



Динамика типа отношения к болезни у больных туберкулезом легких с учетом психологического статуса

Н.В. ЗОЛотова, В.В. СТРЕЛЬЦОВ, Г.В. БАРАНОВА, Н.Ю. ХАРИТОНОВА

ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза», Москва, РФ

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: сравнительный анализ типов отношения к болезни (ТОБ) у пациентов с туберкулезом легких в процессе стационарного лечения, в том числе с учетом психологического статуса.

Материалы и методы. Проведено изучение ТОБ и особенностей психологического статуса у 189 больных туберкулезом легких: 143/189 (76%) женщин и 46/189 (24%) мужчин, средний возраст которых составлял $33,9 \pm 10,5$ лет.

Результаты. Наиболее часто выявлялся эргопатический (39,2% случаев), сензитивный (36,5% случаев), тревожный (27,0% случаев) и анозогнозический (25,9% случаев) ТОБ. Эргопатический и анозогнозический ТОБ значимо чаще диагностировали среди мужчин. Женщинам были свойственны проявления тревожного типа. Среди пациентов с нарушениями психологического статуса значимо чаще диагностировали ТОБ, свидетельствующие о психологической дезадаптации в ситуации заболевания. Среди пациентов без нарушений психологического статуса чаще выявляли ТОБ, при наличии которого психологическая адаптация на фоне заболевания не нарушается. Через 2 месяца стационарного лечения наблюдалась положительная динамика по большинству показателей психологического статуса, а также значимо снизилась частота регистрации тревожного ТОБ и увеличилась частота анозогнозического типа. Указанной динамике ТОБ у части пациентов способствовала психологическая работа, направленная на повышение ресурсов их психологической адаптации.

Ключевые слова: туберкулез легких, внутренняя картина болезни, тип отношения к болезни, психологический статус.

Для цитирования: Золотова Н.В., Стрельцов В.В., Баранова Г.В., Харитонов Н.Ю. Динамика типа отношения к болезни у больных туберкулезом легких с учетом психологического статуса // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2026. – Т. 104, № 3. – С. 64–71. <http://doi.org/10.58838/2075-1230-2026-104-3-64-71>

Dynamics of Attitudes Toward Illness Based on the Psychological Status of Patients with Pulmonary Tuberculosis

N.V. ZOLOTOVA, V.V. STRELTSOV, G.V. BARANOVA, N.YU. KHARITONOVA

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, Russia

ABSTRACT

The objective: to compare attitudes toward illness (ATIs) based on the psychological status of inpatients with pulmonary tuberculosis (TB).

Materials and methods. ATIs and psychological statuses were evaluated in 189 patients with pulmonary tuberculosis: 143/189 (76%) women and 46/189 (24%) men; mean age: 33.9 ± 10.5 years.

Results. The most prevalent ATIs were ergopathic (39.2%), sensitive (36.5%), anxious (27.0%), and anosognosic (25.9%). Ergopathic and anosognosic ATIs were significantly more frequent in men, while women predominantly demonstrated the anxious type. In patients with psychological distress, ATIs indicative of psychological maladjustment were significantly more frequent. Conversely, ATIs associated with preserved psychological adjustment were more common in patients without psychological distress. After two months of inpatient treatment, positive shifts were observed in most psychological status indicators, with a significant decrease in anxiety-related ATIs and an increase in the frequency of the anosognosic type. In some patients, the observed changes in ATIs were facilitated by psychological interventions aimed at enhancing their coping resources.

Keywords: pulmonary tuberculosis, illness perception, attitudes toward illness, psychological status.

For citations: Zolotova N.V., Streltsov V.V., Baranova G.V., Kharitonova N.Yu. Dynamics of attitudes toward illness based on the psychological status of patients with pulmonary tuberculosis. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2026, vol. 104, no. 3, pp. 64–71. (In Russ.) <http://doi.org/10.58838/2075-1230-2026-104-3-64-71>

Для корреспонденции:
Золотова Наталья Владимировна
E-mail: Zolotova_n@mail.ru

Correspondence:
Natalya V. Zolotova
Email: Zolotova_n@mail.ru

Введение

Концепт «отношение к болезни», «внутренняя картина болезни», несмотря на долгую историю изучения влияния болезни на физиологическое и психологическое функционирование человека, продолжает оставаться одной из важнейших научных проблем клинической психологии [5, 9, 11]. Знания об особенностях восприятия человеком состояний здоровья и болезни позволяют учитывать психосоматические аспекты патогенеза заболевания, адаптационные ресурсы пациента в процессе лечения, а также способствовать формированию у пациентов более адаптивной модели поведения в кризисной ситуации заболевания [5, 8, 15, 17, 18]. Необходимо отметить, что тип внутренней картины болезни детерминирует качество терапевтического сотрудничества пациента с медицинским персоналом, которое имеет особое значение в комплексном лечении туберкулеза органов дыхания, обеспечивая такие важнейшие условия его эффективности, как длительность и непрерывность [4, 6, 10, 12, 13, 19].

