© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013

УДК 616.24-002.5-06:616.895

ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В ФАЗЕ ИНТЕНСИВНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ (В УСЛОВИЯХ СТАЦИОНАРА)

В. В. СТРЕЛЬЦОВ, Н. В. ЗОЛОТОВА, Г. Б. БАРАНОВА, А. А. АХТЯМОВА, Н. Ю. ХАРИТОНОВА, И. А. ВАСИЛЬЕВА

SPECIFIC FEATURES OF PSYCHOLOGICAL CARE FOR PATIENTS WITH PULMONARY TUBERCULOSIS DURING INTENSIVE CHEMOTHERAPY (IN THE HOSPITAL SETTING)

V. V. STRELTSOV, N. V. ZOLOTOVA, G. B. BARANOVA, A. A. AKHTYAMOVA, N. YU. KHARITONOVA, I. A. VASILYEVA

ФГБУ «Центральный НИИ туберкулеза» РАМН, г. Москва

Психологическая травматичность заболевания туберкулезом легких и длительного курса лечения может являться причиной развития и усугубления различных пограничных нервно-психических расстройств у пациентов, сокращать результативность лечения, вызывать преждевременное прекращение терапии. Основные практические задачи психологической реабилитации в фазе интенсивного лечения предусматривают оказание помощи пациенту в адаптации к условиям стационара, коррекцию неадекватных типов отношения к болезни, создание мотивации на активное сотрудничество со специалистами. Компетентное психологическое сопровождение медикаментозной терапии способствует снижению у пациентов интенсивности переживаний психического и соматического неблагополучия, увеличению собственных психологических ресурсов. В качестве важнейших реабилитационных факторов необходимо рассматривать создание соответствующего микроклимата во фтизиатрическом лечебном учреждении, а также пациент-центрированной модели взаимодействия врач – пациент.

Ключевые слова: туберкулез легких, интенсивная фаза лечения, психоэмоциональное состояние, психологическая реабилитация.

The psychological trauma of pulmonary tuberculosis and long-term treatment may cause the development and progression of different borderline neuropsychic disorders in patients, lower therapeutic effectiveness, and prematurely discontinue therapy. The main practical tasks of psychological rehabilitation during intensive treatment are to render care for a patient during his adaptation to the hospital setting, to correct inadequate attitude towards disease, and to motivate active cooperation with specialists. Competent psychological support of drug therapy promotes a reduction in the intensity of psychic and somatic experiences in the patient and an increase in his psychological resources. A respective microclimate in the tuberculosis control facility and a patient-centered doctor-patient model should be considered as the most important rehabilitation factors.

Key words: pulmonary tuberculosis; intensive phase of treatment; psychoemotional state; psychological rehabilitation.

Известно, что недостаточная эффективность терапии туберкулеза легких в значительной степени определяется наличием лекарственной устойчивости возбудителя и непереносимостью химиотерапии. Вместе с тем в лечебном процессе необходимо учитывать и другие факторы, играющие, по данным аналитических исследований, значимую роль. Среди выделенных более 200 факторов, влияющих на успешность лечения туберкулеза, наряду с социально-экономическими, организационными и клинико-биологическими, рассматриваются также и психологические факторы, в первую очередь личностные особенности пациента [1, 4, 26, 33]. Выделение индивидуальных психологических характеристик пациентов в отдельную группу факторов эффективности терапии представляется весьма обоснованным.

Современный этап развития реабилитационной методологии в медицине характеризуется все большим признанием в качестве неотъемлемой составляющей лечебно-восстановительного процесса психологическую и социальную помощь пациентам, которая необходима не только для коррекции имеющихся у больных нарушений, но и для улучшения результатов «соматически ориентированного» медикаментозного вмешательства [8]. Реализация интегрального подхода к пациенту, наряду с единством биологических и психосоциальных методов воздействия, разносторонности усилий специалистов, предусматривает также значительное повышение активного участия самих пациентов в лечебном процессе [13]. Специалисты подчеркивают, что учет базовых психологических характеристик, а также т. н. пациент-зависимых факторов обеспечивает возможность нивелирования ряда отрицательных факторов, влияющих на процесс лечения, что является особенно важным применительно к социально значимым заболеваниям [11, 12, 16].

