

ОЦЕНКА ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, НА ФОНЕ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ

Н. В. ЗОЛотова, А. А. Ахтямова, В. В. Стрельцов, Г. В. Баранова, Е. С. Овсянкина, Н. В. Юхименко

EVALUATION OF PSYCHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN SUFFERING FROM RESPIRATORY TUBERCULOSIS AND RECEIVING ANTI-TUBERCULOSIS THERAPY

N. V. ZOLOTOVA, A. A. AKHTYAMOVA, V. V. STRELTSOV, G. V. BARANOVA, E. S. OVSYANKINA, N. V. YUKHIMENKO

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, RF

Проведено исследование особенностей актуального психологического статуса у 34 детей в возрасте 9-12 лет до начала специфической терапии на различных этапах. Выявлено наличие астенических проявлений в сфере умственной работоспособности и познавательных процессов: снижение объема и точности активного внимания, низкий темп умственной работоспособности, истощаемость, инертность мнестической функции. В актуальном эмоциональном состоянии обнаружены наличие выраженного стрессового состояния, повышенного уровня возбуждения и нервно-психической напряженности, а также низкого энергетического потенциала. В среднем через 8 мес. специфической терапии наблюдали наиболее существенные изменения, отражающие как положительную, так и отрицательную динамику в психологическом статусе детей. Полученные данные свидетельствуют о комплексном характере нарушений, обусловленных взаимодействием биологического и психосоциального факторов.

Ключевые слова: туберкулез органов дыхания, дети, эмоциональное состояние, психическая работоспособность, астенические расстройства, фазы химиотерапии.

The study evaluated specific actual psychological status in 34 children at the age from 9 to 12 years old at various stages before the start of anti-tuberculosis therapy. Manifestations of asthenia were observed in the field of the task performance and cognitive function: reduction in the scope and accuracy of the active attention, low tempo of task performance, exhaustion, anergia of mnestic function. In the actual emotional state the expressed stress, high level of excitation and neurophysic stress and low energetic potential were observed. On the average in 8 months of anti-tuberculosis therapy significant changes were observed including both positive and negative shifts in the psychological state of the children. The obtained data provide the evidence on the integral nature of disorders caused by synergy of biological and psychosocial factors.

Key words: respiratory tuberculosis, children, emotional state, psychiatric working capacity, asthenic disorders, phases of chemotherapy.

Среди немногочисленных работ, посвященных изучению психологических характеристик больных туберкулезом органов дыхания (ТОД) детей, имеются единичные исследования, в которых акцентируется внимание на роли инфекционного фактора в развитии психологических отклонений у пациентов, а также их взаимодействия в динамике туберкулезного процесса [7, 9, 10]. Анализ имеющихся данных дает основания полагать, что данная проблема недостаточно изучена. Вряд ли следует считать исчерпывающими попытки объяснения с биологических позиций широкого круга различных по содержанию и уровню психических проявлений. Вопрос о влиянии туберкулезной инфекции на психическую сферу детей непосредственно затрагивает пограничную с медициной область клинической психологии, поэтому для его экспериментального изучения требуется теоретическая проработка (хотя бы в самом общем виде) некоторых психологических категорий. Научная актуальность подобного анализа состоит в том, что он позволит дифференцировать из многообразия имеющихся у больных ТОД детей психологических проблем те, которые могут быть непосредственно

обусловлены инфекционным заболеванием. Указанный методологический подход, обусловленный междисциплинарным характером изучаемой проблемы, будет способствовать выделению релевантного уровня анализа и постановке более четких исследовательских целей и задач, соответствующему выбору методического инструментария, адекватной интерпретации и квалификации изучаемых психических явлений.

В многоуровневой структуре психических явлений выделяются следующие классы: психические процессы (познавательные, эмоциональные, регуляторные), психические состояния (настроение, аффект, фрустрация, стресс), а также психические свойства [2, 3]. Психические процессы являются исходными и наиболее динамичными в психической жизни, психические состояния – относительно динамичным фоном деятельности и активности психики (определяющим, в частности, степень работоспособности и утомления). Наконец, психические свойства выступают в качестве высших и устойчивых образований, обеспечивающих определенный уровень деятельности и поведения. Формируясь в ходе социализации, психические свойства

образуют сложные структурные образования личности, к которым относят: темперамент, способности, характер как систему отношений и поведения, направленность личности [2, 3].