Исследования, посвященные изучению отношения к болезни фтизиатрических пациентов, весьма немногочисленны [1, 12, 17]. Установлено, что наиболее значимое влияние на субъективное восприятие обстоятельств заболевания туберкулезом легких может оказывать тяжесть состояния, длительность заболевания, а также уровень социальной незащищенности пациентов, отсутствие у них гарантированных средств к существованию [1, 2, 3, 5]. Приводятся данные, что на начальных этапах заболевания в личностных реакциях на болезнь чаще встречаются проявления сензитивного и тревожного типов отношения к болезни, однако бессимптомный дебют туберкулеза может сопровождаться и отрицанием болезни в вариантах эргопатии и анозогнозии [13, 17]. Отмечается также весомый вклад в формирование дезадаптивного отношения пациентов к заболеванию таких негативных микросоциальных и психологических факторов, как стигматизация, высокий уровень социальной тревожности и страх социальной изоляции [3, 20].

Неизученным является вопрос о динамике особенностей отношения к болезни у больных туберкулезом легких в процессе стационарного лечения. Между тем постановка такого вопроса является вполне закономерной, поскольку пациенты находятся на стационарном лечении довольно продолжительное время, в течение которого происходит перестройка привычного жизненного уклада в контексте заболевания, трансформация ценностно-мотивационной сферы, что оказывает влияние и на внутреннюю картину болезни. Также можно полагать, что влияние на тип отношения к болезни оказывают и особенности психологического статуса пациента. Ранее было показано, что больные туберкулезом легких с различным психологическим статусом отличаются поведением при выполнении врачебных рекомендаций,

соблюдении дисциплины лечения, взаимодействии с медицинским персоналом [6].

Цель исследования

Сравнительный анализ типов отношения к болезни у пациентов с туберкулезом легких в процессе стационарного лечения, в том числе с учетом психологического статуса.

Материалы и методы

Изучение типов отношения к болезни и особенностей психологического статуса проведено у 189 больных туберкулезом легких (ТБЛ), проходивших лечение в ФГБНУ «ЦНИИТ» в период с 2022 по 2024 г.: 143/189 (76%) женщин и 46/189 (24%) мужчин, средний возраст которых составлял $33,9 \pm 10,5$ лет. Преобладали пациенты с впервые выявленным туберкулезом – 123/189 (65%), ранее получавшие противотуберкулезную терапию 54/189 (28,6%), рецидив заболевания был у 12/189 (6%) пациентов.

Психологическая диагностика типа отношения к болезни проводилась с помощью опросника Тип отношения к болезни (ТОБОЛ) [14]. Указанная методика в течение многих лет успешно применяется в клинике хронических соматических, неврологических, нейрохирургических заболеваний, в наркологии, при пограничных нервно-психических расстройствах для выявления наиболее значимых характеристик отношения к болезни. Методика ТОБОЛ построена в форме опросника, включающего 12 таблиц-наборов утверждений (отношение пациента к болезни, лечению, врачам и медперсоналу, родным и близким, окружающим, работе/учебе, одиночеству, будущему, а также самооценка самочувствия, настроения, сна и аппетита), и позволяет диагностировать 12 типов отношения к болезни. Возможно выявление одного типа отношения к болезни («чистый тип»), а также 2-3 и более (соответственно «смешанный» и «диффузный» типы). Практическая ценность данного инструмента состоит также в возможности оценки динамики процесса изменения отношения пациента к своему заболеванию и лечению.

Для диагностики психологического статуса применялась клиническая шкала Symptom Check List (SCL-90-R), которая широко используется в различных областях клинической практики для определения уровня актуального неблагополучия в психической сфере [16]. Данная шкала относится к числу стандартизированных методик, обладает высокой диагностической чувствительностью и доказала свою релевантность задаче обнаружения признаков развития неблагоприятных психических состояний. Установленные фиксированные нормы для различных групп испытуемых позволяют диагностировать наличие симптомов обсессивно-компульсивных, депрессивных, тревожных, фобических, соматизированных, психотических

расстройств, а также признаки негативных аффективных состояний и межличностной сензитивности. Наличие нарушений психологического статуса фиксировали в случаях, когда обобщенный индекс GSI (General Symptomatic Index), отражающий выраженность общего субъективного психологического неблагополучия, превышал установленные нормативные значения ($GSI > 0,64$). Диагностику типа отношения к болезни и особенностей психологического статуса проводили после поступления в стационар, в течение первой недели (189 пациентов), а также через 2 месяца лечения (97 пациентов). Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью φ^* критерия Фишера (углового преобразования Фишера), значимыми считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования

При поступлении «чистый» тип отношения к болезни был диагностирован у 87/189 (46,0%) пациентов, «смешанный» и «диффузный» – у 102/189 (54,0%) пациентов. Как видно из табл. 1, наиболее часто выявлялись эргопатический, сензитивный, тревожный и анозогнозический типы отношения к болезни. Доминирование эргопатического типа – 74/189 (39,2%) случаев свидетельствует, что больные ТБЛ характеризуются избирательным отноше-

нием к обследованию и лечению, что обусловлено стремлением сохранить профессиональный статус и включенность в рабочий процесс, даже несмотря на тяжесть состояния

Для пациентов были свойственны колебания настроения и чрезмерная ранимость, опасения встретить пренебрежительное и негативное отношение со стороны окружающих в связи с заболеванием (сензитивный тип отношения к болезни) – 69/189 (36,5%) случаев. Мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни, возможных осложнений, неэффективности и даже опасности лечения, угнетенность настроения и психической активности (тревожный тип отношения к болезни) выявлялись в 51/189 (27,0%) случаев. Проведенный качественный анализ особенностей выбора утверждений, характеризующих анозогнозический тип отношения к болезни, диагностируемый в 49/189 (25,9%) случаях, позволил установить, что в данном контексте имело место не отрицание болезни и необходимости лечения, традиционно понимаемые под термином «анозогнозия», а отсутствие у пациентов ограничений в физическом и социальном функционировании в связи с болезнью (табл. 6). Гармоничный тип отношения к болезни, который характеризуется реалистичной, адекватной оценкой своего состояния, стремлением во всем активно содействовать успеху лечения, диагностировали лишь в 13/189 (6,9%) случаях. Эргопатический и анозогнозический типы отношения к болезни достоверно чаще выявлялись среди пациентов-мужчин по сравнению с пациентами-женщинами: соответственно 25/46 (54,4%) случаев против 49/143 (34,3%) ($p < 0,01$) и 18/46 (39,1%) случаев против 31/143 (21,7%) ($p < 0,05$). В свою очередь, женщинам были чаще свойственны проявления тревожного типа отношения к болезни: 44/143 (30,8%) случаев против 7/46 (15,2%) у мужчин ($p < 0,05$). Как указывают авторы методики ТОБОЛ, при наличии анозогнозического и эргопатического типов отношения к болезни психологическая и социальная адаптация пациента на фоне заболевания существенно не нарушается; тревожное реагирование является проявлением дезадаптивного отношения к заболеванию [13]. Таким образом, можно констатировать, что в связи с заболеванием ТБЛ женщины более склонны к психологической дезадаптации, по сравнению с мужчинами.

Результаты первичной диагностики психологического статуса пациентов (табл. 2) показали, что 95/189 (50,3%) пациентов при поступлении на стационарное лечение ощущали высокую интенсивность дистресса по индексу PSDI (Positive Distress Symptomatic Index). Наличие нарушений психологического статуса (по суммарному индексу GSI, General Symptomatic Index) было установлено у 74/189 (39,2%) пациентов. Так, высокая фоновая тревожность (шкала «Тревожность») диагностировалась у 88/189 (46,6%) пациентов, снижение жизненного тонуса и психологической устойчивости

Таблица 1. Диагностируемые типы отношения к болезни при поступлении в стационар (частота выявления)

Типы отношения к болезни	Частота встречаемости типов абс. (%) (у 1 пациента может быть несколько типов)		
	В группе $n=189$	Среди мужчин $n=46$	Среди женщин $n=143$
Гармоничный	13 (6,9)	3 (6,5)	10 (7,0)
Эргопатический	74 (39,2)	25 (54,4)	49 (34,3)**
Анозогнозический	49 (25,9)	18 (39,1)	31 (21,7)*
Тревожный	51 (27,0)	7 (15,2)	44 (30,8)*
Ипохондрический	11 (5,8)	2 (4,4)	9 (6,3)
Неврастенический	26 (13,8)	4 (8,7)	22 (15,4)
Меланхолический	10 (5,3)	2 (4,4)	8 (5,6)
Апатический	14 (7,4)	3 (6,5)	11 (7,7)
Сензитивный	69 (36,5)	13 (28,3)	56 (39,2)
Эгоцентрический	8 (4,2)	2 (4,4)	6 (4,2)
Паранойяльный	6 (3,2)	1 (2,2)	5 (3,5)
Дисфорический	9 (4,8)	1 (2,2)	8 (5,6)

Примечание: статистическая значимость различий между пациентами мужского и женского пола по φ^* -критерию углового преобразования Фишера обозначена: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Note. Statistical significance of differences between male and female patients based on Fisher’s angular transformation (φ^*) test is denoted as follows: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

Таблица 2. Особенности психологического статуса пациентов при поступлении в стационар (у 1-го пациента может быть несколько форм психологического неблагополучия)