В системе восстановительного лечения при туберкулезе легких компетентное психологическое сопровождение медикаментозной терапии рассматривается в качестве существенного ресурса повышения эффективности реабилитации больных данным заболеванием [5, 9, 14, 18, 26]. Вместе с тем, несмотря на востребованность психологической помощи и поддержки, она оказывается пациентам противотуберкулезных учреждений в недо-

статочном объеме [8]. Существующие недостатки в организации психосоциальной помощи фтизиатрическим пациентам, с одной стороны, отражают практику взаимодействия клинической психологии и медицины в целом, с другой – свидетельствуют об отсутствии методологических подходов к созданию системы психологической реабилитации во фтизиатрии. Современные программы психосоциальной поддержки больных туберкулезом легких в основном ориентированы на укрепление их приверженности сложной схеме противотуберкулезной химиотерапии, что решается преимущественно предоставлением пациентам социально-экономической помощи в период лечения [1, 33]. Собственно психологическая работа ограничивается информированием пациентов о природе данного инфекционного заболевания и мероприятиями по ослаблению стигматизации больных в семье и сфере профессиональной деятельности.

Реализация принципа партнерства, осуществление пациент-центрированного подхода в отношении больных туберкулезом затруднены и по причине распространенных до настоящего времени представлений о туберкулезе как заболевании социально-дезадаптированных категорий населения, что зачастую провоцирует у специалистов ожидание невысокой ответственности и дисциплинированности пациентов в лечении [7, 27]. Между тем, по данным аналитического обзора эпидемической ситуации по туберкулезу в России за 2010 г., среди заболевших число лиц БОМЖ и зарегистрированных в учреждениях ФСИН составляет лишь 14,1% случаев [29]. То есть более 80% заболевающих туберкулезом легких относятся к социально благополучным слоям общества, в отношении которых может быть достигнут более высокий терапевтический эффект за счет активизации их психологических ресурсов.

Заболевание туберкулезом легких необходимо рассматривать как психотравмирующую ситуацию, обусловливающую специфические эмоциональные реакции, поведение и способную изменять мировоззрение, отношение человека к действительности [31]. «Потрясение» при сообщении диагноза во многом обусловлено и отмеченной выше социальной стигматизацией заболевания – распространенными стереотипными ассоциациями туберкулеза с социальным неблагополучием, асоциальным образом жизни. Возникающий страх за свое здоровье и здоровье близких в связи с их потенциальным заражением также усиливает психологическую травматизацию. Госпитализация, необходимость длительного лечения переживаются как тяжелый стресс, связанный с резким изменением привычного стиля жизни, социального статуса, ограничениями семейного и межличностного общения, зависимостью от медицинского персонала и сопровождаемый стойкими негативными эмоциональными реакциями [25, 28, 31, 32]. Пациенты считают, что болезнь и длительное пребывание в стационаре существенно отразятся на их профессиональной деятельности, взаимоотношениях с окружающими, нередко убеждены в неизлечимости заболевания [10, 35]. Как правило, существенными травмирующими факторами становятся общение и обмен информацией о болезни и предстоящем лечении с другими пациентами, а в ряде случаев и негативный опыт межличностного общения в палате. Интенсивность переживаемого стресса может усиливаться на фоне актуальных переживаний пациентов по поводу побочного действия противотуберкулезных химиопрепаратов.