Как известно, большую роль в генезе психических изменений при некоторых заболеваниях играют различные соотношения (в зависимости от нозологии) психогенных и соматогенных влияний. Хорошо изучено патологическое соматогенное воздействие интоксикации на центральную нервную систему при хронической почечной недостаточности (ХПН), способствующее развитию астении – одной из наиболее распространенных неспецифических форм реагирования центральной нервной системы на различные экзо- и эндогенные факторы [1, 5]. На фоне астении при ХПН прежде всего возникают изменения в умственной работоспособности и структуре познавательных процессов (внимания, памяти, мышления), при этом исследователи подчеркивают наличие единого, общего радикала нарушений познавательной деятельности при различных хронических заболеваниях [5]. К базисным критериям астении относят различные диссомнические, вегетативные нарушения и изменение психической устойчивости, что проявляется эмоциональной лабильностью, раздражительностью со снижением волевого контроля за эмоциональными реакциями и поведением [1]. Симптомы нейровегетативных расстройств наблюдаются и в клинической картине туберкулезной интоксикации при активном туберкулезном процессе у детей [4, 12]. С учетом вышесказанного для изучения общих функциональных нарушений в психической сфере детей при туберкулезной инфекции необходимой является сравнительная оценка тех психологических проявлений, которые обладают динамичностью и отражают состояние психических процессов и особенности психического состояния индивида на различных этапах терапии, нетождественных личностным характеристикам.

Цель исследования – изучение особенностей актуального эмоционального состояния, умственной работоспособности, внимания, памяти, а также выраженности астенических проявлений у детей, больных ТОД, на различных этапах специфической терапии в условиях стационара.

Материалы и методы

Исследовали психологические характеристики 34 детей в возрасте 9-12 лет с впервые выявленным ТОД, проходивших лечение в детском отделении ЦНИИТ. В структуре клинических форм преобладали туберкулез внутригрудных лимфатических узлов – у 17 (50%) детей, а также очаговый туберкулез – у 14 (41,2%). Инфильтративный туберкулез диагностирован у 2 (5,8%) детей, экссудативный плеврит туберкулезной этиологии – у 1 (2,9%) ребенка.

В большинстве случаев туберкулезный процесс в исследуемой группе имел ограниченный характер (74% случаев) и неосложненное течение (62% случаев), распространенные специфические изменения и осложненное течение заболевания встречались в 26 и 38% случаев соответственно. Наличие туберкулезной интоксикации выявили у 20 (58,8%) детей, в том числе: незначительной – у 14 (70%), умеренной – у 5 (25%), выраженной – у 1 (5%) пациента. Проводили анализ результатов лабораторных исследований (общий анализ крови, острофазные белки, ИФА-тест), а также оценивали реакцию на пробу Манту с 2 ТЕ ППД-Л и пробу с диаскин-тестом. Обобщенная оценка указанных тестов позволила выделить подгруппы больных с отсутствием существенных отклонений результатов тестов – в 8 (23,5%), незначительными и умеренными отклонениями – в 23 (67,6%) и 3 (8%) случаях соответственно.

Психологическое исследование выполняли до начала и по окончании интенсивной фазы химиотерапии (в среднем через 3 мес. после поступления). Также сравнительную оценку психологических характеристик проводили у 8 (23,5%) пациентов на фоне продолжения основного курса лечения в условиях стационара (в среднем через 8 мес. после поступления). Применяли систему стандартных психодиагностических методик, соответствующих теоретическим основам и конкретным методическим принципам психодиагностического обследования детей указанного возраста. Особенности психической работоспособности и темповых характеристик деятельности изучали с помощью методики «Отыскивание чисел», объем и устойчивость активного внимания оценивали по результатам корректурной пробы Бурдона, основные показатели состояния памяти анализировали по методике «Заучивание десяти слов» [8]. Актуальное эмоциональное состояние детей в условиях стационара изучали с помощью опросника тревожности Ч. Д. Спилбергера (модификация А. Д. Андреевой), опросника «Оценка настроения» [6], опросника «Самооценка эмоциональных состояний» (А. Уэссман, Д. Рикс) [6], а также модифицированного и адаптированного восьмицветового теста Люшера [11, 13].

