

УДК 159.942:616-052

Вікторія КОРНІСНКО

доктор психологічних наук, професор,
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара
<https://orcid.org/0000-0001-9187-6734>
e-mail: viktorija_korn@ukr.net

Юлія НІКАНОРОВА

кандидат медичних наук, доцент,
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара
<https://orcid.org/0009-0005-3727-6398>
e-mail: y_nika@i.ua

ПРО ІНДИВІДУАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ ЧИННИКИ ФОРМУВАННЯ ВІДЧУТТЯ ДОВІРИ ДО ЛІКАРІВ У ХВОРИХ НА ХРОНІЧНІ СОМАТИЧНІ РОЗЛАДИ

Стаття присвячена вивченню відчуття довіри, що виступає важливим психологічним компонентом ефективного лікувального процесу, особливо для осіб із хронічними соматичними розладами, які потребують тривалої, систематичної та комплексної медичної допомоги. У таких пацієнтів медична взаємодія набуває особливого змісту, оскільки включає не тільки виконання рекомендацій, а й постійний емоційний контакт, відчуття безпеки та впевненості у компетентності спеціаліста. Це обумовлює необхідність розуміння індивідуально-психологічних чинників цього процесу, що сприятиме розробці ефективних моделей психологічного супроводу пацієнтів.

Мета дослідження полягає у теоретичному обґрунтуванні індивідуально-психологічних чинників формування відчуття довіри до лікарів та експериментальному дослідженню їхнього впливу на рівень довіри у пацієнтів із хронічними соматичними розладами. Для проведення дослідження було застосовано такі методики: Шкала самооцінки М. Розенберга; Тест-опитувальник локусу контролю Дж. Роттера; Опитувальник міжособистісної довіри Д. Ремпела та Дж. Холмса; Методика оцінки надійності та компетентності лікаря (Р. Масра та К. Девіса); ТІРІ - Big Five у скороченій версії С. Гослінга).

За результатами дослідження припущення про те, що розвиток довіри в системі «лікар-пацієнт» зумовлюється комплексом психологічних умов (довіра до себе, готовність до ризику, ефективність стратегії самопрезентації в спілкуванні) було підтверджено.

Встановлено, що довіра до лікаря не є випадковим або епізодичним явищем, а формується під впливом комплексу емоційних, когнітивних і особистісних характеристик пацієнта. Отримані результати узгоджуються із сучасними уявленнями про значення психологічних чинників у системі «лікар-пацієнт» і створюють підґрунтя для розробки цілеспрямованих інтервенцій, спрямованих на підвищення ефективності терапевтичної взаємодії.

Ключові слова: відчуття довіри до лікарів; лікувальний процес; хронічні соматичні розлади; індивідуально-психологічні чинники; міжособистісне спілкування.

Viktoriia KORNIENKO, Yuliia NIKANOROVA

Oles Honchar Dnipro National University

ON INDIVIDUAL PSYCHOLOGICAL FACTORS OF FORMATION OF TRUST IN DOCTORS IN PATIENTS WITH CHRONIC SOMATIC DISORDERS

The article is devoted to the study of trust as an important psychological component of effective therapeutic interaction between a doctor and a patient, especially in the context of chronic somatic disorders that require long-term treatment and systematic medical support. Trust in medical professionals influences treatment adherence, emotional well-being, readiness for cooperation, and the overall effectiveness of medical care. The formation of trust depends not only on the professional competence of a physician but also on the individual psychological characteristics of patients, including emotional stability, self-esteem, interpersonal trust, locus of control, communicative competence, and previous medical experience.

The purpose of the study was to theoretically substantiate the individual psychological factors influencing the formation of trust in doctors and to empirically investigate their impact on the level of trust among patients with chronic somatic disorders. The following psychodiagnostic methods were applied in the research: Rosenberg Self-Esteem Scale, Rotter's Locus of Control Questionnaire, Rempel and Holmes Interpersonal Trust Questionnaire, Mayer and Davis Physician Reliability and Competence Assessment Methodology, and the short version of the TIPI Big Five Inventory developed by S. Gosling.