По имеющимся данным, у впервые выявленных больных уже до начала химиотерапии наблюдаются полиморфные личностные реакции широкой амплитуды: от ситуационной тревожности до пограничных психических состояний с проявлением астенического, тревожно-депрессивного, обсессивно-фобического симптомокомплексов [3, 9, 15, 28]. Комплекс нозогенных нарушений при туберкулезе легких характеризуется также эмоциональной лабильностью, виновностью, ипохондричностью, страхом перед социальными контактами, пессимистическим видением будущего. Большая психологическая травматичность данного заболевания, обусловливая развитие у пациентов пограничных нервно-психических аффективных и астенических расстройств, может являться причиной недостаточной результативности лечения, преждевременного прекращения терапии [3]. Также больные с пограничными нарушениями психики при проведении химиотерапии относятся к группе риска по возникновению побочных реакций, особенно со стороны центральной нервной системы [17], у них более выражена туберкулезная интоксикация, заболевание приобретает торпидное течение, чаще встречаются аллергические реакции [22]. Недостаток информации, искаженные представления о характере заболевания и его последствиях, по клиническим наблюдениям, также негативно влияют на формирование приверженности к лечению [4, 16, 30].

Традиционные условия пребывания в стационаре, с однообразием и «тусклостью» жизненных событий, разлукой с близкими, дефицитом социальных связей развивают у большинства больных пассивность, зависимость, инфантильные формы поведения, а также снижают самооценку, усугубляют имеющееся психологическое неблагополучие. Для многих длительно находящихся в стационаре пациентов жизненное пространство, с которым они постоянно соприкасаются, и отношения в нем приобретают характер агрессивности, что также ослабляет их внутренние ресурсы преодоления проблем. Установлено, что хронизация процесса у мужчин и женщин в равной степени приводит к снижению качества жизни, поскольку происходит увеличение количества базовых потребностей личности, степень удовлетворения которых ниже

по сравнению со здоровыми людьми аналогичного возраста и социального статуса [25]. Таким образом, в современных условиях интенсивной антибактериальной терапии туберкулеза легких психологические проблемы пациентов, связанные с лечением, не стали менее актуальными. Основными целями психологического сопровождения медикаментозной терапии туберкулеза в условиях стационара должны являться стабилизация эмоционального состояния и увеличение психологических ресурсов пациентов.

Необходимость определения теоретических оснований и практического содержания психологической реабилитации больных туберкулезом легких обусловлена не только фактом стрессогенного влияния информации о наличии заболевания и непосредственной связью между психическим состоянием пациента, уровнем complains и эффективностью проводимого лечения [4, 14, 26, 32, 34]. Современные исследования преморбидных личностных характеристик и доминирующих эмоций, способствовавших формированию состояния длительного психического напряжения у больных туберкулезом легких до манифестации туберкулеза легких, расширили представления о роли психологических факторов, участвующих в развитии данного инфекционного заболевания [21, 23, 24]. Включение в сферу внимания специалиста не только динамики актуального психоэмоционального состояния пациентов, но и патогенных особенностей их системы отношений позволяет расширить границы психологической помощи больным туберкулезом легких – от психологического сопровождения на этапах медикаментозной терапии к психотерапевтическому воздействию на психологические факторы заболевания, существенно увеличивая, таким образом, реабилитационный потенциал проводимой работы.

При обращении за помощью к специалисту-психологу пациенты, как правило, предъявляют жалобы на страх, тревогу, сниженный фон настроения, повышенную раздражительность, нарушения сна и аппетита, негативный опыт межличностного общения с другими пациентами, а также тревожащие их актуальные жизненные проблемы. Целесообразно выделить приоритетные задачи психологической реабилитации больных туберкулезом легких на первом этапе терапии – в фазе интенсивного лечения. Таковыми являются:

- преодоление моделей неконструктивного и дезадаптивного поведения пациентов на этапе адаптации к стационарным условиям, поддержание чувства контроля над происходящим;
- уменьшение стигматизации и аутостигматизации больных, профилактика нозогенных расстройств;
- коррекция неадекватных типов отношения к болезни;
- преодоление или предупреждение кризиса идентичности, связанного с заболеванием;
- формирование межличностных отношений пациентов и медперсонала на принципах взаимного доверия и партнерства;
- обучение адекватному отношению к различным реакциям организма на прием противотуберкулезных препаратов.