Table 2. Psychological status features of patients upon hospital admission (individual patients may present with multiple forms of psychological distress)

Формы психологического неблагополучия по шкале SCL-90-R	Частота выявления, n=189 абс. (%)
Соматизация	92 (48,7)
Обсессивно-компульсивные расстройства	84 (44,4)
Неуверенность в социальных контактах	46 (24,3)
Депрессия	86 (45,5)
Тревожность	88 (46,6)
Агрессивность и враждебность	32 (16,9)
Фобические расстройства	58 (30,7)
Параноидное мышление	42 (22,2)
Психотизм	51 (27,0)
Суммарные индексы шкалы SCL-90-R	
Индекс GSI: наличие нарушений психологического статуса	74 (39,2)
Индекс PSDI: высокая интенсивность ощущаемого дистресса	95 (50,3)

в виде дисфорических расстройств и утраты интереса к жизни (шкала «Депрессия») – у 86/189 (45,5%) пациентов, 84/189 (44,4%) пациентов испытывали психический дискомфорт, связанный с навязчивыми мыслями и переживаниями (шкала «Обсессивно-компульсивные расстройства»). Также картина психологического неблагополучия проявлялась у 92/189 (48,7%) пациентов различными неприятными или болевыми ощущениями, фиксированными в различных системах организма (шкала «Соматизация»).

Проведенный сравнительный анализ типов отношения к болезни между пациентами с наличием и отсутствием нарушений психологического статуса позволил обнаружить значимые различия по 6 из 12 типов отношения к болезни (табл. 3).

Так, достоверно чаще среди пациентов с нарушением психологического статуса диагностировали тревожный и сензитивный типы отношения к болезни. Особенно часто среди пациентов с нарушениями психологического статуса обнаруживался неврастенический тип отношения к болезни, который характеризуется поведением по типу «раздражительной слабости»: нетерпеливостью в обследовании и лечении, вспышками раздражения, особенно при болях, неприятных ощущениях, неудачах лечения. Также пациенты с нарушениями психологического статуса отличались ипохондрическими проявлениями: чрезмерной сосредоточенностью на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях, преувеличением имеющихся симптомов и неприятных ощущений в связи с нежелательными действиями лекарств и диагностических процедур.

Таблица 3. Частота диагностируемых типов отношения к болезни у пациентов с наличием и отсутствием нарушений психологического статуса

Table 3. Frequency of diagnosed ATIs in patients with and without psychological distress

Типы отношения к болезни	Частота встречаемости, абс. (%)	
	При наличии нарушений психологического статуса n=74	При отсутствии нарушений психологического статуса n= 115
Гармоничный	1 (1,4)	12 (10,4)**
Эргопатический	25 (33,8)	49 (42,6)
Анозогнозический	4 (5,4)	45 (39,1)**
Тревожный	36 (48,7)	15 (13,0)**
Ипохондрический	9 (12,2)	2 (1,7)**
Неврастенический	19 (25,7)	7 (6,1)**
Меланхолический	6 (8,1)	4 (3,5)
Апатический	7 (9,5)	7 (6,10)
Сензитивный	33 (44,6)	36 (31,3)*
Эгоцентрический	6 (8,1)	2 (1,7)
Паранойяльный	3 (4,1)	3 (2,6)
Дисфорический	6 (8,1)	3 (2,6)

Примечание: Статистическая значимость различий по Φ^* -критерию углового преобразования Фишера обозначена: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (и далее в таблицах 4, 5, 6).

Note: Statistical significance of differences based on Fisher's angular transformation (Φ^*) test is denoted as * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$ (also applied to Tables 4–6).

Среди пациентов без нарушений психологического статуса значимо чаще выявляли анозогнозический тип отношения к болезни, при котором свойственно отсутствие психологической дезадаптации на фоне заболевания. Также необходимо отметить, что несмотря на небольшую в целом по группе частоту гармонического типа отношения к болезни, абсолютное большинство таких случаев не имело нарушений психологического статуса.

По результатам динамического исследования 97 пациентов через 2 месяца стационарного лечения (табл. 4) наблюдалась положительная динамика психологического статуса. Число пациентов с различными формами психологического неблагополучия снизилось, соответственно нарушения психологического статуса выявлялись значимо реже, чем при поступлении.

Также значимо снизилась частота регистрации тревожного типа отношения к болезни – с 29,9% до 12,4% ($p < 0,01$) и увеличилась частота выявления анозогнозического типа – с 25,8% до 39,2% ($p < 0,05$) (табл. 5).