Оценку проявлений астенического симптомокомплекса проводили с помощью шкалы астенического состояния (И. К. Шац) [6]. В ходе структурированной клинической беседы с детьми уточняли особенности их физического самочувствия (наличие головных болей, особенности сна, аппетита и т. п.) [1]. Статистическую обработку результатов исследования осуществляли с помощью U-критерия Манна – Уитни, T-критерия Вилкоксона, ф-критерия углового преобразования Фишера, а также коэффициента корреляции Пирсона г. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования

По данным проведенного первичного исследования, у большинства поступивших в детское отделение детей до начала химиотерапии обнаруживалось снижение объема и точности активного внимания, что обуславливало нарушение основных динамических характеристик психической работоспособности – темпа (73,5% случаев) и устойчивости (82,3% случаев). При этом наличие трудностей сосредоточения внимания субъективно отмечали у себя лишь 38% детей (табл. 1). Нарушения внимания по типу истощаемости и замедленной вработываемости выявлены в 35,3% случаях (табл. 2). Как было установлено, выраженность отклонений от нормы лабораторных показателей положительно коррелировала с показателем объема внимания ($p = 0,048$), отрицательно – с точностью активного внимания ($p = 0,023$).

Проведенная оценка состояния памяти позволила установить, что ее различные показатели в целом по группе соответствовали нормативным данным, при этом нарушение хотя бы одного показателя памяти выявлялось у 50% детей. Объем кратковременной и долговременной памяти был снижен соответственно у 29,4% детей, общий показатель памяти – у 20,6% детей (табл. 2). По данным корреляционного анализа, показатель объема кратковременной памяти отрицательно связан с выраженностью рентгенологических проявлений заболевания ($p = 0,023$). Анализ динамики мнестической функции запоминания свидетельствовал о наличии у детей с ТОД инертности запоминания, которая имела более выраженный характер при осложненном течении заболевания.

Анализ данных, объективирующих эмоциональное состояние до начала химиотерапии, свидетельствовал о распространенности высокой ситуативной тревожности почти у трети детей, а также наличии выраженного стрессового состояния у 50% пациентов (табл. 2). Часть обследованных детей (50%) отличалась наличием повышенного уровня возбуждения, непродуктивной активности, интен-

сивного протекания психофизиологических процессов (показатель вегетативного коэффициента адаптированного варианта цветового теста М. Люшера). При увеличении психической нагрузки у таких пациентов возможны проявления импульсивности, потеря эмоционального самоконтроля, им показаны разноплановые реабилитационные мероприятия [13].

Показатели вегетативного коэффициента, находящиеся в диапазоне низкого энергopotенциала, отражали особенности психофизиологического состояния 26% детей. Для таких детей характерны наличие признаков хронического утомления, пассивное реагирование на трудности, неготовность к напряжению сил и адекватным действиям в стрессовых ситуациях. При увеличении психической нагрузки они способны прилагать волевые усилия и временно эффективно мобилизоваться, однако это сопровождается снижением работоспособности, физического тонуса в целом. Детям с астенией и установкой на оптимизацию расходования сил также показаны реабилитационные мероприятия [13]. Наличие оптимальной психофизиологической мобилизованности обнаружили лишь у 24% детей. Таким образом, общее число детей с ТОД, нуждающихся в реабилитационных мероприятиях, по данным первичного психологического исследования, составляло более 70% от всей группы.

