

# МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА

Н. В. ЗОЛотова, В. В. СТРЕЛЬЦОВ, Г. В. БАРАНОВА, Н. Ю. ХАРИТОНОВА, А. А. АХТЯМОВА, Т. Р. БАГДАСАРЯН

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», Москва, Россия

Рассмотрены актуальные вопросы психологической реабилитации больных туберкулезом легких, и обобщен практический опыт авторов в создании психологической службы во фтизиатрической клинике. Представленная модель психологической реабилитации включает дифференцированное использование определенных видов психологической помощи на различных этапах химиотерапии. В разработанном подходе учитываются особенности организации лечебного процесса во фтизиатрии, а также выявленные в результате клинико-психологических исследований специфические особенности реагирования и интерперсональных отношений больных туберкулезом легких.

*Ключевые слова:* туберкулез легких, психологическая реабилитация, патогенетическое психологическое воздействие

**Для цитирования:** Золотова Н. В., Стрельцов В. В., Баранова Г. В., Харитонова Н. Ю., Ахтямова А. А., Багдасарян Т. Р. Модель психологической реабилитации больных туберкулезом легких в условиях стационара // Туберкулез и болезни лёгких. – 2018. – Т. 96, № 4. – С. 12-19. DOI: 10.21292/2075-1230-2018-96-4-12-19

## PSYCHOLOGICAL REHABILITATION MODEL OF PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS IN IN-PATIENT DEPARTMENT

N. V. ZOLOTOVA, V. V. STRELTSOV, G. V. BARANOVA, N. YU. KHARITONOVA, A. A. AKHTYAMOVA, T. R. BAGDASARYAN

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, Russia

The article describes the issues of psychological rehabilitation of pulmonary tuberculosis patients and summarizes the practical experience of authors in the establishment of psychological support services in a TB clinic. The presented model of psychological rehabilitation includes the differential use of certain types of psychological care at the various stages of chemotherapy. The elaborated approach incorporates specific features of tuberculosis treatment as well as the specific response of tuberculosis patients and their personal communication detected through clinical and psychological tests.

*Key words:* pulmonary tuberculosis, psychological rehabilitation, pathogenic psychological impact

**For citations:** Zolotova N.V., Streltsov V.V., Baranova G.V., Kharitonova N.Yu., Akhtyamova A.A., Bagdasaryan T.R. Psychological rehabilitation model of pulmonary tuberculosis patients in in-patient department. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2018, Vol. 96, no. 4, P. 12-19. (In Russ.) DOI: 10.21292/2075-1230-2018-96-4-12-19

Как известно, неотъемлемой составляющей реабилитационных мероприятий является психологическая и социальная помощь пациентам, необходимая не только для коррекции имеющихся у больных нарушений, но и для улучшения результатов фармакотерапии. В последние годы подобный подход становится востребованным и в области фтизиатрии. Специалисты признают важность совокупной оценки «пациент-зависимых» факторов в процессе комплексного лечения и обосновывают необходимость внедрения в лечебную практику психологического сопровождения противотуберкулезной терапии [4, 7, 8, 13, 14, 30].

Современные программы психосоциальной поддержки больных туберкулезом легких в основном ориентированы на предоставление пациентам социально-экономической помощи в период лечения [25]. К сожалению, психологические мероприятия в противотуберкулезных учреждениях нашей страны реализуются пока в очень ограниченном объеме [34]. Одной из причин подобной ситуации является отсутствие разработанных подходов к оказанию психологической помощи больным туберкулезом легких и ее конкретных моделей. Существующие базовые представления о психоло-

гической реабилитации включают необходимость создания своих реабилитационных программ для каждого профиля патологии, что предполагает, в частности, разработку специфических психотерапевтических мишеней с учетом психологических характеристик пациентов, а также особенностей терапии заболевания. В области фтизиатрии подобных клинико-психологических исследований пока явно недостаточно. В связи с вышесказанным актуальным является освещение опыта научно-практической работы группы по изучению психологических проблем туберкулеза в Центральном НИИ туберкулеза.

Деятельность академической психологической группы, созданной по решению Президиума РАМН, была организована на базе Центрального НИИ туберкулеза в 2005 г.

Вопрос о психосоматических связях при данном заболевании являлся предметом научной дискуссии еще с начала XIX в. [35]. В частности, французский клиницист R. Laennec отмечал влияние на развитие легочной фтизы психотравмирующих переживаний, среди которых особенно выделял глубокие и длительные состояния психического напряжения и конфликты [15]. В последующие годы на основе

эмпирических наблюдений многих клиницистов оформилась теория «туберкулезного характера», в соответствии с которой больные в преморбидном периоде отличаются повышенной ранимостью в сфере межличностных отношений, двойственностью побуждений, неустойчивой самооценкой, ярко выраженным эгоцентризмом и т. п. [1, 23, 33]. Соответственно, психологическая помощь фтизиатрическим пациентам начинает рассматриваться в качестве важнейшего терапевтического фактора [16, 23]. Признанием роли психологических факторов терапии туберкулеза, даже с началом «эры антибиотиков», отличались и зарубежные фтизиатры. Так, по данным голландского клинициста Bronkhorst (1950), при сильной привязанности пациента к врачу и интенсивном индивидуальном врачебном ведении более чем у половины больных наступало спонтанное закрытие каверн [15]. В связи с этим большое распространение получило высказывание о том, что затронутость легких поддается излечению лишь тогда, когда затягиваются эмоциональные раны пациента [15].

