можно выделить четыре возрастных периода: раннее детство (до 3 лет), дошкольный возраст (3–7 лет), младший школьный возраст (7–11 лет) и подростковый период (12–17 лет) [13, 14].

Возрастной период от 1 года до 17 лет характеризуется широким спектром состояний человека. На одном возрастном полюсе — у младенца — неразвиты речь и осознанность действий, а на другом — у подростка — уже присутствуют знания, волевой компонент и ответственность. В первом случае врач взаимодействует с родителем, получая от него запрос на лечение и жалобы, и субъектом комплаенса выступает родитель. Во втором — подросток сам способен выразить внутреннюю картину болезни, сформулировать симптомы, придерживаться назначений и выступать субъектом комплаенса.

* Здесь и далее термин «родитель» относится к любому взрослому (мать, отец, другой родственник или опекун), сопровождающему ребенка на приеме у врача.

Соответственно, и действия педиатра по диагностике состояния, разяснению причин заболевания и его лечению, формированию комплаенса на разных этапах развития ребенка различны. На основании этого можно считать, что пациент в педиатрии — не только и не всегда ребенок, а в разные периоды развития ребенка роль пациента выполняют либо родитель от имени ребенка, либо ребенок вместе с родителем, либо ребенок без родителя. И если первый и второй случаи очевидно и явно относятся к комплексному пациенту, то третий — только в том смысле, что за ребенком «незримо присутствует» родитель [7], который может воспринимать объяснение, назначения и влиять на исполнение ребенком врачебных предписаний.

Следуя содержанию понятия субъектности пациента, мы полагаем существование четырех ситуаций во взаимодействии врача с комплексным пациентом в разные возрастные периоды ребенка, когда его состоятельность и участие проявляются по-разному при решении основных задач медицинской консультации:

- 1) выяснение жалобы (запрос на консультацию);
- 2) выяснение картины болезни (постановка диагноза);
- 3) сообщение пациенту разяснений о заболевании и лечении;
- 4) формирование комплаенса (формирование у пациента приверженности лечению, мотивированного и ответственного соблюдения назначений).

ОНТОГЕНЕЗ ВНУТРЕННЕЙ КАРТИНЫ БОЛЕЗНИ И ФОРМУЛИРОВАНИЕ ЗАПРОСА НА ЛЕЧЕНИЕ

Внутренняя картина болезни взрослого человека, согласно теории В. Николаевой [15], включает в себя четыре компонента:

- сенсорный — телесные ощущения и их эмоциональная окраска;
- эмоциональный — отношение к болезни;
- рациональный (интеллектуальный) — информированность пациента о болезни, представление о ее причине, ходе и результатах лечения;
- мотивационный — установка на лечение, ее место в структуре мотивов личности.

Формирование внутренней картины болезни в детском возрасте имеет свои особенности, зависящие от тяжести и длительности заболеваний, опыта лечения хронических заболеваний. В раннем детстве (до 3 лет) ребенок способен выразить лишь переживание неприятных физических ощущений и их локализацию (сенсорный уровень внутренней картины болезни), но дать их точное описание он не способен [11, 16]. В формулировании запроса от имени ребенка выступает родитель, имея зачастую лишь неясную и тревожную, а порой аггравационную картину заболевания [11].

В дошкольном возрасте (3–7 лет) ребенок еще не в полной мере осознает свой телесный опыт, и значительную роль в описании картины болезни ребенка играет родитель и/или врач. Через их опыт, используемые ими понятия и школьные знания ребенок формирует собственную картину болезни, дополняя сенсорный и эмоциональный уровень рациональным и мотивационным [17]. К ребенку этого возраста врач обращается для уточнения запроса, сформированного, как правило, родителем. Разяснения и назначения даются родителю, и он выступает субъектом комплаенса [4, 12].

В возрасте ребенка 7–11 лет, как нам представляется, врач чаще всего имеет дело с комплексным пациентом, где роли родителя и ребенка смешаны, что затрудняет установление отношений (их приходится налаживать

с двумя субъектами), но делает диагностику более точной, облегчает объяснение и вовлечение в процесс лечения. Логично, что уровень сформированности внутренней картины болезни определяет точность формулирования ребенком жалобы (запроса на медпомощь) и его самостоятельность в этом вопросе, которую исследователи определяют в возрасте ребенка 7–10 лет [8, 16, 17].