По показателю суммарного отклонения от аутогенной нормы (адаптированный вариант цветового теста М. Люшера) группа разделилась на детей с отсутствием и незначительной нервно-психической напряженностью (44% случаев) и на детей с повышенным уровнем нервно-психической напряженности (35% случаев) (табл. 2). Для детей с повышенным уровнем непродуктивной напряженности характерными являются фоновое психическое напряжение и постоянно действующий волевой самоконтроль, дополнительно усиливающий психическое переутомление [13]. Общий эмоциональный тонус отличается повышенной возбудимостью, тревожностью, неуверенностью, сниженным нервно-психическим потенциалом в целом.

Таблица 1

Основные субъективные жалобы детей с ТОД на различных этапах специфической терапии (частота выявления, %)

Субъективные жалобы	До начала химиотерапии	После интенсивной фазы химиотерапии	На фоне продолжения лечения
Головные боли	31,3	0,0*	14,2 ^b
Трудности сосредоточения внимания	37,5	20,0*	42,9
Проблемы со сном (неглубокий сон, частые просыпания)	37,5	24,0	42,9
Сновидения неприятного или страшного содержания, страх по ночам	34,4	20,0	57,1 ^b
Пониженный или избирательный аппетит	62,5	64,0	71,4

Примечание: здесь и в табл. 2 статистическая значимость различий между группами обозначена: ^a – в сравнении с данными до начала химиотерапии; ^b – в сравнении с данными после интенсивной фазы химиотерапии ($p < 0,05$).

Таблица 2

Показатели психологического статуса детей с ТОД на различных этапах специфической терапии (частота выявления, %)

Показатели психического состояния	До начала химиотерапии	После интенсивной фазы химиотерапии	На фоне продолжения лечения
Особенности психической работоспособности			
Низкий объем внимания	57,6	44,4	25 ^a
Низкая точность активного внимания	75,6	48,1 ^a	25 ^a
Сниженный темп работоспособности	73,5	59,2	50
Неустойчивость работоспособности	82,3	76,4	62,5
Наличие истощаемости	35,3	51,8	37,5
Замедленная вработываемость	35,3	29,6	37,5
Состояние памяти			
Снижение объема кратковременной памяти	29,4	22	25
Снижение общего показателя памяти	20,6	41 ^a	25
Снижение объема долговременной памяти	29,4	37	37,5
Характеристики актуального эмоционального состояния			
Высокая ситуативная тревожность	27,8	26,7	28,6
Высокий уровень негативных эмоций	16,7	13,3	0 ^{ab}
Низкая познавательная активность	11,1	26,7 ^a	20
Отсутствие и незначительная нервно-психическая напряженность	44,1	33,3	75 ^{ab}
Повышенный уровень нервно-психической напряженности	35,3	37,1	12,5 ^b
Высокий уровень возбуждения, непродуктивной активности	50	59,2	50
Отсутствие стрессового состояния	11,8	7,4	50 ^{ab}
Выраженное стрессовое состояние	50	51,8	12,5 ^{ab}
Проявления астенического симптомокомплекса			
Симптомы утомления	61,8	76,0	57,1
Выраженные астенические проявления	38,2	20,0 ^a	42,9
Физическая астения	76,4	76,0	85,7
Психическая астения	70,6	80,0	100 ^{ab}
Реакция раздражительной слабости	14,7	4,0	28,6 ^b
Изменения памяти	88,2	80,0	75
Нарушения внимания	61,7	60,0	85,7 ^b

Достоверные связи между выраженностью негативного эмоционального состояния и различными клинико-лабораторными и рентгенологическими проявлениями заболевания не обнаружены.

Общие проявления астении соответствовали у большинства детей реакции утомления, примерно у 40% детей – носили выраженный характер (табл. 2). В результате проведенного корреляционного анализа выявлена положительная связь между выраженностью клинических симптомов интоксикации и наличием признаков астенического состояния ($p = 0,04$). Также установлена корреляционная связь между отклонениями лабораторных данных от нормы и физической утомляемостью, имевшая отрицательный характер ($p = 0,02$). В самооценках эмоционального состояния в целом по группе не обнаружили низких значений, преобладающими

являлись средние и высокие диапазоны, т. е. дети воспринимали себя спокойными, уверенными, самостоятельными, энергичными. При наличии отклонений от нормы лабораторных данных отмечались эйфорические проявления в оценке детьми собственного настроения ($p = 0,031$). Частота выявления различных субъективных жалоб детей приведена в табл. 1. Следует отметить, что показатели психологического состояния детей с наличием интоксикационного синдрома и без него, а также с различными лабораторными и рентгенологическими характеристиками заболевания в целом существенно не различались.