Наряду с вышеуказанным феноменологически-описательным направлением, с конца XIX в. в клинике туберкулеза получают развитие и научно-ориентированные исследования, проводимые в рамках неврогенной концепции отечественной медицины. Научные работы в данном направлении были в основном сконцентрированы на общих вопросах морфологических изменений нервной системы при туберкулезе [29]. Позже развивается система представлений об этиологическом значении напряжения нервной системы в развитии и течении туберкулеза легких. В частности, в ранних работах В. Г. Штефко указывалось на наличие наиболее выраженных изменений у лиц с умственным переутомлением, усиленной нервной деятельностью в анамнезе [32]. В 30-40-е гг. XX в. с позиций неврогенной теории соматических нарушений в отечественной фтизиатрии оформляется представление о туберкулезе легких как сложном виде кортиковисцеральной патологии, опосредованной условно-рефлекторными механизмами [5, 6, 18, 28].

В 50-60-е гг. XX в. в числе других факторов, определяющих патогенез и течение заболевания, исследователи подчеркивали значение кортикальных механизмов, в частности доминантных психоэмоциональных состояний, способных изменять не только внутренние физиологические процессы, но и реакцию организма на туберкулезную инфекцию [19, 27].

Новый уровень современных знаний в области биомедицинских наук, в частности успехи и достижения в изучении нейроиммуноэндокринологии стресса [10, 26], позволяют глубже понять, что физическое и психическое здоровье индивидуума определяется сложной системой биологических, социальных и психологических факторов. В частности, вопрос о психологических механизмах этиологии и

патогенеза заболевания обозначается как один из основополагающих в любой реабилитационной программе [24]. Не исключением для рассмотрения с подобных междисциплинарных позиций является сегодня и туберкулез легких, обозначаемый отечественными специалистами как мультисистемное заболевание [11]. С практической точки зрения анализ сложных психосоматических компонентов данного заболевания имеет немаловажное значение в комплексном лечении больных туберкулезом легких [12].

Учитывая вышесказанное, на первом этапе научной деятельности психологической службы Центрального НИИ туберкулеза проводилось изучение преморбидных факторов формирования пролонгированной психоэмоциональной напряженности, которая опосредованно, через систему нейроиммуноэндокринных нарушений, снижает адаптационные ресурсы организма, создавая предпосылки для развития инфекционного заболевания. По итогам проведенных исследований (2006-2011 гг.) установлено, что 90% пациентов до обнаружения заболевания испытывали выраженную стрессовую нагрузку, связанную с различными психотравмирующими ситуациями. При этом стрессогенные события в сфере семейных и межличностных отношений выявлялись у 60% пациентов, в профессиональной сфере – у 40% пациентов. В 35% случаях стрессовые воздействия относились к нескольким жизненным сферам. Важно отметить, что острый или однократный характер травматизации регистрировался лишь у 15% пациентов. В остальных случаях стрессогенные переживания носили хронический характер в сфере повседневного бытового и социального взаимодействия (так называемый «стресс обыденной жизни») и были обусловлены дисфункциональными когнитивными установками, стереотипами эмоционального реагирования и поведенческими паттернами личности.

На фоне стационарного лечения указанные психологические особенности пациентов нередко становятся причиной межличностных конфликтов (с лечащим врачом и персоналом, другими пациентами), повышают общую стрессовую нагрузку и уровень негативных эмоциональных переживаний, в конечном итоге неблагоприятно отражаясь на динамике туберкулезного процесса. Полученные в исследованиях эмпирические данные позволили объективизировать наличие специфических «проблемных зон» у больных туберкулезом легких, сформированных до момента заболевания. Учитывая также психотравмирующий характер самой ситуации заболевания туберкулезом легких, охватывающей важнейшие жизненные отношения человека, в разрабатываемой реабилитационной программе были выделены два важнейших блока задач, которые отражают *симптоматический и патогенетический аспекты психологического воздействия*.

*Симптоматическое психологическое воздействие* имеет приоритетное значение на начальных этапах

химиотерапии в стационаре. Указанное воздействие обусловлено особенностями актуального психического состояния пациента в кризисной ситуации заболевания, условиях адаптации к новой жизненной ситуации в связи с лечением. Госпитализация и серьезные ограничения потребностей в условиях стационара, субъективное ощущение витальной угрозы и перспектива длительной терапии, резкое нарушение жизненных планов и общая неопределенность переживаются как тяжелый стресс, резко снижающий качество жизни и обуславливающий риск развития аффективных расстройств. Симптомы психологического неблагополучия пациентов проявляются в тревожно-депрессивных переживаниях (вплоть до суицидальных тенденций), фобических нарушениях, навязчивых мыслях, аффективной дезорганизации, ипохондрических проявлениях, сензитивности и т. п. Интенсивность подобного состояния значительно усиливается при появлении побочных эффектов противотуберкулезных препаратов, что, в свою очередь, ухудшает их индивидуальную переносимость. К комплексу серьезных психологических проблем, обусловленных данным заболеванием, относится и проблема внутренней стигматизации, связанная с невозможностью переработать существующие в обществе стереотипные убеждения о туберкулезе как болезни социально неблагополучных и асоциальных лиц. Подобная негативная ассоциация не только изменяет самоотношение, порождая у заболевшего чувства вины, обиды, страх потери престижа в сфере межличностных отношений, ощущение себя изгоем общества, но и нередко актуализирует комплекс деструктивных личностных тенденций, ослабляющих приверженность лечению и нарушающих социальное взаимодействие [31].