Системный характер задач по нормализации психологического статуса пациентов, повышению уровня функционирования личности предполагает использование различных видов реабилитационного воздействия. Результаты научно-исследовательской деятельности в Центральном НИИ туберкулеза РАМН свидетельствуют об эффективности как индивидуальных форм работы с пациентами [23], так и групповых. Так, одним из распространенных методов психотерапевтического воздействия является метод групповых дискуссий, применяемый в целях обучения, развития, установления взаимоотношений в группе и представляющий собой групповое обсуждение какой-либо проблемы [20]. В работе с больными туберкулезом легких использовалась тематическая направленность указанного методического приема в качестве одного из направлений реабилитационной работы, связанного с решением информационно-обучающих задач, касающихся понимания пациентом сложившейся в связи с болезнью ситуацией, вопросов взаимодействия в повседневной жизни, отношения к себе и взаимоотношений с другими. В ходе подобных тематических дискуссий, проводимых на ранних этапах госпитализации и на фоне интенсивной химиотерапии, происходило обучение пациентов адекватному отношению к актуальным вопросам, связанным с заболеванием и лечением. Усилия специалистов-психологов направлялись на оказание эмоциональной поддержки участникам группы, коррекцию их представлений о себе и болезни, укрепление мотивации к лечению, обучение навыкам конструктивного взаимодействия в стационаре.

Приводим основные темы групповых дискуссий:

1. «Режим в отделении» – объясняется важность соблюдения пациентами лечебно-охранительного режима, дисциплинированного приема лекарственных препаратов.

2. «Отношение к болезни» – обсуждаются вопросы оптимистичного отношения к процессу лечения. Внимание концентрируется на важности активного содействия успеху лечения, ответственного отношения к рекомендациям и назначениям врача.

3. «Лечение и психологическое состояние» – обосновывается связь психического и соматического в организме человека. Обсуждаются необходимость принятия актуальной жизненной ситуации

заболевания и роль психоэмоционального перенапряжения в формировании и течении болезни.

4. «Сохранение личностной активности» – объясняется важность сохранения жизненных интересов, социальных контактов как психологического ресурса выздоровления и возвращения к здоровой и полноценной жизни. Обсуждаются возможности сохранения профессиональной деятельности и компенсации вынужденных социальных ограничений в период интенсивного лечения.

Групповые дискуссии могли также носить импровизированный характер с выбором темы по индивидуальным запросам пациентов. После каждого тематического сообщения психолога проводилось обсуждение полученной информации с пациентами, обмен мнениями, оценками, личным опытом. Как показала практика, наиболее эффективной, эмоционально насыщенной и ресурсной для пациентов являлась полиориентированность группового сеанса, когда его тематическая ориентация спонтанно сменялась биографической и интеракционной, с привлечением элементов коммуникативного тренинга. Общее количество групповых дискуссий составляло в среднем 4-6 встреч (в зависимости от групповой динамики) с частотой 2 раза в неделю и длительностью 60-90 мин. Оптимальной являлась численность группы от 7 до 10 человек. Позиция психолога носила недирективный, информирующе-обучающий характер и предполагала создание обстановки эмпатии и сотрудничества, предъявление модели доброжелательного взаимодействия. Подобное эмоциональное принятие больного и отказ от критической оценки его суждений располагали к более открытому изложению пациентом своих представлений о болезни и лечении, тревогах и опасениях. Опыт психотерапии показывает, что эмоциональное сопереживание для больных туберкулезом легких более значимо по сравнению с внешней конструктивной поддержкой, лишенной выраженного сочувствия. Особенно важна возможность расслабления в ходе подобного общения для пациентов с мнительным отношением к своему состоянию [14]. Необходимо отметить важнейшую роль психологического механизма идентификации с психологом, который актуализируется в ходе психологической работы и состоит в неосознанном заимствовании больным сил, оптимизма, способности к преодолению трудностей у специалиста, способствующего мобилизации позитивных качеств и личностных ресурсов пациента в процессе выздоровления.