The results of the study demonstrated that trust in doctors is a multidimensional psychological construct formed under the influence of emotional, cognitive, and personality-related factors. Higher levels of self-esteem, interpersonal trust, emotional stability, and internal locus of control contribute to the development of stronger therapeutic interaction and greater readiness for cooperation with physicians. Increased anxiety and negative previous medical experience reduce the level of trust and complicate communication with medical professionals. The findings also confirmed the importance of empathy, openness, emotional support, and effective communication in strengthening trust within the doctor-patient system.

The obtained results may be used in the development of psychological support programs and communication strategies aimed at improving the effectiveness of medical and psychological care for patients with chronic somatic disorders.

Keywords: trust in doctors; chronic somatic disorders; therapeutic interaction; interpersonal trust; psychological factors.

<https://doi.org/10.31891/PT-2026-2-25>

Стаття надійшла до редакції / Received 11.04.2026

Прийнята до друку / Accepted 12.05.2026

Опубліковано / Published 28.05.2026



This is an Open Access article distributed under the terms of the [Creative Commons CC-BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

© Вікторія КОРНІЄНКО, Юлія НІКАНОРОВА

Постановка проблеми у загальному вигляді

та її зв'язок із важливими науковими чи практичними завданнями

Аналіз наукових джерел дозволяє визначити довіру як багатовимірну психологічну конструкцію, яка виконує функцію

регуляції взаємин у ситуаціях залежності, невизначеності та ризику, що знайшло відображення у низці наукових робіт Дж. Роттера, М. Дойча, Р. Майєра, К. Девіса та Ф. Шормана, К. Роджерса, Н. Лумана та ін. [9; 12; 15; 16]. У сфері медицини вона стає ключовою умовою ефективної комунікації, успішного лікування й формування позитивного досвіду пацієнта.

В Україні такі науковці як С. Максименко, Я. Руденко, А. Кушнерова, В. Невмержицький та ін. розглядали психологічний зміст довіри як фундамент терапевтичної взаємодії. Автори наголошують, що довіра виникає тоді, коли пацієнт переконується у компетентності лікаря та відчуває щирість і повагу у спілкуванні. Узагальнюючи внесок українських дослідників, можна зазначити, що їхні праці сформуvalи багатовимірне розуміння феномена довіри у взаємодії «лікар-пацієнт» та зазначають, що довіра є не лише емоційним переживанням, а й необхідною професійно-комунікативною компетенцією медичного фахівця. Дослідження свідчать, що емпатія, толерантність, етичність та послідовність поведінки лікаря суттєво підвищують готовність пацієнта до співпраці та полегшують перебіг терапії. Важливою особливістю українських наукових досліджень є інтеграція індивідуально-психологічних і соціально-інституційних чинників, які впливають на становлення довірливих відносин. Отже, наукові праці українських психологів створюють цілісну концепцію довіри як психологічного ресурсу медичної допомоги та підґрунтя ефективного терапевтичного альянсу [3].

Таким чином, комплексний аналіз психологічних наукових розробок до розуміння феномена довіри та специфіки її формування у взаємодії «лікар-пацієнт», говорить, що довіра є багатовимірним утворенням, яке охоплює емоційні, когнітивні й поведінкові аспекти та визначає якість медичної комунікації. Однак, спеціальних досліджень, щодо виявів та чинників формування феномена довіри та специфіки її формування у хворих на хронічні соматичні розлади, на теперішній час край замало.

Формулювання цілей статті

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати індивідуально-психологічні чинники формування відчуття довіри до лікарів та експериментально дослідити їхній вплив на рівень довіри у пацієнтів із хронічними соматичними розладами.

Виклад основного матеріалу

У сучасній медичній психології довіра до медичного персоналу розглядається як ключовий чинник ефективності лікувального процесу,

особливо у взаємодії з пацієнтами, які хворіють на хронічні соматичні захворювання, у вигляді реакції на стрес, що супроводжується патологічними змінами в різних органах і системах. Індивідуально-психологічні характеристики хворих на соматичні (включаючи психосоматичні та соматоформні) розлади визначаються складним взаємозв'язком між емоційними переживаннями, особливостями характеру та фізичними симптомами. Тому, формування довіри не є одномоментним явищем – воно ґрунтується на поєднанні індивідуально-психологічних характеристик пацієнта, його життєвого досвіду, особливостей емоційної сфери та ставлення до хвороби. Дорослі пацієнти з хронічними соматичними розладами часто демонструють підвищену чутливість до поведінки медичного працівника, оскільки відчуття залежності від професійної допомоги підсилює потребу у безпеці та підтримці. Важливим чинником постає рівень загальної довірливості як стабільної риси особистості, що визначає схильність людини до відкритої співпраці з іншими. Також значущими є самооцінка та відчуття контролю над власним станом: пацієнти з високим рівнем саморегуляції краще сприймають рекомендації лікаря.