Увеличение частоты выявления анозогнозического типа отношения к болезни было связано с достоверным увеличением числа пациентов, выбирающих утверждения опросника ТОБОЛ, отражающие улучшение настроения, аппетита, а также оптимистическое отношение к возможности дальнейше-

Таблица 4. Изменения особенностей психологического статуса через 2 месяца стационарного лечения

Table 4. Changes in psychological status features after two months of inpatient treatment

Формы психологического неблагополучия по шкале SCL-90-R	Частота встречаемости, абс. (%)	
	При поступлении n=97	Через 2 месяца лечения n=97
Соматизация	47 (48,5)	38 (39,2)
Обсессивно-компульсивные расстройства	45 (46,4)	32 (33,0)*
Неуверенность в социальных контактах	24 (24,7)	10 (10,3)**
Депрессия	49 (50,5)	22 (22,7)**
Тревожность	45 (46,4)	20 (20,6)**
Агрессивность и враждебность	17 (17,5)	6 (6,2)**
Фобические расстройства	28 (28,9)	12 (12,4)**
Параноидное мышление	23 (23,7)	10 (10,3)**
Психотизм	26 (26,8)	11 (11,3)**
Суммарные индексы шкалы SCL-90-R		
Индекс GSI: наличие нарушений психологического статуса	37 (38,1)	21 (21,6)**
Индекс PSDI: высокая интенсивность ощущаемого дистресса	53 (54,6)	28 (28,9)**

го полноценного социального функционирования и собственному будущему в целом (табл. 6).

Необходимо отметить, что 67/97 (69,0%) пациентов не выражали запроса на получение психологической помощи. Как было установлено ранее, эти пациенты отличались благоприятным психологическим статусом, были удовлетворены условиями пребывания в клинике ЦНИИТ, качеством оказания медицинской помощи, работой медицинского персонала и т.д., что способствует успешной гармонизации их личностного реагирования на заболевание и ситуацию лечения [7]. Для 30/97 (31,0%) пациентов, обратившихся за психологической помощью, ситуация госпитализации (резкое нарушение жизненных планов, ограничение жизненно важных потребностей, общая неопределенность) имела выраженное стрессогенное воздействие, создавая риск развития психологической дезадаптации и снижения приверженности к лечению [7]. Психологическая работа с ними была направлена на нормализацию психологического статуса и повышение личностной вовлеченности в лечебный процесс, что позволило сформировать более адаптивную модель поведения в ситуации заболевания.

Выявленную в ходе исследования динамику психологического статуса и типов отношения к болезни

Таблица 5. Изменение частоты типов отношения к болезни у пациентов при поступлении и через 2 месяца лечения

Table 5. Changes in the frequency of ATIs in patients upon admission and after two months of treatment

Типы отношения к болезни	Частота встречаемости абс. (%)	
	При поступлении n=97	Через 2 месяца лечения n= 97
Гармоничный	5 (5,2)	4 (4,1)
Эргопатический	42 (43,3)	39 (40,2)
Анозогнозический	25 (25,8)	38 (39,2)*
Тревожный	29 (29,9)	12 (12,4)**
Ипохондрический	5 (5,2)	9 (9,3)
Неврастенический	16 (16,5)	12 (12,4)
Меланхолический	7 (7,2)	8 (8,3)
Апатический	9 (9,3)	12 (12,5)
Сензитивный	35 (36,1)	29 (29,9)
Эгоцентрический	4 (4,1)	5 (5,2)
Паранойальный	4 (4,1)	2 (2,1)
Дисфорический	9 (9,3)	3 (3,1)

также можно рассматривать в качестве психологического индикатора эффективности противотуберкулезной химиотерапии в условиях стационара.

Заключение

Изучение типов отношения к болезни у больных туберкулезом легких позволило установить достоверные различия между пациентами женского и мужского пола, а также между пациентами с наличием и отсутствием нарушений психологического статуса. Выявленные особенности личностного реагирования у пациентов женского пола, а также у пациентов с нарушениями психологического статуса свидетельствуют о том, что эти пациенты более склонны к дезадаптивному поведению на фоне заболевания. Положительные изменения в особенностях личностного реагирования на заболевание и ситуацию лечения заключались в значимом снижении частоты выявления тревожного типа и увеличении частоты выявления анозогнозического типа отношения к болезни. Указанной динамике способствовала психологическая работа, направленная на повышение ресурсов психологической адаптации. Выявленная динамика психологического статуса и типов отношения к болезни также может рассматриваться в качестве психологического индикатора эффективности противотуберкулезной химиотерапии в условиях стационара.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Таблица 6. Частота встречаемости пациентов, выбравших в опроснике ТОБОЛ утверждения, свойственные анозогнозическому типу отношения к болезни, при поступлении и через 2 месяца лечения
Table 6. Frequency of patients endorsing statements indicative of the anosognosic attitude toward illness on the TOBOL questionnaire at admission and after two months of treatment