По мнению 80% участников групповых дискуссий, полученный ими опыт участия в подобной обучающей интерактивной работе способствовал снижению интенсивности переживаний психического и соматического неблагополучия, улучшению саморегуляции. У пациентов сложилось более четкое представление о значимости эмоционального состояния в процессах развития заболевания и выздоровления, что сопровождалось ослаблением претенциозности, негативизма к окружающим и повышением уровня личностного функционирования, готовностью к принятию ответственности за обстоятельства своей жизни. Типичными ответами в самоотчетах пациентов являлись: «Приобретаю душевное спокойствие», «Могу смотреть на некоторые вещи по-другому», «Жизнь может быть полегче», «Пересмотрю свое отношение к себе и своей жизни», «Эмоциональное состояние улучшилось», «В моих силах преодолеть черты характера, мешающие мне выздороветь», «Состояние депрессии пропадает», «Все, включая здоровье, в моих руках».

Важно указать, что для полноценной реализации реабилитационно-профилактических мероприятий в условиях стационара необходимо использование не только профессиональных психологических методов, но и других реабилитационных техник, одной из которых является создание в отделении адекватной терапевтической среды [19]. Адекватная терапевтическая среда подразумевает создание взаимно комфортных межперсональных взаимоотношений между пациентами и медицинским персоналом, позволяющих свести к минимуму негативные изоляционно-ограничительные эффекты от пребывания в стационаре и способствующих не актуализации определенных патогенных элементов системы отношений больных туберкулезом легких, а оптимизации их психоэмоционального состояния [12]. Реабилитационная направленность терапевтической среды в первую очередь обеспечивается особым микроклиматом в отделении, основанном на знании психологических характеристик, свойственных фтизиатрическим пациентам [2, 11, 23], и ориентированном на доброжелательно-уважительный стиль взаимодействия с пациентом, его эмоциональную поддержку [6, 21, 35]. Необходимо заметить, что уважительное отношение медицинского персонала к пациентам, в том числе из «асоциальных» групп населения, включено в комплекс мероприятий, рекомендованных к внедрению региональными противотуберкулезными программами [1]. Авторы подчеркивают, что информирование о процессе лечения и возможных последствиях его прерывания, являясь важной частью работы с пациентом, должно проводиться «на равных», без излишнего давления, обвинения и морализаторства.

Особенное психологическое значение имеет создание конструктивной модели взаимоотношений в системе врач – пациент и, в первую очередь, на самых ранних этапах адаптации к стационару и лечению, когда пациент растерян, раним, стремится к конкретным и понятным ему рекомендациям, при этом отличается суженным объемом внимания, фрагментарностью восприятия. Информационная и эмоциональная поддержка, коммуникативная компетентность и участливо-терпеливое отношение со стороны врача-фтизиатра создают у больного чувство защищенности, повышают дове-

рие и уверенность в благополучной перспективе лечения, что может оказаться решающим фактором выздоровления [32]. Наличие доверия к врачу рассматривается в качестве одного из мотивирующих факторов в формировании приверженности к терапии [16]. Отсутствие необходимого эмоционального контакта, информации о своей болезни и лечебных процедурах приводит к кризису доверия между врачом и пациентом, вызывая у последнего состояния тревоги, подавленности, агрессивности, в ряде случаев способствуя формированию реакции отрицания болезни, алкоголизации.

В условиях длительного лечения в стационаре большое практическое значение имеет организация вынужденного досуга больных туберкулезом легких, т. н. терапия занятостью. Учебная деятельность, рукоделие (вязание, бисероплетение и пр.), библиотерапия, просмотры развивающих и образовательных программ, видеофильмов и т. п. являются средствами отвлечения от мыслей, связанных с болезнью, оптимизации психологического состояния, преодоления синдрома госпитализма. Выбор занятия зависит от уровня интеллектуального развития пациента, его эмоционального и клинического состояния, возможностей учреждения и т. п. Важным фактором оздоровления пациентов может стать разнообразная трудовая деятельность, необходимость и целесообразность которой во фтизиатрическом учреждении давно отмечались специалистами [6].