Емоційний стан хворого на хронічну соматичну патологію може як посилювати довіру, так і перешкоджати їй, викликаючи сумніви щодо компетентності медичного працівника. Так соціальний досвід пацієнта, попередні взаємодії з медичною системою та культурні уявлення про роль лікаря, також суттєво впливають на формування довірливих відносин. Значення мають і когнітивні очікування – тобто уявлення пацієнта про те, яким має бути «хороший» лікар та як відбувається якісне лікування. Сукупність цих психологічних чинників визначає індивідуальну схему сприйняття медичного працівника та готовність пацієнта співпрацювати у терапевтичному процесі. Таким чином, розуміння індивідуально-психологічних детермінант довіри є важливою умовою оптимізації медичної взаємодії та підвищення ефективності лікування.

У дослідженнях значної кількості науковців, загальна довірливість розглядається як базова особистісна схильність покладатися на інших у ситуаціях невизначеності. Зокрема J. Rotter (1967, 1980) наголошував, що міжособистісна довіра відображає очікування доброзичливості та чесності іншої людини, що зумовлює готовність до співпраці. Пацієнти з високим рівнем довірливості менше сумніваються в компетентності лікаря та не так часто вдаються до пошуку альтернативних джерел інформації. Натомість низька довірливість часто призводить до критичності, обережності та

схильності сумніватися у кожній дії медичного працівника. В умовах хронічної хвороби така риса може як підвищувати адаптацію, так і ускладнювати лікування [17; 18].

У працях української дослідниці В. Корнієнко (2021, 2022, 2025) визначено взаємовплив депресивних захворювань та довіри до лікаря, що є не лише наслідком реабілітаційного потенціалу, а й ресурсом який його підсилює [1; 2].

Погоджуємося з науковцем N. Luhmann (1988), який розглядав довіру у вигляді чинника зменшення складності соціального світу, тому її дефіцит робить будь-яку взаємодію енергозатратною. Пацієнти з низьким рівнем базової довіри часто демонструють уникнення, надмірний контроль та емоційну напругу під час контакту з лікарем, що у свою чергу створює додаткове навантаження на клінічну взаємодію. Висока ж довірливість сприяє виникненню відчуття безпеки та підтримує мотивацію до лікування. Таким чином, базова довірливість є системоутворювальним чинником у формуванні терапевтичного альянсу [12; 13].

Доведено, що рівень самооцінки безпосередньо впливає на поведінку пацієнта в ситуації хвороби. Так А. Бандура (1997) у своїй соціально-когнітивній теорії розглядав самоефективність, як довіру у власні можливості, яка підсилює здатність долати труднощі, виконувати рекомендації та підтримувати саморегуляцію. Згідно цієї ідеї, пацієнти з адекватною самооцінкою краще співпрацюють із медичним персоналом, точніше дотримуються призначень і не так часто демонструють дезорганізовану поведінку. Натомість занижена самооцінка часто супроводжується сумнівами, страхами, потребою в надмірному контролі або постійному підтвердженні правильності дій лікаря, що може знижувати рівень довіри та спотворювати сприйняття інформації.

Доведено, що хронічні соматичні захворювання часто супроводжуються тривалими емоційними порушеннями, які безпосередньо впливають на здатність довіряти. Так, аналіз наукових розробок Р. Henningsen (2018) доводить, що пацієнти з підвищеною тривожністю мають тенденцію сприймати інформацію вибірково, наголошуючи на загрозливих аспектах лікування. Такий емоційний фон може спричиняти недовіру до рекомендацій лікаря, навіть якщо вони є обґрунтованими та послідовними. Депресивний стан, у свою чергу, знижує рівень мотивації та здатність включатися у співпрацю. Пацієнти часто відчують байдужість або безнадійність, що ускладнює формування терапевтичного альянсу. Хронічний стрес підсилює фізичне виснаження та сприяє емоційному відстороненню. Нестійкий

емоційний стан також може створювати труднощі у сприйнятті компетентності лікаря. Таким чином, науковець підкреслював, що якість комунікації лікаря є критично важливою для стабілізації емоцій пацієнта, де емоційні чинники не тільки впливають на довіру, а й визначають рівень включеності пацієнта у лікувальний процес [11].