Начиная с подросткового возраста (12 лет) внутренняя картина болезни формируется под влиянием мнений сверстников и стремления казаться взрослым. На этом этапе активно развиваются эмоциональный и мотивационный аспекты внутренней картины болезни. При этом подростку свойственна дезаггравация на волне самоутверждения перед сверстниками [16].

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ВРАЧЕБНОГО ОБЪЯСНЕНИЯ

Эффективность разяснения причин заболевания и подходов к лечению, а также достижение комплаенса зависит от способности врача устанавливать отношения с ребенком и родителем. При этом ему следует учитывать следующие параметры состояния каждого из них [6, 11, 16]:

- уровень понимания (уровень интеллекта, уровень эмоционального интеллекта, уровень знаний родителя и ребенка);
- эмоциональное состояние ребенка и родителя;
- особенности личности ребенка и родителя, особенности их взаимоотношений, позволяющие понять способ установления контакта, эффективного разяснения и достижения комплаенса.

В возрасте ребенка до 3 лет врач, взаимодействуя исключительно с родителем, дает ему разяснения и назначения, сообразуясь с его психологическими особенностями и уровнем понимания [7]. В возрасте ребенка 3–7 лет разяснения и назначения даются родителю, с ним же достигается комплаенс [12]. Поскольку ребенок примерно с 10-летнего возраста уже может напрямую общаться с врачом [8], то специалисту приходится овладевать навыками общения (расспрашивания и разяснения) с пациентами этого возраста, пришедшими на прием без родителя, или с детьми-пациентами стационара. Дети подросткового возраста (12–17 лет) уже обладают некоторыми знаниями в области биологии и физиологии человека, почерпнутыми из школьной программы или из собственного опыта лечения. А поскольку ребенок (после 15 лет) может являться на прием в одиночку, врачу бывает легче выстроить отношения, дать необходимые разяснения с нужной степенью подробности, так как подростки в состоянии понять многое о лечении болезни [18].

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ, ВЫПОЛНЕНИЕ НАЗНАЧЕНИЙ

В коллегиальной системе отношений «врач–пациент» важным понятием становится комплаенс [3]. Комплаенс может рассматриваться как некий «психологический контракт» между врачом и пациентом, а также пациента с самим собой, основанный на доверии пациента врачу, свободе выбора пациента и отражающий его вовлеченность в процесс лечения. Проблема в том, что даже если врач видит приверженность родителя лечению ребенка, то ребенок не всегда хочет следовать назначениям.

Достижение комплаенса зависит от уровня понимания пациентом разяснений и назначений, а также установки на лечение. Поскольку у ребенка до младшего школьного возраста (до 7 лет) внутренняя картина болезни не сформирована полностью, то и мотивационная ее составляющая также не развита. В этом слу-

Таблица. Возрастная периодизация развития ребенка и субъектность комплексного пациента
Table. Age periodization of the child's development and subjectivity of the complex patient

Задачи медицинской консультации	Возрастные периоды развития ребенка [13]			
	Раннее детство (до 3 лет)	Дошкольный (3–7 лет)	Младший школьный (7–11 лет)	Подростковый (12–17 лет)
Запрос (жалобу) формулирует	Родитель	Ребенок и/или родитель	Ребенок	Ребенок
Картину болезни формулирует	Врач (через объективное исследование)	Родитель (ребенок)	Ребенок	Ребенок
Разъяснение принимает	Родитель	Родитель	Родитель (ребенок)	Ребенок
Субъект комплаенса	Родитель	Родитель и/или ребенок	Ребенок и/или родитель	Ребенок и/или родитель

Примечание. Источник: Чемяков В.П., Шашелева А.В., 2018.

Note. Source: Valeriy P. Chemekov, Aleksandra V. Shasheleva, 2018.