Таким образом, на начальных этапах стационарного лечения симптоматическое психологическое воздействие осуществляется на уровне актуального психического состояния и направлено на повышение ресурсов психической адаптации пациента:

- преодоление внутренней стигматизации;
- коррекция неадекватных типов отношения к болезни;
- оптимизация эмоционального состояния и профилактика нозогенных расстройств;
- формирование полноценного комплаенса;
- сохранение социальных контактов.

Эффективному и в наиболее короткие сроки достижению обозначенных задач способствует групповая психокоррекционная работа, проводимая в Центральном НИИ туберкулеза. Цикл групповой психологической коррекции состоит из 8-10 тематических занятий продолжительностью 1,5-2,0 ч, в ходе которых обсуждаются актуальные для большинства участников вопросы (ожидание от лечения, психологические факторы эффективности и переносимости химиотерапии, возможность сохранения прежнего социального функционирования

и профессиональной деятельности и т. п.). Кроме краткосрочности вмешательства, работа в подобном формате воплощает в себе и такую современную тенденцию психотерапии, как психообразование. Так, вопросы о взаимосвязи эмоциональной сферы и различных систем организма, психопрофилактике соматических нарушений неизменно вызывают большой интерес и живой отклик участников группы. Важно отметить, что, согласно результатам предварительного анкетирования, более половины (65%) пациентов субъективно отмечали наличие психологических причин заболевания туберкулезом, основная из которых – «большое количество стрессов и волнений». Некоторые пациенты выражали убеждение о неслучайности своего заболевания и особого личностного смысла в нем, связанного с необходимостью «изменить себя в лучшую сторону».

Тематические обсуждения в ходе групповой психологической работы дополнялись психодраматическими техниками, ролевыми играми, элементами гештальт-терапии, методами визуализации, а также биографически ориентированными сеансами. По оценкам более 80% участников, полученный ими опыт участия в подобной обучающе-интерактивной работе способствовал эмоциональной активизации, уменьшению чувства тревоги и напряженности, преодолению социальной изоляции, повышению самооценки и качества отношений с лечебным персоналом и окружающими, а также ослаблению типичных для пациентов деструктивных форм реагирования. По мнению участников групповой работы, полученная информация о психологических механизмах заболевания поможет им не только полноценно выздороветь, но и сохранять здоровье в дальнейшем.

Однако у части больных на фоне адаптации к заболеванию и ситуации лечения в условиях стационара сохраняется или даже усиливается уровень психоэмоционального напряжения, а также усугубляются различные невротические проявления. Согласно полученным данным, около 30% от общего числа пациентов выражают запрос на получение психологической помощи на фоне лечения, большинство из которых (90%) – женщины. Обратившиеся за психологической помощью достоверно отличаются от остальных пациентов наличием выраженного психологического неблагополучия (повышенным уровнем депрессии, тревожности, межличностной сензитивностью, трудностями в коммуникациях с окружающими, более низким психологическим компонентом здоровья), а также неудовлетворенностью в значимых сферах семейного и социального взаимодействия, наличием хронических трудных жизненных ситуаций и конфликтов, пессимистичной оценкой жизненной перспективы [3].

Указанные пациенты являются не только группой риска по развитию пограничных психических расстройств, но и группой риска по неблагоприят-

ному течению туберкулезного процесса. Так, среди больных, обратившихся к психологу, 30% относились к категории ранее неэффективно лечившихся. У 32% пациентов выявлялась неудовлетворительная переносимость противотуберкулезной химиотерапии, которая, как было показано [9], является не только клинико-биологической, но и психологической проблемой. В частности, у пациентов, лечение которых осложнялось нежелательными побочными эффектами, уже до начала химиотерапии диагностировалось наличие более выраженных невротических и ипохондрических личностных характеристик, форм деструктивного реагирования, а также более высокий уровень эмоциональной напряженности и фрустрированности по сравнению с больными с удовлетворительной переносимостью терапии. Также неудовлетворительная переносимость терапии коррелирует со снижением общей оценки здоровья и перспектив лечения [9].

Важно отметить, что нарушения актуального психологического статуса среди пациентов, нуждавшихся в психологической помощи, положительно коррелировали не только с выраженностью клинико-лабораторных проявлений заболевания, но также с уровнем личностно-обусловленных форм деструктивного поведения (раздражение, негативизм, обида, подозрительность, враждебность) [3]. Следовательно, в психологической работе с такими больными необходимо специальное воздействие на специфические «проблемные зоны», которые являются источниками хронического психоэмоционального напряжения и, следовательно, могут рассматриваться в качестве этиопатогенетически значимых психологических факторов развития и прогрессирования заболевания. В соответствии с изученной структурой патогенных психологических особенностей были выделены соответствующие мишени психотерапевтической работы с больными туберкулезом легких, на которых фокусируется *патогенетическое психологическое воздействие*: внутренняя враждебность, судейская позиция, репрессия собственных чувств, алекситимические проявления, зависимость и несамостоятельность:

1. *Внутренняя враждебность* является одним из компонентов свойственной пациентам негативной аффективности – преобладания отрицательных эмоций даже при незначительных психосоциальных стрессовых воздействиях. Враждебность актуализируется как механизм оборонительной агрессии, что связано с субъективным восприятием реальности как давящей, предъявляющей чуждые требования, несправедливо причиняющей огорчения и страдания. Важно отметить, что подобная актуализация может происходить и при отсутствии явной угрозы (агрессивная реакция на собственный прогноз). На поведенческом уровне враждебность выражается в настороженно-подозрительном отношении и различных формах конфронтации с окружающими. На физиологическом уровне – сопровождается

избыточной гиперактивностью гипоталамо-гипофизарно-кортикоидной оси, что является неспецифической основой не только для развития, но и отягощения заболеваний [17].