На думку науковців (F. Chipidza, R. Wallwork, T. Stern, 2015), попередній досвід часто стає основним джерелом очікувань та уявлень про якість медичної допомоги. Так, якщо пацієнт мав позитивний досвід, його рівень довіри до нового лікаря буде значно вищим, ніж у тих, хто зіштовхувався з некомпетентністю чи байдужою поведінкою. F. Chipidza та інші дослідники встановили, що негативний досвід є сильним предиктором недовіри, що зберігається навіть у разі високої професійності нового лікаря. Пацієнт переносить старі емоційні патерни на нову взаємодію, що може викликати упередженість та недовіру. Крім того, досвід отриманих діагнозів, помилок або недостатнього інформування лікаря формує тривалий страх та обережність. Водночас якісна комунікація лікаря допомагає компенсувати наслідки негативного минулого досвіду. Пацієнти з позитивною історією лікування почуваються впевненіше, відкриті до взаємодії та легше приймають рішення. F. Chipidza наголошує, що довіра швидше згасає, ніж формується, а її відновлення є досить складним процесом [8]. Таким чином, попередній медичний досвід є одним із найпотужніших чинників у формуванні довіри.

Дослідник M. Deutsch (1958) визначив, що когнітивні очікування – це індивідуальні уявлення про те, яким повинен бути лікар та як має виглядати якісне лікування. Він зазначив, що довіра залежить від того, наскільки інша людина відповідає нашим очікуванням у ситуаціях взаємної залежності [4]. Пацієнти часто мають сформовані уявлення про ідеального лікаря: уважного, компетентного, емпатійного. Якщо лікар не відповідає цим очікуванням, довіра може знижуватися незалежно від реальної якості допомоги. У клінічній взаємодії когнітивні схеми визначають інтерпретацію поведінки лікаря: наприклад, коротке пояснення може сприйматися як байдужість. У деяких пацієнтів нереалістичні очікування формують підвищену вимогливість і швидке розчарування. M. Deutsch підкреслював, що очікування є структурним елементом довіри, оскільки вони задають умови для інтерпретації дій іншої людини. Важливим є ще й те, що очікування можуть бути змінені через комунікацію і пацієнти, які отримують зрозумілі пояснення, краще адаптують свої уявлення щодо лікування. Когнітивні чинники, таким чином, формують фундамент для довірливих взаємин [5].

У своїх наукових дослідженнях М. Foucault (1973), наголошував, що медична влада має історичне та соціальне підґрунтя, а ставлення до лікаря часто спирається на культурні моделі. Це вказує, що соціокультурний контекст значною мірою визначає те, як пацієнт сприймає медичний авторитет та медичну систему загалом. Так, у суспільствах із високою повагою до медичного авторитету пацієнти схильні довіряти лікарям, навіть не ставлячи уточнюючих запитань. Водночас у культурах з акцентом на автономію пацієнта довіра формується через партнерські відносини й активне залучення хворого до прийняття рішень. А такі соціальні стереотипи (наприклад, «лікар завжди правий» або навпаки – «лікарі не зацікавлені у пацієнті») суттєво впливають на первинне ставлення до медичного персоналу. М. Foucault робив акцент на тому, що медична взаємодія завжди включає елемент влади, який може як підтримувати довіру, так і руйнувати її. Пацієнти часто інтерпретують дії лікаря крізь призму культурних уявлень, а не лише медичних фактів. Соціальні установки можуть бути стійкими і мало залежати від реального досвіду. Таким чином, культурний контекст формує своєрідну рамку, у межах якої виникає або не виникає довіра [9].

Дослідження N. Malyk, O. Karaia, B. Löwe et al. (2021) вказують на те, що пацієнти з розвиненими навичками комунікації мають вищий рівень задоволеності лікуванням і вищий рівень довіри до лікаря. Комунікативні здібності визначають згідно того, наскільки успішно пацієнт може взаємодіяти з медичним працівником, ставити запитання, уточнювати інформацію та висловлювати власні переживання. Отже, комунікативна компетентність пацієнта є не менш важливою, ніж компетентність лікаря, оскільки саме вона забезпечує двосторонній характер взаємодії [12; 15].