чае субъектом комплаенса выступает родитель. По мере формирования у ребенка всех аспектов внутренней картины болезни, у него формируется субъектность и в этом аспекте. При достижении подросткового возраста возникает иной эффект: подросткам свойственно преуменьшать тяжесть симптоматики, что снижает приверженность лечению [11, 16].

При выполнении назначений родитель в модели «комплексный пациент» играет неоднозначную роль. Так, недоверие родителя к предписаниям врача приводит к ослаблению контроля за выполнением ребенком назначений [19]. Опрос родителей демонстрирует, что лишь 38% респондентов не хотят участвовать в процессе принятия решения о медицинском вмешательстве их ребенку [20].

Обратная картина — повышенная активность родителей в модели «комплексный пациент» — объясняется их тревожностью, особенно при малом возрасте детей. Так, показано, что частота посещений в педиатрических амбулаториях напрямую связана с высоким уровнем тревоги родителей и обратно — с возрастом детей [21]. При этом лишь 10% детей в возрасте 7–10 лет испытывают страх при упоминании о необходимости обращения к врачу, а в возрасте 15–16 лет 70% детей перед посещением врача выражают спокойствие с оттенком безразличия [8].

Изменение активности ребенка в ходе его развития при решении задач медицинской консультации можно отобразить с помощью таблицы, из которой следует, что с возрастом ребенка усиливается его роль в каждой из задач консультации при сохранении или уменьшении роли взрослого. Возрастание самостоятельности ребенка в разные периоды его взросления в каждом из элементов приема происходит несинхронно.

В раннем детстве (до 3 лет), а особенно в младенчестве (до 1 года), ребенок не вполне способен формулировать внутреннюю картину болезни, и тогда для воссоздания картины заболевания возможны лишь объективное исследование и опрос родителя, который формулирует жалобу или запрос. Дошкольник (3–7 лет) вместе со взрослым вполне может являться участником консультации, но он не в состоянии постичь все аспекты информации о заболевании и лечении. Ребенок в младшем школьном возрасте (7–11 лет) способен сообщать элементы картины болезни, формулировать жалобу и быть субъектом комплаенса. А в подростковом возрасте (начиная с 12 лет, но особенно в старшем подростковом — в 15–17 лет), когда ребенок вполне

способен быть самостоятельным пациентом, родитель еще может оставаться участником отношений «врач–пациент», хотя его роль может ограничиться, например, взятием на себя ответственности за выполнение ребенком назначений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Комплексный пациент — альянс ребенка и родителя, в котором ребенок с возрастом приобретает все большую субъектность, а именно способность формулировать запрос, воспринимать и описывать внутреннюю картину болезни, понимать разъяснения врача, формировать комплаенс. Такой взгляд преодолевает механистичное отношение к ребенку как пациенту, где он выступает как объект. Пациентом в доречевом возрасте и в раннем детстве выступает ребенок совместно с родителем. Здесь роль родителя при получении разъяснения и выполнении назначений максимальна. В период от 3 до 11 лет роль ребенка в модели «комплексный пациент» становится все заметнее: он в состоянии указать локализацию боли, сообщить основные признаки самочувствия, понять значение процедур. Пациенты старше 12 лет в состоянии самостоятельно сформулировать запрос, описать внутреннюю картину болезни, понять разъяснения, а также соблюдать назначения. В этом периоде, особенно в старшем подростковом возрасте (15–17 лет), роль ребенка максимальна, хотя родитель все же оказывает на него влияние, усиливая или ослабляя контроль над выполнением врачебных предписаний.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

FINANCING SOURCE

Not specified.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS

Not declared.