2. *Базовые убеждения*. Ряд когнитивных установок больных туберкулезом легких о себе и окружающем мире являются иррациональными и стрессогенными. Так, тенденция использовать в действиях высший эталон (установка максимализма) определяет выраженность черт перфекционизма у больных туберкулезом легких, что проявляется в повышенной требовательности к окружающим, нежелании прощать их ошибки и сопровождается оценкой «Я бы так никогда не поступил». Установка катастрофизации характеризуется субъективным восприятием жизненных трудностей как неразрешимых, пессимистической оценкой перспективы и ощущением собственной некомпетентности. При установке долженствования в отношении себя пациенты стремятся соответствовать значимым для них социальным стандартам, испытывая сложности в реализации своих истинных потребностей и побуждений. Долженствование в отношении других людей (высокие ожидания соответствия их поступков своим собственным представлениям) у больных туберкулезом легких имеет специфическую окраску, поэтому обозначено в качестве самостоятельной психотерапевтической мишени как судейская позиция.

3. *Судейская позиция* детерминирована обостренным отношением пациентов к морально-этическим аспектам взаимоотношений и субъективным восприятием себя как носителя социально одобряемых стандартов поведения и привлекательных личностных качеств; проявляется в возмущенно-категоричных суждениях об окружающих по самым многообразным поводам. Судейская позиция определяет также склонность пациентов к морализаторству и нравочению. Очевидно, что социальное окружение потенциально является неиссякаемым источником для осуждающих реакций и оценок. Кумуляция негативных эмоций, детерминированная судейской позицией, приводит к выраженным проблемам в межличностной сфере, что по механизму замкнутого круга является новым источником негативных переживаний.

4. Склонность больных туберкулезом легких к демонстрации социально одобряемого поведения приводит, в частности, к *репрессии собственных чувств* (в первую очередь, отрицательных). В сложных ситуациях интерперсонального взаимодействия больные туберкулезом сдерживают открытое проявление негативных эмоций, блокируя эмоциональную разрядку. Таким образом актуализируется известный механизм диссоциации поведенческих и вегетативных компонентов эмоциональных реакций, играющий особую патогенетическую роль в формировании психосоматических нарушений [22]. Основными мотивами сдерживания эмоциональных реакций являются стремление «не обидеть», необходимость «по-

рядочно» себя вести. Вербализации истинных чувств в конфликтной ситуации препятствует тревога по поводу возможной утраты комфортных отношений, а также уязвимость к критичным оценкам в свой адрес. Лишь в крайних случаях по механизму «последней капли» может происходить грубая аффективная разрядка, вызывающая затем чувство вины и самоосуждение. Также больные склонны к использованию защитного механизма проекции, скрывая свои собственные неприемлемые негативные чувства приписыванием их другим людям.

5. *Алекситимические проявления* (ограниченная способность к восприятию, адекватной вербализации и экспрессивной передаче собственных чувств и переживаний) усиливают выраженность и длительность негативных эмоциональных состояний, а также препятствуют продуктивному межличностному взаимодействию с другими людьми. Применительно к больным туберкулезом легких можно говорить также о более масштабных нарушениях импрессивной способности – умения понимать эмоциональные состояния других людей и сопереживать им [20].

6. *Зависимость и несамостоятельность* являются следствием недостаточно сформированных в процессе личностного развития произвольных механизмов саморегуляции. В трудных жизненных ситуациях, требующих повышенной активности, пациенты проявляют пассивно-оборонительные реакции, ощущают собственную некомпетентность, беспомощность, растерянность, т. е. испытывают дефицит проблемно-ориентированных стратегий поведения. Также пациенты отличаются экстернальностью поведения, перекладывая ответственность за возникающие неудачи на окружающих людей, на отсутствие благоприятных возможностей. При этом растут общее напряжение, недовольство, раздражительность и другие агрессивные тенденции.

К условиям, ограничивающим саморегуляцию, формирование собственных целей, намерений, ориентацию на независимую жизнь, специалисты относят наличие в анамнезе неразрывной симбиотической связи со взрослым, выполняющей функции программирования, организации и контроля деятельности ребенка вплоть до периода взрослости [21]. Наличие подобной социальной ситуации формирования психики подтверждается клинико-биографическими интервью с больными туберкулезом легких. В ближайшем окружении пациента, как правило, выявляется «ключевая фигура» (чаще – мать), с которой имела амбивалентная эмоциональная связь и отношения отличались проблемным характером. Авторитарная, доминирующая, склонная к нравоучениям и избыточному контролю мать навязчиво участвовала даже во взрослой жизни своих детей, провоцируя у них ощущение собственной несостоятельности и зависимости, а также хронический внутренний конфликт, связанный с невозможностью разрушить

сверхтесные, подавляющие отношения и реализовать собственные актуальные потребности.