Таким чином, індивідуально-психологічні чинники виступають ключовими детермінантами формування довіри пацієнтів до медичного персоналу, визначаючи якість терапевтичної взаємодії та ефективність лікувального процесу. Їхній вплив проявляється як у сфері емоційної регуляції пацієнта, так і в когнітивних оцінках компетентності лікаря та безпечності медичного середовища. Сукупність рис особистості, попереднього досвіду, соціальних установок і стилів копінгу формує унікальний профіль реагування на хворобу та визначає, наскільки пацієнт здатен відкрито та довірливо співпрацювати з лікарем. Усвідомлення цих чинників є необхідною умовою побудови ефективної комунікації та розвитку партнерських стосунків у системі охорони здоров'я. Це, у свою чергу, створює підґрунтя для підвищення

прихильності до лікування, покращення психологічного добробуту пацієнта та оптимізації результатів медичної допомоги.

Емпіричне дослідження особливостей формування довіри до лікарів у пацієнтів із хронічними соматичними розладами було спрямоване на вивчення індивідуально-психологічних чинників формування довіри до лікарів у пацієнтів із хронічними соматичними розладами. У дослідженні взяли участь 90 респондентів із хронічними соматичними захворюваннями. Для реалізації поставленої мети було використано комплекс психодіагностичних методик, зокрема: Шкалу самооцінки М. Розенберга, Тест-опитувальник локусу контролю Дж. Роттера, Опитувальник міжособистісної довіри Д. Ремпела та Дж. Холмса, Методики оцінки надійності та компетентності лікаря Р. Маєра та К. Девіса, а також ТІРІ – Big Five у скороченій версії С. Гослінга. Отримані результати дали змогу визначити психологічні чинники, що впливають на рівень довіри пацієнтів до медичних фахівців. Для перевірки статистичної значущості взаємозв'язків між показниками використовувався кореляційний аналіз за критерієм Пірсона.

Результати емпіричного дослідження дали змогу комплексно оцінити рівень довіри пацієнтів до лікарів та визначити індивідуально-психологічні чинники, які істотно впливають на її формування. Аналіз показників самооцінки виявив переважання середнього її рівня (50,0%), тоді як низьку самооцінку мали 26,7% пацієнтів, що супроводжується підвищеною емоційною чутливістю й схильністю до недовіри у медичних ситуаціях. Високий рівень самооцінки (23,3%) асоціювався з більшою автономністю та готовністю до партнерської взаємодії. Було виявлено позитивний кореляційний зв'язок між рівнем самооцінки та довірою до медичних фахівців ($r = 0,36$; $p \leq 0,05$), що свідчить про важливість позитивного ставлення особистості до себе у формуванні терапевтичної взаємодії. Показники тривожності засвідчили, що понад половина вибірки перебуває на середньому рівні, однак близько третини респондентів демонструють високі значення, що знижують здатність до конструктивної комунікації з лікарем. Встановлено значущий негативний зв'язок між тривожністю та довірою до лікаря ($r = -0,42$; $p \leq 0,05$).

Дані щодо локусу контролю показали, що 30,0 % пацієнтів мають внутрішню орієнтацію, яка сприяє вищому рівню відповідальності та стійкішій довірі до лікаря. Натомість зовнішній локус (27,8%) пов'язаний із залежністю від зовнішніх обставин і меншою впевненістю у професіоналізмі медичного фахівця. Також було встановлено позитивний зв'язок між внутрішнім локусом контролю та

рівнем довіри до лікаря ($r = 0,33$; $p \leq 0,05$). Показники міжособистісної довіри розподілилися таким чином: 23,3% – низький рівень, 51,1% – середній, 25,6% – високий, що підтверджує її ключову роль у загальній готовності до прийняття медичної допомоги. Оцінювання професійної компетентності лікаря виявило, що 52,2% пацієнтів демонструють середній рівень довіри, тоді як 27,8% – високий, що є важливим ресурсом формування прихильності до лікування.