Утверждения	Частота встречаемости абс. (%)	
	При поступлении n=97 (%)	Через 2 месяца лечения n=97
I. Самочувствие		
Я почти всегда чувствую себя бодрым и полным сил	18 (47,4)	23 (60,5)
Мое самочувствие вполне удовлетворительно	20 (52,6)	20 (52,6)
II. Настроение		
Как правило, настроение у меня очень хорошее	20 (52,6)	30 (79,0)**
Я не позволяю себе из-за болезни предаваться унынию и грусти	14 (36,8)	23 (60,5)*
III. Сон и пробуждение ото сна		
Я сплю мало, но встаю бодрым. Сны вижу редко	3 (7,9)	3 (7,9)
Утром я встаю бодрым и энергичным	17 (44,7)	19 (50,0)
IV. Аппетит и отношение к еде		
У меня хороший аппетит	25 (65,8)	29 (76,3)
Я люблю сытно поесть	9 (23,7)	16 (42,1)*
Я ем с удовольствием и не люблю ограничивать себя в еде	14 (36,8)	9 (23,7)
V. Отношение к болезни		
Стараюсь не думать о своей болезни и жить беззаботной жизнью	11 (29,0)	21 (55,3)**
Считаю, что опасность моей болезни врачи преувеличивают	3 (7,9)	0 (0,0)
Я здоров, и болезни меня не беспокоят	4 (10,5)	5 (13,2)
VI. Отношение к лечению		
Избегаю всякого лечения – надеюсь, что организм сам переборет болезнь, если о ней поменьше думать	0 (0,0)	0 (0,0)
Я ни в каком лечении не нуждаюсь	0 (0,0)	0 (0,0)
VII. Отношение к врачам и медперсоналу		
Я здоров и в помощи врачей не нуждаюсь	1 (2,6)	1 (2,6)
Считаю, что врачи и медперсонал попусту тратят на меня время	2 (5,3)	1 (2,6)
VIII. Отношение к родным и близким		
Близкие напрасно хотят сделать из меня тяжелобольного	1 (2,6)	1 (2,6)
IX. Отношение к работе (учебе)		
Не считаю, что болезнь может помешать моей работе (учебе)	12 (31,6)	19 (50,0)*
Все удивляются и восхищаются тем, как я успешно работаю (учусь), несмотря на болезнь	4 (10,5)	2 (5,3)
Мое здоровье не мешает мне работать (учиться) там, где я хочу	9 (23,7)	21 (55,3)**
X. Отношение к окружающим		
Мое здоровье не мешает мне общаться с окружающими, сколько мне хочется	26 (68,4)	30 (79,0)
Моя болезнь не мешает мне иметь друзей	19 (50,0)	24 (63,2)
XI. Отношение к одиночеству		
Желание побыть одному зависит у меня от обстоятельств и настроения	22 (57,9)	22 (57,9)
XII. Отношение к будущему		
Мое здоровье пока не дает никаких оснований беспокоиться за будущее	10 (26,3)	18 (47,4)*
Я всегда надеюсь на счастливое будущее, даже в самых отчаянных положениях	16 (42,1)	14 (36,8)
Не считаю, что болезнь может существенно отразиться на моем будущем	8 (21,1)	12 (31,6)