Таким образом, содержание патогенетического воздействия, направленного на разрешение внутренних и межличностных конфликтов, конкретизируется в следующих задачах:

- развитие доброжелательно-толерантного отношения к окружающим;
- развитие позитивных коммуникативных установок и углубление эмпатийного потенциала в межличностном взаимодействии;
- расширение репертуара проблемно-ориентированных стратегий поведения;
- формирование навыков адекватной вербализации и внутренней рефлексии;
- преодоление инфантилизма и эгоцентризма, формирование ответственности и самостоятельности как жизненной позиции;
- создание адекватного образа «Я», повышение уровня самопознания;
- формулирование смыслообразующих жизненных ценностей.

Патогенетическое психологическое воздействие, в отличие от симптоматического, требует более длительных и глубоких психотерапевтических отношений и осуществляется в процессе этапной *индивидуальной психологической работы* на фоне продолжения терапии в условиях стационара. Продолжительность подобного взаимодействия пациента с психологом составляет в среднем от 1 до 3 мес. В некоторых случаях пациенты обращаются за поддерживающей психологической помощью и после выписки из стационара. В подходе, применяемом психологической службой Центрального НИИ туберкулеза, используются технологии личностно-ориентированной (реконструктивной) психотерапии. Согласно полученным результатам, мульти-модальное воздействие на этиопатогенетически значимые психологические факторы способствует нормализации психологического статуса, улучшению качества жизни, оптимизации актуальных отношений с окружающими, повышению психической устойчивости пациента в жизненных ситуациях. Эффективность патогенетического воздействия подтверждалась также исчезновением имевшихся ранее достоверных различий в показателях психологического статуса с пациентами, которые не обращались за психологической помощью [3].

## Заключение

Представленная модель психологической реабилитации разработана для больных туберкулезом легких в условиях стационарного лечения и включает дифференцированное использование определенных видов психологической помощи на различных этапах химиотерапии.

Симптоматическое психологическое воздействие имеет приоритетное значение на начальных этапах

химиотерапии в стационаре. Указанное воздействие обусловлено особенностями актуального психического состояния пациента в кризисной ситуации заболевания, условиях адаптации к новой жизненной ситуации в связи с лечением. На этапе продолжения химиотерапии актуальность приобретает патогенетическое психологическое воздействие, связанное с коррекцией особенностей эмоционально-волевой сферы, когнитивных установок, интерперсональных отношений пациентов. Патогенетическое психологическое воздействие является основным видом помощи для пациентов с выраженным психологическим неблагополучием, неудовлетворительной переносимостью химиотерапии, неблагоприятной клинико-рентгенологической динамикой. Подобный подход основан на результатах углубленного

клинико-психологического обследования больных туберкулезом легких, в частности выделения этиопатогенетически значимых психологических факторов заболевания.

Предлагаемая модель психологической реабилитации учитывает особенности организации лечебного процесса во фтизиатрии, а также реализует важнейшие принципы современной психотерапии: психообразование, этапность психотерапевтических задач, краткосрочность вмешательства. С практической точки зрения расширение границ психологической помощи больным туберкулезом легких (от адаптации к лечению к воздействию на психологические факторы заболевания) способствует повышению качества оказываемой помощи и результативности проводимого лечения.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии у них конфликта интересов.

**Conflict of Interests.** The authors state that they have no conflict of interests.

#### ЛИТЕРАТУРА

- Алфеевский Н. А. О нервных и психологических явлениях у туберкулезных больных // Современная психиатрия. – 1912. – № 10. – С. 707-742.
- Баранова Г. В., Золотова Н. В., Стрельцов В. В. Оценка психологического статуса больных туберкулезом легких в процессе психологического сопровождения противотуберкулезной терапии // Сб. тез. Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Туберкулез в XXI в.: новые задачи и современные решения» (М., 1-2 июня 2016 г.). – С. 16-17.
- Баранова Г. В., Золотова Н. В., Стрельцов В. В., Харитоновна Н. Ю., Ахтымова А. А., Васильева И. А. Динамика психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического сопровождения противотуберкулезной химиотерапии // Туб. и болезни легких. – 2016. – № 3. – С. 44-51.
- Белостоцкий А. В., Касаева Т. Ч., Кузьмина Н. В., Нелидова Н. В. Проблема приверженности больных туберкулезом легких к лечению // Туб. и болезни легких. – 2015. – № 4. – С. 4-8.
- Берлин А. И. Роль нервной системы и психики при вспышке туберкулеза и терапия последней бромом // Труды факультета терапев. клиники Ивановского гос. мед. института. – 1944. – С. 66-80.
- Берлин-Чертов С. В. Туберкулез и психика. – М.: Медгиз, 1948. – 82 с.
- Брюханова Н. С., Антропова В. В. Медико-психологическое сопровождение противотуберкулезной терапии и его влияние на психический статус впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 6. – С. 81-84.
- Долгих Н. О. Состояние ситуационно-личностного реагирования у впервые выявленных больных туберкулезом и их специфическое лечение с использованием психотерапии: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 23 с.
- Золотова Н. В., Баранова Г. В., Стрельцов В. В., Харитоновна Н. Ю., Ахтымова А. А., Багдасарян Т. Р. Особенности переносимости противотуберкулезной химиотерапии с учетом психологического статуса пациентов // Туб. и болезни легких. – 2017. – № 4. – С. 15-19.
- Киселева Н. М., Кузьменко Л. Г., Нкане Нкоза М. М. Стресс и лимфоциты // Педиатрия. – 2012. – № 1. – С. 137-143.
- Колесникова О. В., Афтанас Л. И., Краснов В. А. Туберкулез и нейроиммунноэндокринные взаимоотношения: клинический опыт применения аудио-визуально-вибротактильной стимуляции // Психосоматическая медицина – 2007: Труды. II Международный конгресс. – СПб., 2007. – С. 85-86.
- Корниенко С. В., Эфрон Г. В., Павлов В. А., Баласанянц Г. С., Великая О. В., Трухачева М. В. Опыт применения мезодиацетальной модуляции в