ORCID

В.П. Чемяков

<https://orcid.org/0000-0002-1511-6116>

А.В. Шашелева

<https://orcid.org/0000-0003-2079-7726>

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Каштанова А.И. Эволюция модели отношений врач–пациент // *Научное обозрение. Медицинские науки*. — 2016. — № 6 — С. 50–53. [Kashtanova AI. The evolution of the doctor-patient relationship model. *Nauchnoe obozrenie. Meditsinskie nauki*. 2016;(6):50–53. (In Russ).]
2. Родиков М.В., Кочетова Л.В., Пахомова Р.А. Модели взаимодействия врача и пациента в современной медицине // *Современные проблемы науки и образования*. — 2016. — № 6 — С. 236–241. [Rodikov MV, Kochetova LV, Pakhomova RA. Models of interaction between doctor and patient in modern medicine. *Sovremennye problemy nauki i obrazovaniya*. 2016;(6):236–241. (In Russ).]
3. Вольская Е.А. Пациентский комплаенс. Обзор тенденций в исследованиях // *Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике*. — 2013. — № 11 — С. 6–15. [Vol'skaya EA. Patient compliance. Overview of research trends. *Remedium. Journal about the Russian market of medicines and medical equipment*. 2013;(11):6–15. (In Russ).] doi: 10.21518/1561-5936-2013-11-6-15.
4. Микиртичан Г.Л., Каурова Т.В., Очкур О.К. Комплаентность как медикосоциальная и этическая проблема педиатрии // *Вопросы современной педиатрии*. — 2012. — Т. 11. — № 6 — С. 5–10. [Mikirtichan GL, Kaurova TV, Ochkur OK. Compliancy as a medico-social and ethic problem of pediatrics. *Current pediatrics*. 2012;11(6):5–10. (In Russ).] doi: 10.15690/vsp.v11i6.485.
5. Конева Е.В., Солондаев В.К. Психологический анализ взаимодействия врач-пациент в педиатрии // *Медицинская психология в России: электронный научный журнал*. — 2013. — № 6. [Koneva EV, Solondaev VK. Psikhologicheskii analiz vzaimodeistviya vrach-patsient v pediatrii (Elektronnyi resurs). *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii: elektronnyi nauchnyi zhurnal*. 2013;(6). (In Russ).] Доступно по: https://mpj.ru/archiv_global/2013_6_23/nomer/nomer08.php. Ссылка активна на 16.07.2018.
6. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Patient-physician communication: a descriptive summary of the literature. *Patient Educ Couns*. 1988;12(2):99–119. doi: 10.1016/0738-3991(88)90057-2.
7. Каплунув К.О. Оптимизация отношений врача и родственников ребенка-пациента в клинике детских инфекций: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Волгоград; 2014. [Kaplunov KO. *Optimizatsiya otnoshenii vracha i rodstvennikov rebenka-patsienta v klinike detskikh infektsii*. [dissertation abstract] Volgograd; 2014. (In Russ).] Доступно по: http://www.volgmed.ru/uploads/dsovet/autoref/4-609-1419699173_kaplunov_kirill_olegovich.pdf. Ссылка активна на 14.09.2018.
8. Матвеева Н.Н. Особенности взаимоотношения врача и детей-пациентов // *Бюллетень медицинских интернет-конференций*. — 2014. — Т. 4. — № 5 — С. 685. [Matveeva NN. Osobennosti vzaimootnosheniya vracha i detei-patsientov. *Byulleten' meditsinskikh internet-konferentsii*. 2014;4(5):685. (In Russ).]
9. Сильверман Дж., Кёрц С., Дрейпер Дж. *Навыки общения с пациентами* / Пер. с англ. — М.: Гранат; 2018. — 304 с. [Silverman J, Kurz S, Draper J. *Navyki obshcheniya s patsientami*. Translated from English. Moscow: Granat; 2018. 304 p. (In Russ).]
10. *Навыки эффективного общения для оказания пациент-ориентированной медицинской помощи. Российский опыт симуляционных тренингов в сфере клинических навыков общения*. / Под ред. Н.А. Боттаева, К.А. Гориной, Д.М. Грибова, и др. — М.: РОСМЕД; 2018. [Navyki effektivnogo obshcheniya dlya okazaniya patsient-orientirovannoi meditsinskoi pomoshchi. Rossiiskii opyt simulyatsionnykh trenirovov v sfere klinicheskikh navykov obshcheniya. Ed by N.A. Bottaev, K.A. Gorina, D.M. Gribkov, et al. Moscow: ROSOMED; 2018. (In Russ).]