ЛИТЕРАТУРА

1. Бастрыкина О.В., Фоменко Л.А. О психологических типах отношения к болезни у больных туберкулезом // Большой Целевой Журнал о туберкулезе. – 2000. URL: <http://www.medafarm.ru/doctor/ftziopulmo/001.shtml> [Дата обращения: 27.03.2025].
2. Валиев Р.Ш. Лечение больных туберкулезом легких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни // Проблемы туберкулеза. – 1999. – № 2. – С. 27-31.
3. Горбунова Н. В. Социально-психологические особенности пациентов, больных туберкулезом // Молодой ученый. – 2012. – Т. 46, № 11. – С. 350-353. URL: <https://moluch.ru/archive/46/5609/> [Дата обращения: 27.03.2025].
4. Данилов Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2014. – № 2. – С. 4-12. <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-2-4-12>
5. Ельников О.Е. Концепт «отношение к болезни» как научная проблема. Обзор литературы // Комплексные исследования детства. – 2020. – Т. 2, № 4. – С. 292-304. <https://doi.org/10.33910/2687-0223-2020-2-4-292-304>
6. Золотова Н. В., Стрельцов В. В., Баранова Г. В., Харитонов Н. Ю., Багдасарян Т. Р. Психологические факторы формирования терапевтического сотрудничества больных туберкулезом легких в условиях стационарного лечения // Туберкулёз и болезни лёгких. – 2020. – Т. 98, № 12. – С. 34-40. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-12-34-40>
7. Золотова Н.В., Стрельцов В.В., Харитонов Н.Ю., Баранова Г.В. Удовлетворенность стационарным лечением у больных туберкулезом легких с различным психологическим статусом // Вестник Центрального научно-исследовательского института. – 2025. – Т. 9, № 2. – С. 75-83. <https://doi.org/10.57014/2587-6678-2025-9-2-75-83>
8. Лазарева Е.Ю., Николаев Е.Л. Психосоматические соотношения при кардиальной патологии: современные направления исследований // Вестник Чувашского университета. – 2012. – № 3. – С. 429-435.
9. Лурья Р.А. Внутренняя картина болезней и иатрогенные заболевания. Москва: Медицина, 1977. – 112 с.
10. 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.
11. Мясисhev В. Н. Психология отношений: избранные психологические труды. 4-е изд. Воронеж: МОДЕК, 2011. – 398 с.
12. Петунова С.А. Психологические факторы комплаентности больных туберкулезом // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 3. – С. 78.
13. Петунова С.А. Психосоциальные особенности отношения к заболеванию у больных туберкулезом легочной локализации // Вестник психиатрии и психологии Чувашии. – 2015. – Т. 11, № 4. – С. 60-78.
14. Психологическая диагностика отношения к болезни. Пособие для врачей / Л.И. Вассерман, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова, А.Я. Вукс. – СПб.: СПбНИПНИ им. В.М. Бехтерева. – 2005. – 32 с.
15. Суслова Е.С., Николаев Е.Л. Психологические механизмы совладания при дезадаптации личности: культуральный аспект // Вестник Чувашского университета. – 2006. – № 1. – С. 281-288.
16. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
17. Узлов Н.Д., Габдрахманова Н.Н. Совладающее поведение и защитные механизмы личности у больных туберкулезом легких с анозогнозическим типом отношения к болезни [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России. – 2013. – Т. 20, № 3. URL: <http://medpsy.ru> [Дата обращения: 27.03.2025].
18. Abitov I.R. Model of psychological disadaptation at psychosomatic and neurotic disorders // Review of European Studies. – 2015. – Vol. 7, № 1. – P. 136-140. <https://doi.org/10.5539/res.v7n1p136>
19. Bam K., Bhatt L.P., Thapa R., Dossajee H.K., Angdembe M.R. Illness perception of tuberculosis (TB) and health seeking practice among urban slum residents of Bangladesh: a qualitative study // BMC Res. Notes. – 2014. – № 7. – P. 572. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-572>
20. Kibrisli E., Bez Y., Yilmaz A., Aslanhan H., Taylan M., Kaya H., Tanrikulu A.C., Abakay O. High social anxiety and poor quality of life in patients with pulmonary tuberculosis // Medicine (United States). – 2015. – Vol. 94, № 3. – P. e413-null. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000413>