К окончанию интенсивной фазы химиотерапии, по данным соответствующих обследований, незначительные и умеренные симптомы интоксикации обнаруживали лишь в 1 (2,9%) случае, в 27 (79,4%)

случаях диагностировали улучшение состояния, что отражалось и в субъективном состоянии детей: исчезновении головных болей, уменьшении распространенности жалоб, связанных с ухудшением концентрации внимания (табл. 1). Результаты объективного психологического исследования на указанном этапе также свидетельствовали о достоверном улучшении показателя точности внимания, отражающего состояние психической работоспособности (табл. 2). Улучшение активного внимания обуславливало уменьшение числа детей с низким темпом психической работоспособности (хотя и не достигающее уровня статистической значимости). Однако, как и до начала химиотерапии, психическая работоспособность сохраняла неустойчивый характер, в том числе с проявлениями истощаемости, замедленной вработываемости. Относительно данных первичного исследования, с большей частотой выявлялось снижение общего показателя памяти (табл. 2). Выявленная инертность мнестической функции сохранялась и по окончании интенсивной фазы лечения, и на этапе продолжения химиотерапии. Полученные факты согласуются с имеющимися данными, согласно которым восстановление познавательных процессов при хронических заболеваниях происходит значительно медленнее относительно клинического выздоровления [5]. По результатам оценки актуального эмоционального состояния не выявлено существенных изменений. Однако следует отметить, что при уменьшении выраженности астенических проявлений в среднем через 3 мес. пребывания в стационаре у детей происходило достоверное снижение познавательной активности (табл. 2).

На этапе продолжения основного курса лечения в условиях стационара выявляли достоверные изменения в психологическом статусе детей по большему числу показателей, имевшие как положительный, так и отрицательный характер. По сравнению с данными первичного психологического исследования наблюдали следующие положительные изменения: дальнейшее увеличение точности и объема активного внимания, уменьшение числа детей с повышенным уровнем нервно-психической напряженности и выраженным стрессовым состоянием, соответствующее увеличение числа детей с отсутствием нервно-психической напряженности и стрессового состояния (табл. 2).

Несмотря на указанную положительную динамику, с такой же частотой, как и при первичном исследовании, к окончанию интенсивной фазы лечения и на этапе продолжения терапии у значительного числа детей сохранялись высокая ситуативная тревожность, повышенный уровень возбуждения, а также реакции утомления (табл. 2). По некоторым показателям установлено ухудшение психологического статуса детей. Так, в среднем через 8 мес. пребывания в стационаре число детей с астеническими проявлениями в психической сфере достигало

100% случаев. Возрастала частота раздражительных эмоциональных реакций (табл. 2). Достоверно уменьшалось проявление независимости, самостоятельности и увеличивалось проявление пассивности, сензитивности, зависимости от окружающих (цветовой тест М. Люшера). Из регистрируемых субъективных жалоб на фоне продолжения терапии необходимо отметить существенное увеличение числа детей, отмечающих наличие неприятных сновидений и ночных страхов, а также возобновление головных болей (табл. 1).

Анализ корреляционных зависимостей позволил установить отсутствие достоверных связей между количеством доз химиотерапии и показателями психологического статуса и наличие достоверных положительных связей между общим сроком лечения в стационаре и выраженностью раздражительности ($p = 0,036$), ситуативной тревожности ($p = 0,045$). Выявленные неблагоприятные эмоционально-мотивационные изменения в данном случае обусловлены существенным изменением естественной социальной ситуации развития в связи с длительным пребыванием в стационаре, которое предъявляет повышенные требования к приспособительным возможностям ребенка [1]. В новой среде больничного учреждения ребенок находится в самом низу «иерархической лестницы» [5], не способен управлять своими эмоциональными отношениями, ограничен в контактах, возможностях распоряжаться личным временем, собственным пространством, является объектом далеко не всегда эффективных воспитательных приемов и воздействий, не имеет необходимой психологической поддержки в трудные моменты и т. п. Важно понимать, что наблюдаемые в различных ситуациях на фоне лечения многочисленные случаи агрессивного реагирования часто носят реактивный характер и являются попыткой ребенка отстоять свою целостность как субъекта в условиях нарушающих ее обстоятельств, компенсировать имеющийся психологический дискомфорт и неблагополучие.