#### REFERENCES

- Alfeevsky N.A. On nervous and psychological manifestations in tuberculosis patients. *Sovremennaya Psikhatriya*, 1912, no. 10, pp. 707-742. (In Russ.)
- Baranova G.V., Zolotova N.V., Streltsov V.V. Evaluation of psychological status of pulmonary tuberculosis patients during psychological support throughout tuberculosis treatment. *Tez. Vseros. nauch.-prakt. konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem Tuberkulez v XXI v.: novye zadachi i sovremennye resheniya*. [Abst. Book of Scientific Practical Conference with International Participation on Tuberculosis in the XXI cent.: New Tasks and Current Solutions]. Moscow, June 1-2, 2016, pp. 16-17. (In Russ.)
- Baranova G.V., Zolotova N.V., Streltsov V.V., Kharitonova N.Yu., Akhtyamova A.A., Vasilyeva I.A. Changes in psychological and emotional state of pulmonary tuberculosis patients receiving anti-tuberculosis chemotherapy accompanied by psychological support. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2016, no. 3, pp. 44-51. (In Russ.)
- Belostotskiy A.V., Kasaeva T.Ch., Kuzmina N.V., Nelidova N.V. Problem of treatment adherence in tuberculosis patients. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2015, no. 4, pp. 4-8. (In Russ.)
- Berlin A.I. *Rol nervnoy sistemy i psikhiki pri vspyshe tuberkuleza i terapiya posledney bromom. Trudy fakulteta terapev. kliniki Ivanovskogo gos. med. instituta*. [Role of nervous system and psychopathy in case of tuberculosis outbreak and therapy of the latest with bromine. Articles of Therapy Units of Ivanovo State Medical Institute]. 1944, pp. 66-80.
- Berlin-Chertov S.V. *Tuberkulez i psikhika*. [Tuberculosis and psychology]. Moscow, Medgiz Publ., 1948. 82 p.
- Bryukhanova N.S., Antropova V.V. Medical and psychological support during tuberculosis treatment and its impact on psychological state in new infiltrative pulmonary tuberculosis patients. *Sibirskoye Meditsinskoye Obzreniye*, 2011, no. 6, pp. 81-84. (In Russ.)
- Dolgikh N.O. *Sostoyanie situatsionno-lichnostnogo reagirovaniya u vperveye vyavlennykh bolnykh tuberkulezom i ikh spetsificheskoe lechenie s ispolzovaniem psikhoterapii. Avtoref. diss. kand. med. nauk*. [State pf situational personal reacting in new tuberculosis patients and their specific treatment with the use of psychological therapy. Cand. Diss.]. Moscow, 2005, 23 p.
- Zolotova N.V., Baranova G.V., Streltsov V.V., Kharitonova N.Yu., Akhtyamova A.A., Bagdasaryan T.R. Specific features of anti-tuberculosis chemotherapy tolerance in the light of psychological status of patients. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2017, no. 4, pp. 15-19. (In Russ.)
- Kiseleva N.M., Kuzmenko L.G., Nkane Nkoza M.M. Stress and lymphocytes. *Pediatrya*, 2012, no. 1, pp. 137-143. (In Russ.)
- Kolesnikova O.V., Aftanas L.I., Krasnov V.A. Tuberculosis and neuro-immune-endocrine correlations: clinical experience of using