Особистісний профіль за ТІРІ характеризується високою доброзичливістю (4,8 бала) та сумлінністю (4,5 бала), що полегшує комунікацію, проте низька емоційна стабільність (3,2 бала) створює ризики нестійкого ставлення до лікувального процесу. Емпіричне дослідження підтвердило, що довіра до лікаря зростає за умов позитивного попереднього досвіду взаємодії, високої емоційної стабільності, позитивної самооцінки та внутрішнього контролю. Найсильніший вплив було зафіксовано з боку міжособистісної довірливості ($r = 0,51$; $p \leq 0,01$) та тривожності ($r = -0,42$; $p \leq 0,05$), які виступають базовими регуляторами терапевтичної взаємодії.

Висновки з даного дослідження і перспективи подальших розвідок у даному напрямі

Отримані результати свідчать про те, що формування довіри до лікаря у пацієнтів із хронічними соматичними розладами має комплексний та багаторівневий характер. Встановлено, що емоційна стабільність, позитивна самооцінка та внутрішній локус контролю сприяють формуванню більш конструктивної взаємодії з медичним персоналом, підвищують готовність пацієнтів до співпраці та прийняття медичних рекомендацій. Натомість високий рівень тривожності, емоційна нестабільність і зовнішня орієнтація локусу контролю можуть ускладнювати терапевтичну взаємодію, формувати недовіру до професійної компетентності лікаря та посилювати потребу в додатковому емоційному підтвердженні безпечності лікування. Важливим результатом дослідження стало підтвердження значущої ролі міжособистісної довіри як базової психологічної характеристики, що визначає загальну готовність пацієнта до відкритої комунікації та партнерської взаємодії у системі «лікар-пацієнт». Було запропоновано рекомендації щодо підвищення рівня довіри до лікарів у пацієнтів із хронічними соматичними розладами та оптимізації медико-психологічної взаємодії, які полягали у застосуванні емпатійної та відкритої комунікації, для отримання пацієнтами відчуття підтримки й безпеки у взаємодії з лікарем. В основу рекомендацій покладено використання лікарями більш простих і зрозумілих для пацієнта

термінів, що зменшуватиме тривожність і посилюватиме відчуття контролюваності ситуації. Доцільно забезпечувати послідовність та прогнозованість дій лікаря, оскільки це формує відчуття стабільності й довірливості. Важливим є залучення пацієнта до обговорення варіантів лікування, щоб він відчував свою включеність та відповідальність за процес. Рекомендується використовувати техніки активного слухання, які сприяють поглибленню терапевтичного контакту та зменшують ризик непорозумінь. Варто надавати пацієнтам позитивний зворотний зв'язок, що підтримує їхню самооцінку та мотивацію до співпраці. Доцільно враховувати індивідуальний рівень емоційної стабільності та адаптувати стиль спілкування відповідно до потреб пацієнта. Застосування цих рекомендацій сприятиме підвищенню рівня довіри до лікаря та покращенню ефективності медико-психологічної взаємодії в цілому.

Література

1. Корнієнко В.В. Роль психологічних ресурсів розвитку особистості у збереженні психологічного благополуччя в умовах хвороби. *Journal of psychology research*, Volume 31(14) ПОРОГИ – Д. 2025. С. 201-217.
2. Корнієнко В.В. Соціально-психологічні засади збереження та розвитку реабілітаційного потенціалу особистості: [монографія]. К. :ПВТТ «LAT&K», 2021. 539 с.
3. Максименко С. Д. Генезис здійснення особистості. Київ : КММ, 2006. 240 с.
4. Максименко С. Д., Руденко Я. В., Кушнерова А. М., Невмержицький В. М. *Психічне здоров'я особистості* : підруч. для вищ. навч. закл. Київ : Людмила, 2021. 438 с.
5. Deutsch, M. (1958). Trust and suspicion. *Journal of Conflict Resolution*, 2(4), 265-279.
6. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215.
7. Bandura A. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York : Freeman. 1997. 604 p.
8. Chipidza, F. E., Wallwork, R., & Stern, T. A. (2015). The impact of the doctor–patient relationship on adherence, mental health, and quality of care. *BMC Family Practice*, 16(1), 130. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-16-130>
9. Foucault, M. (1973). The birth of the clinic: An archaeology of medical perception. *Pantheon Books*. P. 215.