Заключение

Обнаруженные психологические феномены у больных ТОД детей свидетельствуют о комплексном характере нарушений, обусловленных взаимодействием биологического и психосоциального факторов. Для детей с ТОД в целом характерными являются астенические проявления в сфере умственной работоспособности и познавательных процессов: снижение объема и точности активного внимания, низкий темп умственной работоспособности, истощаемость, инертность мнестической функции. В актуальном эмоциональном состоянии детей до начала химиотерапии выявляется наличие выраженного стрессового состояния, повышенного уровня возбуждения и нервно-психической напряженности, а также низкого энергопотенциала.

К окончанию интенсивной фазы химиотерапии при уменьшении выраженности астенических проявлений, повышении точности внимания у детей отмечаются ухудшение процесса запоминания и достоверное снижение познавательной активности.

Наиболее существенные изменения в психологическом статусе детей обнаруживаются в среднем через 8 мес. специфической терапии: увеличение объема и точности активного внимания, снижение нервно-психической напряженности, выраженности стрессового состояния. Вместе с тем повышенный уровень возбуждения, снижающий эмоциональный самоконтроль поведения, сохранялся у значительного числа детей на различных этапах специфической терапии. Выявленные неблагоприятные изменения психологического статуса образуют вторичный аффективный симптомокомплекс, связанный с диффузным увеличением чувствительности ребенка к средовым факторам вследствие длительного напряжения механизмов центральной адаптации с истощением процессов регуляции и управления при длительном лечении в условиях стационара.

Выявленные особенности психических функций, осложняющие освоение детьми школьной программы, необходимо учитывать в организуемом на фоне терапии учебном процессе. Актуальной и практически значимой проблемой в условиях лечения детей в стационаре является не только проведение необходимых разноплановых реабилитационных (в том числе психологических) мероприятий, но и повышение качества психолого-педагогического взаимодействия с детьми, что является одним из существенных ресурсов оказываемой медицинской помощи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Астенические расстройства в терапевтической практике: руководство по диагностике и лечению / Под ред. А. В. Шаброва, С. Л. Соловьевой. – СПб.: ИнформМед, 2011. – 288 с.
2. Клиническая психология: Учебник для вузов / Под ред. Б. Д. Карвасарского – 4-е изд. – СПб.: Питер, 2011. – 864 с.
3. Маклаков А. Г. Общая психология: Учебник для вузов. – СПб.: Питер, 2008. – 583 с.
4. Митинская Л. А. Туберкулез у детей. – М., 2004. – 196 с.
5. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. – М., 1987. – 168 с.
6. Психодиагностика эмоциональной сферы личности: Практическое пособие / Авт.-сост. Г. А. Шалимова. – М.: АРКТИ, 2006. – 232 с.
7. Рыбалка В. В. Психологическая характеристика детей на разных этапах туберкулезного процесса // Ж. психиатрии и мед. психологии. – 2009. – № 3 (23). – С. 91-96.
8. Семаго Н. Я., Семаго М. М. Диагностический комплект психолога. Методическое руководство. Изд. 3-е перераб. – М., 2007. – 128 с.
9. Сиренко И. А., Рыбалка В. В. Влияние раннего периода туберкулезной инфекции и активного туберкулеза на психический статус детей // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2008. – № 3. – С. 47-51.