Таким образом, большая психологическая травматичность туберкулеза легких может являться причиной развития и усугубления различных пограничных нервно-психических расстройств у пациентов, сокращать результативность лечения, вызывать преждевременное прекращение терапии. Основные практические задачи психологической реабилитации в фазе интенсивного лечения предусматривают оказание помощи пациенту в адаптации к условиям стационара, коррекцию неадекватных типов отношения к болезни, создание мотивации на активное сотрудничество со специалистами, обучение адекватному отношению к актуальным вопросам, связанным с заболеванием и лечением. Компетентное психологическое сопровождение медикаментозной терапии способствует снижению у больных интенсивности переживаний психического и соматического неблагополучия, улучшению способности к саморегуляции собственного состояния и межличностного взаимодействия в условиях стационара. Информационную и эмоциональную поддержку со стороны врача-фтизиатра, а также создание соответствующего микроклимата во фтизиатрическом лечебном учреждении необходимо рассматривать в качестве важнейших реабилитационных факторов в процессе выздоровления и восстановления социально-психологического статуса пациентов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Байерлен В. П., Земляная Н. А., Соловьева А. В. Организация контролируемого лечения туберкулеза на амбулаторном этапе в городе и на селе // Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации. Сб. статей. - М.: ЛексТорг, 2013. – С. 22-35.

2. Баранова Г. В., Золотова Н. В., Столбун Ю. В. Структура личностных черт у больных туберкулезом легких [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2012. – № 3 (14). – URL: http://medpsy.ru (дата обращения: 03.06.2013).

3. Брюханова Н. С. Психическая травматичность туберкулеза // Социальные аспекты проблемы детского туберкулеза: материалы Российской научно-практ. конф. 16-18 ноября 2011 г. – Омск, 2011. - С. 70-74.

4. Валиев Р. Ш. Лечение больных туберкулезом легких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни // Пробл. туб. – 1999. - № 2. – С. 27-31.

5. Виноградов М. В., Черкашина И. И., Перельман М. И. Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулеза легких // Пробл. туб. – 1991. – № 10. – С. 41-43.

6. Гройсман А. Л. Коллективная психотерапия. – Харьков, 1969. – 212 с.

7. Дегтярев А. А. Мультипрофессиональные команды при лечении больных туберкулезом // Психосоциальная помощь больным туберкулезом в РФ. Сборник статей. – М.: ЛексТорг, 2013. – С. 46-57.

8. Деларю В. В., Юдин С. А., Борзенко А. С. Оказание психологической/психотерапевтической помощи больным туберкулезом людям (по данным социологического исследования) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2013. – № 1 (18). – URL: http://medpsy.ru (дата обращения: 27.09.2013).

9. 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.

10. Дробижев М. Ю. Неврогении (психогенные реакции) при соматических заболеваниях: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – М., 2000. – 25 с.

11. Золотова Н. В., Сиресина Н. Н., Стрельцов В. В. Структура базовых черт личности у больных туберкулезом легких // Ярослав. психол. вестник. – 2010. – № 26. – С. 174-176.

12. Золотова Н. В., Стрельцов В. В., Стрельцова В. П. Основные принципы реабилитационной работы с больными туберкулезом легких // Сб. материалов I Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы альтернативной и социальной педагогики, клинической психологии, психиатрии: традиции и перспективы междисциплинарного взаимодействия» 24-25 июня 2011 г. – Владимир, 2011. – С. 127-130.

13. Кабанов М. М. Психосоциальная реабилитация и социальная психиатрия. – СПб., 1998. – 256 с.

14. 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.

15. Ломачешков В. Д., Кошелева Г. Я. Психологические особенности мужчин и женщин, впервые заболевших туберкулезом

легких, и их социальная адаптация // Пробл. туб. – 1997. – № 3. – С. 9-11.

16. Любаева Е. В., Ениколопов С. Н. Роль индивидуальных психологических характеристик пациентов в формировании приверженности терапии туберкулеза и ВИЧ // Консульт. психология и психотерапия. – 2011. – № 2. – С. 111-127.