11. Брюнеткин В.Ю., Апенченко Ю.С., Седова А.А. Особенности взаимодействия врач-пациент в педиатрической практике. / 5-я международная научно-практическая и образовательная конференция «Медицинский дискурс: вопросы теории и практики»; Апрель 14, 2017; Тверь. — Тверь; 2017. — С. 24–27. [Bryunetkin VYu, Apenchenko YuS, Sedova AA. *Osobennosti vzaimodeistviya vrach-patsient v pediatricheskoi praktike*. (Conference proceedings) 5aya mezhduнародnaya nauchno-prakticheskaya i obrazovatel'naya konferentsiya «Meditsinskii diskurs: voprosy teorii i praktiki»; 2017 apr 14; Tver. Tver; 2017. pp. 24–27. (In Russ).]
12. Исаев Д.Н. *Психосоматическая медицина детского возраста*. — СПб.; 1996. — 453 с. [Isaev DN. *Psikhosomaticheskaya meditsina detskogo vozrasta*. St. Petersburg; 1996. 453 p. (In Russ).]
13. Гундобин Н.П. Особенности детского возраста. — СПб.: Практическая медицина, 1906. — 480 с. [Gundobin N.P. *Osobennosti detskogo vozrasta*. — SPb.: Prakticheskaya medicina, 1906. — 480 s. (In Russ).]
14. Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // *Вопросы психического здоровья детей и подростков*. — 2004. — Т. 4. — № 1 — С. 68–77. [El'konin DB. K probleme periodizatsii psikhicheskogo razvitiya v detskom vozraste. *Voprosy psikhicheskogo zdorov'ya detei i podrostkov*. 2004;4(1):68–77. (In Russ).]
15. *Психосоматика: телесность и культура*. / Под ред. В.В. Николаевой. — М.: Академический проект; 2009. — 310 с. [Psikhosomatika: telesnost' i kul'tura. Ed by VV. Nikolaeva. Moscow: Akademicheskii proekt; 2009. 311 p. (In Russ).]
16. Тхостов А.Ш., Арина Г.А. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни. В кн.: *Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психических и соматических заболеваниях*: сб. науч. тр. — Л.: ЛНИПИ; 1990. — С. 32–38. [Tkhostov ASH, Arina GA. *Teoreticheskie problemy issledovaniya vnutrennei kartiny bolezni*. In: *Psikhologicheskaya diagnostika otnosheniya k bolezni pri nervno-psikhicheskikh i somaticheskikh zabolevaniyakh*: paper collection. Leningrad: LNIPI; 1990. pp. 32–38. (In Russ).]
17. Николаева В.В., Арина Г.А. Тяжело больной ребенок: штрихи к психологическому портрету // *Школа здоровья*. — 1994. — Т. 2. — № 2 — С. 86. [Nikolaeva VV, Arina GA. Tyazhelo bol'noi rebenok: shtrikhi k psikhologicheskomu portretu. *Shkola zdorov'ya*. 1994;2(2):86. (In Russ).]
18. Elbers E, Maier R, Hoekstra T, Hoogsteder M. Internalization and adult-child interaction. *Learning and Instruction*. 1992;2(2): 101–118. doi: 10.1016/0959-4752(92)90026-i.
19. Данилов Д.С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // *Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика*. — 2014. — № 2 — С. 4–12. [Danilov DS. Therapeutic collaboration (compliance): content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014;(2):4–12. (In Russ).] doi: 10.14412/2074-2711-2014-2-4-12.
20. Абросимова М.Ю., Садыков М.М. Проблемы реализации принципа автономии пациента в амбулаторной педиатрической практике // *Вопросы современной педиатрии*. — 2007. — Т. 6. — № 4 — С. 7–10. [Abrosimova MYu, Sadykov MM. Realization issues of patient's autonomy principle in the outpatient pediatric practices. *Current pediatrics*. 2007;6(4):7–10. (In Russ).]
21. Martin R, Sanchez Bayle M. [El coleccion en nuestro medio: estudio de casos y controles en las consultas pediátricas de Atención Primaria. (In Spanish).] *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2017;(19):15–21.