- комплексном лечении больных туберкулезом // Туб. и болезни легких. – 2015. – № 2. – С.55-58.
13. Кошелева Г. Я. Клинико-психологические характеристики больных туберкулезом легких и их динамика в процессе комплексного лечения: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1990. – 24 с.
  14. Любаева Е. В., Ениколопов С. Н. Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ // Консультативная психология и психотерапия. – 2011. – № 2. – С.111-127.
  15. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача. – СПб., 1996. – 245 с.
  16. Меерсон Д. Л. О нервно-психической сфере туберкулезных // Одесский медицинский журнал. – 1929. – № 2-4. – С. 78-81.
  17. Меерсон Ф. З. Адаптация, стресс и профилактика. – М.: Наука, 1981. – 278 с.
  18. Миртовская Е. В. К вопросу о значении психотравмы в возникновении туберкулезной вспышки // Труды Ивановского туберкулезного НИИ, вып. 2. – 1934. – С. 147-159.
  19. Модель Л. М. Очерки клинической патофизиологии туберкулеза. – М.: МедГиз, 1962. – 324 с.
  20. Москачева М. А., Холмогорова А. Б., Гаранян Н. Г., Демидова Л. Ю. Алекситимия, психосоматика и механизмы коммуникации // Психосоматическая медицина – 2014: Труды. IX международный конгресс. – СПб.: Человек, 2014. – С. 66-71.
  21. Николаева В. В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарное исследование. – М., 1993. – С. 84-93.
  22. Панин Л. Е., Соколов В. П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. – Новосибирск, 1981. – 178 с.
  23. Петров С. П. О психике туберкулезных // Современная психиатрия. – 1913. № 9. – С. 673-694.
  24. Психология здоровья: Учебник для вузов / Под ред. Г. С. Никифорова. – СПб., 2006. – 607 с.
  25. Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации / Сборник статей. – М., ЛексТорг. – 2013. – 136 с.
  26. Розанов В. А. Стресс и психическое здоровье (нейробиологические аспекты) // Социальная и клиническая психиатрия. – 2013. – № 1. – С. 79-86.
  27. Рудин В. П. Туберкулез (кортико-висцеральная патология и терапия). – Киев, 1951. – 564 с.
  28. Самойлович А. С. Психическая травма и туберкулез. – Краснодар, 1940. – 24 с.
  29. Семенов А. Д. Нервная система и туберкулез // Пробл. туб. – 1957. – № 7. – С. 27-31.
  30. Сухова Е. В. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2004. – № 10. – С. 34-36.
  31. Сухова Е. В. Поведенческий ответ больных на «клеймо» туберкулеза // Социальная психология и общество. – 2015. – № 1. – С. 127-136.
  32. Штефко В. Г. Патологоанатомические изменения в мозговой коре при нервно-психическом переутомлении и туберкулезной интоксикации // Труды Психиатрической клиники 1 МГУ, вып. III. – 1929.
  33. Эпштейн Д. Я. Душа туберкулезного в освещении художественной и научной литературы. – Киев, 1929. – 39 с.
  34. Юдин С. А., Барканова О. Н., Борзенко А. С., Деларю В. В. Комплементарность оказания медицинской, социальной и психологической помощи во фтизиатрии (в оценках врачей и пациентов) // Туб. и болезни легких. – 2017. – № 4. – С. 7-10.
  35. Laënnec R. De l'auscultation mediate ou traite du diagnostic des maladies des paumons et de Coeur / Paris, 1819.
  - audio-visual-vibrotactile stimulation. *Psichosomaticheskaya meditsina – 2007: Trudy. II Mezhdunarodny kongress.* [Psychosomatic medicine - 2007. Coll. of abst. The IInd International Congress]. St. Petersburg, 2007, pp. 85-86. (In Russ.)
  12. Kornienko S.V., Efron G.V., Pavlov V.A., Balasanyants G.S., Velikaya O.V., Trukhacheva M.V. Experience of using mesodiencephalic modulation in the integral treatment of tuberculosis patients. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2015, no. 2, pp. 55-58. (In Russ.)
  13. Kosheleva G.Ya., *Kliniko-psikhologicheskie kharakteristiki bol'nykh tuberkulezom legkikh i ikh dinamika v protsesse kompleksnogo lecheniya. Avtoref. diss. kand. med. nauk.* [Clinical and psychological characteristics of pulmonary tuberculosis and their changes during integral treatment. Cand. Diss.]. Leningrad, 1990, 24 p.
  14. Lyubaeva E.V., Enikolopov S.N. Role of individual psychological feature of patients in the formation of treatment adherence in case of tuberculosis and HIV. *Konsultativnaya Psikhologiya i Psikhoterapiya*, 2011, no. 2, pp. 111-127. (In Russ.)
  15. Lyuban-Plotstsa B., Pel'dinger V., Kreger F. *Psichosomatichesky bolnoy na prieme u vracha.* [Psychosomatic patient visiting a doctor]. St. Petersburg, 1996, 245 p.
  16. Meerson D.L. About nervous psychiatric issues in TB patients. *Odessky Meditsinsky Journal*, 1929, no. 2-4, pp. 78-81. (In Russ.)
  17. Meerson F.Z. *Adaptatsiya, stress i profilaktika.* [Adaptation, stress and prevention]. Moscow, Nauka Publ., 1981, 278 p.
  18. Mirtovskaya E.V. *K voprosu o znachenii psikhotravmy v vozniknovenii tuberkuleznoy vspyshki. Trudy Ivanovskogo tuberkuleznogo NII, vyp. 2.* [On the issue of psychological trauma in the development of tuberculosis outbreak. Articles of Ivanovo Tuberculosis Research Institute, Issue 2]. 1934, pp. 147-159.
  19. Model L.M. *Ocherki klinicheskoy patofiziologii tuberkuleza.* [Essays about clinical physiopathology of tuberculosis.]. Moscow, Medgiz Publ., 1962. 324 p.
  20. Moskacheva M.A., Kholmogorova A.B., Garanyan N.G., Demidova L.Yu. Alexithymia, psychosomatics and communication mechanisms. *Psichosomaticheskaya meditsina – 2014: Trudy. IX mezhdunarodny kongress.* [Psychosomatic medicine - 2014. Coll. of art. The IXth International Congress]. St. Petersburg, Chelovek Publ., 2014, pp. 66-71. (In Russ.)
  21. Nikolaeva V.V. *O psikhologicheskoy prirode aleksitimii. Telesnost cheloveka: mezhdistsiplinarnoe issledovanie.* [About psychological nature of alexithymia. Human corporeity: inter-disciplinary study]. Moscow, 1993, pp. 84-93.
  22. Panin L.E., Sokolov V.P. *Psichosomaticheskie vzaimootnosheniya pri khronicheskoy emotsionalnom napryazhenii.* [Psychosomatic correlations in chronic emotional tension]. Novosibirsk, 1981, 178 p.
  23. Petrov S.V. About psychology of tuberculosis patients. *Sovremennaya Psikhiatriya*, 1913, no. 9, pp. 673-694. (In Russ.)
  24. *Klinicheskaya psikhologiya: Uchebnik dlya vuzov.* [Clinical psychology. Handbook for university students]. G.S. Nikiforov, Eds. St. Petersburg, 2006, 607 p.
  25. *Psikhosotsialnaya pomoshch bol'nym tuberkulezom v Rossiyskoy Federatsii. Sb. statey.* [Psychological care for tuberculosis patients in Russian Federation. Coll. of articles]. Moscow, LeksTorg Publ., 2013, 136 p.
  26. Rozanov V.A. Stress and psychologic health (neurobiological aspects). *Sotsialnaya I Klinicheskaya Psikhiatriya*, 2013, no. 1, pp. 79-86. (In Russ.)
  27. Rudin V.P. *Tuberkulez (kortiko-vistseralnaya patologiya i terapiya).* [Tuberculosis (corticovisceral pathology and therapy)]. Kiev, 1951, 564 p.
  28. Samoylovich A.S. *Psikhicheskaya travma i tuberkulez.* [Psychological trauma and tuberculosis]. Krasodar, 1940, 24 p.
  29. Semenov A.D. Nervous system and tuberculosis. *Probl. Tub.*, 1957, no. 7, pp. 27-31. (In Russ.)
  30. Sukhova E.V. The need of psychological management in patients suffering from pulmonary tuberculosis. *Probl. Tub.*, 2004, no. 10, pp. 34-36. (In Russ.)
  31. Sukhova E.V. Behavioral response of the patients to the stigma of tuberculosis. *Sotsialnaya Psikhologiya I Obschestvo*, 2015, no. 1, pp. 127-136. (In Russ.)
  32. Shtefko V.G. *Patologoanatomicheskie izmeneniya v mozgovoy kore pri nervno-psikhicheskom pereutomenii i tuberkuleznoy intoksikatsii. Trudy Psikhiatricheskoy kliniki 1 MGU, vyp. III.* [Pathologic-anatomic changes in brain cortex in nervous psychologic defatigation and tuberculous intoxication. Coll. of art. of Mental Disorder Clinic no. 1 of Moscow State University, Iss. III]. 1929.
  33. Epstein D. Ya. *Dusha tuberkuleznogo v osveschenii khudozhestvennoy i nauchnoy literatury.* [Soul of a tuberculosis patient described in the fiction and scientific literature]. Kiev, 1929, 39 p.
  34. Yudin S.A., Barkanova O.N., Borzenko A.S., Delaryu V.V. Complementarity of medical, social and psychological care in tuberculosis control (as reported by doctors and patients). *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2017, no. 4, pp. 7-10. (In Russ.)
  35. Laënnec R. De l'auscultation mediate ou traite du diagnostic des maladies des paumons et de Coeur. Paris, 1819.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза»,  
107564, Москва, Яузская аллея, д. 2.  
Тел.: 8 (499) 785-90-27.