https://monoskop.org/images/9/92/Foucault_Michel_The_Birth_of_the_Clinic_1976.pdf

10. Hardin, R. (2002). Trust and trustworthiness. Russell Sage Foundation.
11. Henningsen, P. (2018). Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 23-36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016045>
12. Löwe, B., et al. (2021). Somatic symptom disorder: A scoping review on the prevalence, comorbidity, and burden. *Journal of Psychosomatic Research*, 148, 110561. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110561>
13. Luhmann, N. (1979). Trust and power. Wiley. https://books.google.com.ua/books/about/Trust_and_Power.html?id=WZu4AAAAIAAJ&redir_esc=y
14. Luhmann, N. (1988). Familiarity, confidence, trust: Problems and alternatives. In D. Gambetta (Ed.), Trust : Making and breaking cooperative relations (pp. 94-107). Basil Blackwell.
15. Malyk, N., & Karaia, O. (2021). Psychological aspects of the family physician–patient relationship. In Proceedings of the International Scientific Conference (pp. 103-107). <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/28398/2>
16. Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95-103.
17. Rogers, C. R. (1961). On becoming a person. Houghton Mifflin. P. 440. https://www.academia.edu/20184763/Rogers_Carl_1961_On_Becoming_a_Person
18. Rotter, J. B. (1967). A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality*, 35(4), 651-665.
19. Rotter, J. B. (1980). Interpersonal trust, trustworthiness, and gullibility. *American Psychologist*, 35(1), 1-7.

References

1. Korniienko, V. V. (2025). Rol psykholohichnykh resursiv rozvytku osobystosti u zberezhenni psykholohichnoho blahopoluchchia v umovakh khvoroby [The role of psychological resources of personality development in maintaining psychological well-being in conditions of illness]. *Journal of Psychology Research*, 31(14), 201–217.
2. Korniienko, V. V. (2021). *Sotsialno-psykholohichni zasady zberezhenia ta rozvytku reabilitatsiinoho potentsialu osobystosti* [Socio-psychological principles of preservation and development of the rehabilitation potential of personality]. Kyiv: LAT&K.
3. Maksymenko, S. D. (2006). *Henezys zdiisnennia osobystosti* [Genesis of personality realization]. Kyiv: KMM.

4. Maksymenko, S. D., Rudenko, Ya. V., Kushnierova, A. M., & Nevmerzhytskyi, V. M. (2021). *Psykhichne zdorovia osobystosti* [Mental health of personality]. Kyiv: Liudmyla.
5. Deutsch, M. (1958). Trust and suspicion. *Journal of Conflict Resolution*, 2(4), 265–279.
6. Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191–215.
7. Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
8. Chipidza, F. E., Wallwork, R., & Stern, T. A. (2015). The impact of the doctor–patient relationship on adherence, mental health, and quality of care. *BMC Family Practice*, 16(1), 130. <https://doi.org/10.1186/1471-2296-16-130>
9. Foucault, M. (1973). *The birth of the clinic: An archaeology of medical perception*. New York: Pantheon Books.
10. Hardin, R. (2002). *Trust and trustworthiness*. New York: Russell Sage Foundation.
11. Henningsen, P. (2018). Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 20(1), 23–36. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6016045>
12. Löwe, B., et al. (2021). Somatic symptom disorder: A scoping review on the prevalence, comorbidity, and burden. *Journal of Psychosomatic Research*, 148, 110561. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110561>
13. Luhmann, N. (1979). *Trust and power*. Chichester: Wiley.
14. Luhmann, N. (1988). Familiarity, confidence, trust: Problems and alternatives. In D. Gambetta (Ed.), *Trust: Making and breaking cooperative relations* (pp. 94–107). Oxford: Basil Blackwell.
15. Malyk, N., & Karaia, O. (2021). Psychological aspects of the family physician–patient relationship. In *Proceedings of the International Scientific Conference* (pp. 103–107). <https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/28398/2>
16. Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21(2), 95–103.
17. Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
18. Rotter, J. B. (1967). A new scale for the measurement of interpersonal trust. *Journal of Personality*, 35(4), 651–665.
19. Rotter, J. B. (1980). Interpersonal trust, trustworthiness, and gullibility. *American Psychologist*, 35(1), 1–7.