10. Сиренко И. А., Рыбалка В. В. Влияние туберкулезной инфекции на психический статус детей // Туб. – 2010. – № 1. – С. 59-68.
11. Собчик Л. Н. МЦВ – метод цветных выборов. Модифицированный восьмицветовой тест Люшера: практическое руководство. – СПб.: Речь, 2001. – 112 с.
12. Туберкулез органов дыхания: Руководство для врачей / Под ред. А. Г. Хоменко. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1988. – 576 с.
13. Цыганок И. И. Цветовая психодиагностика. Модификация полного клинического теста Люшера: Методическое руководство. – СПб.: Речь, 2007. – 264 с.

REFERENCES

1. *Astenicheskie rasstroystva v terapevticheskoy praktike: rukovodstvo po diagnostike i lecheniyu.* [Asthentic disorders in the therapeutic practice. Manual on diagnostics and treatment]. Ed. by A. V. Shabrov, S. L. Solovieva, St. Petersburg, InformMed Publ., 2011, 288 p.
2. *Klinicheskaya psikhologiya: Uchebnik dlya vuzov.* [Clinical psychology. University textbook]. Ed. by B. D. Karvasarsky, 4th ed., St. Petersburg, Piter Publ., 2011, 864 p.
3. *Maklakov A. G. Obshchaya psikhologiya: Uchebnik dlya vuzov.* [General psychology. University textbook]. St. Petersburg, Piter Publ., 2008, 583 p.
4. *Mitinskaya L. A. Tuberkulez u detey.* [Tuberculosis in children]. Moscow, 2004. 196 p.
5. *Nikolaeva V. V. Vliyaniye khronicheskoy bolezni na psikhiku.* [Impact of a chronic disease on psychological state]. Moscow, 1987. 168 p.
6. *Psikhodiagnostika emotsional'noy sfery lichnosti: Prakticheskoe posobie.* [Psychological diagnostics of the personal emotional state. Practical guidelines]. Compiled by G. A. Shalimova, Moscow, ARKTI Publ., 2006, 232 p.
7. Rybalka V. V. Psychological characteristics of children at the various stages of tuberculosis disease. *J. Psikhatrii i Meditsinskoy Psikhologii*, 2009, no. 3 (23), pp. 91-96. (In Russ.)
8. Semago N. Ya., Semago M. M. *Diagnosticheskiy komplekt psikhologa. Metod. rukovodstvo.* [Diagnostic kit of the psychologist. Guidelines]. 3rd ed., Moscow, 2007, 128 p.
9. Sirenko I. A., Rybalka V. V. Impact of the early period of tuberculous infection and active tuberculosis on the psychiatric status of children. *Journal Psikhatrii i Meditsinskoy Psikhologii*, 2008, no. 3, pp. 47-51. (In Russ.)
10. Sirenko I. A., Rybalka V. V. Impact of tuberculous infection on psychiatric state of children. *Tub.*, 2010, no. 1, pp. 59-68. (In Russ.)
11. Sobtchik L. N. *MTsV - metod tsvetovykh vyborov. Modifitsirovanny vos'mitsvetovoy test Lyushera: prakticheskoe rukovodstvo.* [CT - color test. Modified eight color test by Luscher. Practical Guidelines]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2001, 112 p.
12. *Tuberkulyoz organov dykhaniya. Rukovodstvo dlya vrachev.* [Respiratory tuberculosis. Doctors' guidelines]. Edited by A. G. Khomenko, 2nd Edition, reviewed and supplemented, Moscow, Meditsina Publ., 1988, 576 p.
13. Tsiganyuk I. I. *Tsvetovaya psikhodiagnostika. Modifikatsiya polnogo klinicheskogo testa Lyushera: Metodicheskoe rukovodstvo.* [Color psychological diagnostics. Modification of Luscher color testing. Guidelines]. St. Petersburg, Rech' Publ., 2007, 264 p.

ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Золотова Наталья Владимировна
ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза»,
кандидат психологических наук, старший научный
сотрудник группы по изучению психологических проблем
туберкулеза детско-подросткового отдела,
107564, г. Москва, Яузская аллея, д. 2.
Тел.: 8 (499) 785-90-27.
E-mail: Zolotoca_n@mail.ru

Поступила 15.05.2015