**Золотова Наталья Владимировна**

кандидат психологических наук, старший научный  
сотрудник группы по изучению психологических проблем  
туберкулеза детско-подросткового отдела, медицинский  
психолог.

E-mail: Zolotova\_n@mail.ru

**Стрельцов Владимир Владимирович**

кандидат психологических наук, старший научный  
сотрудник группы по изучению психологических проблем  
туберкулеза детско-подросткового отдела.

**Баранова Галина Викторовна**

кандидат психологических наук, старший научный  
сотрудник группы по изучению психологических проблем  
туберкулеза детско-подросткового отдела.

**Харитонова Надежда Юрьевна**

медицинский психолог 1-го терапевтического отделения.

**Ахтямова Альмира Ахнафовна**

кандидат психологических наук, старший научный  
сотрудник группы по изучению психологических проблем  
туберкулеза детско-подросткового отдела.

**Багдасарян Татевик Рафиковна**

заведующая 1-м терапевтическим отделением.  
Тел.: 8 (499) 785-90-52.

FOR CORRESPONDENCE:

Central Tuberculosis Research Institute,  
2, Yauzskaya Alleya, Moscow, 107564  
Phone: +7 (499) 785-90-27.

**Natalya V. Zolotova**

Candidate of Physiological Sciences, Senior Researcher of the  
Group Studying Psychological Problems Related to Tuberculosis,  
Children and Adolescents Department,  
Medical Psychologist.

E-mail: Zolotova\_n@mail.ru

**Vladimir V. Streltsov**

Candidate of Physiological Sciences, Senior Researcher of the  
Group Studying Psychological Problems Related to Tuberculosis,  
Children and Adolescents Department.

**Galina V. Baranova**

Candidate of Physiological Sciences, Senior Researcher of the  
Group Studying Psychological Problems Related to Tuberculosis,  
Children and Adolescents Department.

**Nadezhda Yu. Kharitonova**

Medical Psychologist of the 1st Therapy Department.

**Almira A. Akhtyamova**

Candidate of Physiological Sciences, Senior Researcher of the  
Group Studying Psychological Problems Related to Tuberculosis,  
Children and Adolescents Department.

**Tatevik R. Bagdasaryan**

Head of the 1st Therapy Department.  
Phone: +7 (499) 785-90-52.

Поступила 23.11.2017

Submitted as of 23.11.2017