17. Панкратова Л. Э. Нервно-психическое состояние больных с впервые выявленным туберкулезом легких и его влияние на переносимость противотуберкулезных препаратов // Пробл. туб. – 1988. – № 3. – С. 74-77.

18. Прилипко Н. С., Разумов А. Н. Совершенствование организации этапности и преемственности лечения больных в учреждениях здравоохранения // Вестн. восстан. медицины. – 2009. – № 5 (33). – С. 13-16.

19. Психодиагностика и психокоррекция / Под ред. А. А. Александрова. – СПб.: Питер, 2008. – 384 с.

20. Психотерапевтическая энциклопедия / Под ред. Б. Д. Карвасарского. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 752 с.

21. Сельцовский П. П., Стрельцов В. В., Золотова Н. В. Психологическое сопровождение терапии туберкулеза легких // Сб. науч. трудовк 70-летию В. И. Литвинова. – М.: МНПЦБТ, 2011. – С. 98-109.

22. Собчик Л. Н. и др. Метод стандартизированного многофакторного исследования личности в диагностике нервно-психических нарушений у больных туберкулезом. – М., 1990. – 28 с.

23. Стрельцов В. В., Баранова Г. В., Сиресина Н. Н. и др. Возможности оптимизации психологического состояния больных туберкулезом легких в процессе индивидуальной психологической коррекции // Туб. – 2012. – № 3. – С. 31-37.

24. Стрельцов В.В., Сиресина Н. Н., Золотова Н. В. и др. Изменение психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического и нейропсихологического сопровождения противотуберкулезной терапии // Пробл. туб. – 2009. – № 4. – С. 31-36.

25. Сухов В. М., Сухова Е. В. Некоторые особенности качества жизни больных туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2003. – № 4. – С. 29-30.

26. Сухова Е. В. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2004. – № 10. – С. 34-36.

27. Сухова Е. В. «Фтиза-школа» - система комплексного воздействия на больного туберкулезом // Пробл. туб. – 2004. – № 12. – С. 35-40.

28. Сухова Е. В., Сухов В. М., Корнев А. В. Особенности отношения к болезни больных туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2006. – № 5. – С. 20-23.

29. Туберкулез в Российской Федерации, 2010 г. Аналитический обзор статистических показателей, используемых в Российской Федерации. – М., 2011. – 280 с.

30. Филипсон О. Н. Влияние отношения больных туберкулезом к заболеванию на эффективность лечения // Пробл. туб. – 2000. –№ 3. – С. 11-15.

31. Фау Е. А., Фау Г. А. Туберкулез как фактор «потрясения» // Сб. научных работ, посвященный 120-й годовщине открытия Робертом Кохом возбудителя туберкулеза. – СПб., 2002. – С. 66-69.

32. Худзик Л. Б., Толканица В. А., Панкратова Л. Э. Психологические и нравственные аспекты подготовки врача во фтизиопульмонологической клинике медицинского университета // Пробл. туб. – 1997. – № 2. – С. 58-59.

33. Черняев И. А. Введение // Психосоц. пом. больным туберкулезом в РФ. Сборник статей. – М.: ЛексТорг, 2013. – С. 16-21.

34. Janmeja A. K., Das S. K., Bhargava R., Chavan B. S. Psychotherapy improves compliance with tuberculosis treatment // Respiration. – 2005. – Vol. 72, № 4. – P. 375-380.

35. Sweetland A., Acha J., Guerra D. Enhancing adherence: the role of group psychotherapy in the treatment of multidrug-resisant tuberculosis in urban Peru. In: Cohen A., Kleinman A., Saraceno B. E., eds. The world mental health casebook: social and mental health programs in low-income countries. New York: Kluwer Academic, 2002:51-79.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Стрельцов Владимир Владимирович
ФГБУ «Центральный НИИ туберкулеза» РАМН, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник группы изучения психологических проблем туберкулеза.
107564, г. Москва, Яузская аллея, д. 2.
E-mail: vrst-64@mail.ru

Поступила 24.12.2013