REFERENCES

1. Bastykina O.V., Fomenko L.A. On psychological attitudes toward illness in patients with tuberculosis. *Bolshoi Tselevoi Zhurnal o Tuberkuleze*. 2000, (in Russ.) URL: <http://www.medafarm.ru/doctor/ftziopulmo/001.shtml>. Accessed March 27, 2025
2. Valiev R.Sh. Treatment of patients with pulmonary tuberculosis based on their personality characteristics and attitude toward illness. *Problemy Tuberkuleza*, 1999, no. 2, pp. 27–31 (In Russ.)
3. Gorbunova N.V. Socio-psychological characteristics of patients with tuberculosis. *Young Scientist*, 2012; vol. 46, no. 11, pp. 350–353. (In Russ.) URL: <https://moluch.ru/archive/46/5609/>. Accessed March 27, 2025.
4. Danilov D. Therapeutic collaboration (compliance): Content of the definition, mechanisms of formation, and methods of optimization. *Nevrologiya, neiropsikhiatriya, psikhosomatika = Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*. 2014;6(2):4-12. (In Russ.). <https://doi.org/10.14412/2074-2711-2014-2-4-12>
5. Elnikova O.E. Attitude to illness as a research topic. Review of prior research. *Comprehensive Child Studies*. 2020, vol.2, no. 4, pp. 292–304. (In Russ.) doi:10.33910/2687-0223-2020-2-4-292-304
6. Zolotova N.V., Streltsov V.V., Baranova G.V., Kharitonova N.Yu., Bagdasaryan T.R. Psychological factors influencing the formation of therapeutic cooperation in pulmonary tuberculosis patients undergoing in-patient treatment. *Tuberculosis and Lung Diseases*. 2020;98(12):34-40. (In Russ.). <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-12-34-40>
7. Zolotova N.V., Streltsov V.V., Kharitonova N.Yu., Baranova G.V. Satisfaction with inpatient treatment in pulmonary tuberculosis patients with different psychological statuses. *CTRI Bulletin*. 2025, vol. 9, no. 2, pp. 75-83. (In Russ) <https://doi.org/10.57014/2587-6678-2025-9-2-75-83>
8. Lazareva E.Yu., Nikolaev E.L. Psychosomatic interrelations in cardiac pathology: current research trends. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*. 2012, no. 3, pp. 429-435. (In Russ)
9. Luria RA. Illness perception and iatrogenic diseases. Moscow: Meditsina; 1977. p.112
10. Lubaeva, E.V., Enikolopov, S.N. (2011). The role of individual psychological characteristics of patients in developing of adherence to tuberculosis and HIV therapy. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 19(2), pp.111–127. (In Russ.)
11. Myasishchev V.N. Psychology of relations: selected psychological works. 4th ed. Voronezh: MODEK; 2011. p. 398
12. Petunova S.A. Psychosocially factors of tuberculosis patients' compliance. *Modern Problems of Science and Education*. 2015, no. 3, p. 78. (In Russ.)
13. Petunova S.A. Psychosocial characteristics of attitudes toward illness in patients with pulmonary tuberculosis. *Vestnik psikiatrii i psikhologii Chuvashii*. 2015, vol. 11, no. 4, pp. 60-78. (In Russ.)
14. Vasserman L.I., Iovlev B.V., Karpova E.B. Psychological assessment of attitudes toward illness: a guide for physicians. Saint-Petersburg: V.M. Bekhterev National Medical Research Center of Psychiatry and Neurology, 2005. p. 32 (In Russ.)
15. Suslova E.S., Nikolaev E.L. Psychological mechanisms of coping in personality maladaptation: cultural aspect. *Vestnik Chuvashskogo universiteta*. 2006, no. 1, pp. 281-288. (In Russ.)
16. Tarabrina N.V. Workshop on psychology of post-traumatic stress. St. Petersburg: Piter; 2001. p. 272
17. Uzlov N.D., Gabdrakhmanova N.N. Coping behavior and personality defense mechanisms in patients with pulmonary tuberculosis and anosognosic attitude toward illness [Internet]. *Meditsinskaya psikhologiya v Rossii*. 2013, vol. 20, no. 3. (In Russ.) URL: <http://medpsy.ru>. Accessed March 27, 2025
18. Abitov I.R. Model of psychological disadaptation at psychosomatic and neurotic disorders // Review of European Studies. – 2015. – Vol. 7, № 1. – pp. 136-140. <https://doi.org/10.5539/res.v7n1p136>
19. Bam K., Bhatt L.P., Thapa R., Dossajee H.K., Angdembe M.R. Illness perception of tuberculosis (TB) and health seeking practice among urban slum residents of Bangladesh: a qualitative study // BMC Res. Notes. – 2014. – № 7. – P. 572. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-7-572>
20. Kibrisli E., Bez Y., Yilmaz A., Aslanhan H., Taylan M., Kaya H., Tanrikulu A.C., Abakay O. High social anxiety and poor quality of life in patients with pulmonary tuberculosis // Medicine (United States). – 2015. – Vol. 94, № 3. – P. e413-null. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000413>

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза»
107564, Москва, Яузская аллея, д. 2
Тел.: 8 (499) 785-90-52

Золотова Наталья Владимировна
К. п. н., старший научный сотрудник, заведующая лабораторией изучения психологических проблем туберкулеза, отдел фтизиатрии
E-mail: Zolotova_n@mail.ru

Стрельцов Владимир Владимирович
К. п. н., старший научный сотрудник лаборатории по изучению психологических проблем туберкулеза, отдел фтизиатрии
E-mail: vvst-64@mail.ru

Баранова Галина Викторовна
К. п. н., старший научный сотрудник лаборатории по изучению психологических проблем туберкулеза, отдел фтизиатрии
E-mail: g_a_l_i_n_a_62@mail.ru

Харитоновна Надежда Юрьевна
Научный сотрудник лаборатории по изучению психологических проблем туберкулеза, отдел фтизиатрии
E-mail: nuh65@mail.ru

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Central Tuberculosis Research Institute
2 Yauzskaya alleya, Moscow 107564, Russia
Tel.: +7 (499) 785-90-52.

Natalya V. Zolotova
Candidate of Psychological Sciences,
Head of the Laboratory for Psychological Research in Tuberculosis, Senior Researcher,
Department of Phthisiology
Email: Zolotova_n@mail.ru

Vladimir V. Streltsov
Candidate of Psychological Sciences, Senior Researcher,
Laboratory for Psychological Research in Tuberculosis, Department of Phthisiology
Email: vvst-64@mail.ru

Galina V. Baranova
Candidate of Psychological Sciences, Senior Researcher,
Laboratory for Psychological Research in Tuberculosis, Department of Phthisiology
Email: g_a_l_i_n_a_62@mail.ru

Nadezhda Yu. Kharitonova
Researcher, Laboratory for Psychological Research in Tuberculosis, Department of Phthisiology
Email: nuh65@mail.ru

Поступила 25.04.2025

Submitted as of 25.04.2025