



Психологические факторы формирования терапевтического сотрудничества больных туберкулезом легких в условиях стационарного лечения

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

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

РЕЗЮМЕ

Цель исследования: сравнительное изучение психологических особенностей больных туберкулезом легких с различным уровнем терапевтического сотрудничества в условиях стационарного лечения.

Материалы и методы. В исследовании участвовало 318 больных туберкулезом легких в возрасте от 18 до 60 лет, находившихся на стационарном лечении в ФГБНУ «ЦНИИТ» в 2017-2019 гг., из них 195 (61,3%) женщин и 123 (38,7%) мужчины. У всех пациентов изучали уровень терапевтического сотрудничества с помощью специально разработанной анкеты, проводили оценку психологических особенностей с помощью комплекса психодиагностических методик.

Результаты. Установлено, что доля пациентов с высоким уровнем терапевтического сотрудничества (44,3% случаев) достоверно преобладала по сравнению с долей пациентов, имевших низкий (29,6% случаев) (χ^2 Пирсона = 9,4; $p < 0,01$) и средний уровень сотрудничества (26,1% случаев) (χ^2 Пирсона = 15,02; $p < 0,001$). Сравнительное изучение психологических особенностей больных туберкулезом легких с различным уровнем терапевтического сотрудничества позволило выявить психологические прогностические параметры терапевтического сотрудничества, основными из которых являются выраженность подозрительности, негативных аффективных состояний (раздражительности, агрессивности), недоверчиво-скептического стиля взаимодействия, конфронтации с окружающими, а также уровень качества жизни, в первую очередь эмоциональный и социальный аспект функционирования. Выявленные психологические различия рассматриваются в качестве мишеней психологической работы, ориентированной на формирование полноценного терапевтического сотрудничества в условиях стационарного лечения.

Ключевые слова: терапевтическое сотрудничество, туберкулез легких, психологические характеристики, мишени психологической работы

Для цитирования: 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 // Туберкулез и болезни легких. – 2020. – Т. 98, № 12. – С. 34-40. <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-12-34-40>

Psychological factors influencing the formation of therapeutic cooperation in pulmonary tuberculosis patients undergoing in-patient treatment

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

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, Russia

ABSTRACT

The objective of the study: the comparative study of psychological characteristics of pulmonary tuberculosis patients with different levels of therapeutic cooperation during in-patient treatment.

Subjects and methods. 318 pulmonary tuberculosis patients aged 18-60 years old were enrolled in the study; they all underwent in-patient treatment in Central Tuberculosis Research Institute in 2017-2019, of them 195 (61.3%) were women and 123 (38.7%) were men. In all patients, the level of therapeutic cooperation was studied using the specially designed questionnaire; psychological characteristics were assessed using certain psychodiagnostic methods.

Results. It was found that the proportion of patients with a high level of therapeutic cooperation (44.3% of cases) significantly prevailed versus patients with low (29.6% of cases) (Pearson $\chi^2 = 9.4$; $p < 0.01$) and moderate level of cooperation (26.1% of cases) (Pearson $\chi^2 = 15.02$; $p < 0.001$). A comparative study of the psychological characteristics of pulmonary tuberculosis patients demonstrating different levels of therapeutic cooperation allowed identifying psychological prognostic parameters of therapeutic cooperation, the main of which were the severity of suspicion, negative affective states (irritability, aggressiveness), distrustful-skeptical style of interaction, confrontation with others, as well as the level of quality life, primarily the emotional and social aspects of functioning. The detected psychological differences are considered as targets of psychological work focused on the formation of appropriate therapeutic cooperation during in-patient treatment.

Key words: therapeutic cooperation, pulmonary tuberculosis, psychological characteristics, psychological work targets

For citations: 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, Vol. 98, no. 12, P. 34-40. (In Russ.) <http://doi.org/10.21292/2075-1230-2020-98-12-34-40>

Для корреспонденции:

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

Correspondence:

Natalya V. Zolotova
Email: Zolotova_n@mail.ru

Неотъемлемой частью оценки результативности лечебного процесса во многих отраслях клинической практики на сегодняшний день становится понятие «приверженность лечению». Это

довольно объемное определение, которое в целом характеризует правильность выполнения пациентом врачебных рекомендаций и назначений врача в рамках профилактики, лечения и реабилитации

заболевания. Для характеристики поведения пациента в отношении проводимой терапии используются и такие термины, как «мотивация к лечению», «комплаенс» (от англ. compliance – уступчивость, податливость), «терапевтическое сотрудничество», содержательные границы между которыми в литературе четко не определены [2]. Необходимо лишь отметить, что понятие «терапевтическое сотрудничество» отражает более глубокую форму вовлечения пациента в лечебный процесс, которая включает ответственность пациента за его результат, а также предусматривает создание определенных психологических отношений между пациентом и медицинским персоналом в процессе лечения.

Особое значение подобное мотивированное сотрудничество пациента с медицинским персоналом приобретает при противотуберкулезном лечении, обеспечивая такие важнейшие условия его эффективности, как длительность и непрерывность [7]. Как справедливо отмечает автор [10], мотивация является психологическим процессом, обеспечивающим целенаправленность, организованность и устойчивость деятельности человека. В контексте лечебного процесса мотивированное следование врачебным рекомендациям и выполнение необходимых лечебно-профилактических действий являются результатом перестройки прежней системы мотивов пациента, формирования новых моделей поведения в связи с болезнью [6]. Указанный процесс обусловлен комплексом факторов, имеющих неодинаковое значение на различных этапах терапии: организационными формами оказания медицинской помощи, особенностями и переносимостью проводимой медикаментозной терапии, выраженностью клинических симптомов заболевания [2].

Существует также особая, «пациент-зависимая» группа факторов, в немалой степени детерминирующих готовность пациента полноценно включиться в процесс лечения, а также определяющих особенности его реагирования и поведения в отношении проводимой терапии [4, 5]. Имеющиеся немногочисленные исследования в основном сфокусированы на изучении социальных и организационных аспектов приверженности лечению у пациентов противотуберкулезных учреждений [1, 9, 11, 13]. Объем публикаций, связанных с изучением психологических факторов, влияющих на участие пациента в лечебном процессе, довольно ограничен [3, 8, 12], что и определило цель исследования.

Цель: сравнительное изучение психологических особенностей больных туберкулезом легких с различным уровнем терапевтического сотрудничества в условиях стационарного лечения.

Материалы и методы

В исследовании участвовало 318 больных туберкулезом легких в возрасте от 18 до 60 лет, находившихся на стационарном лечении в ФГБНУ «ЦНИИТ»

в 2017-2019 гг., из них 195 (61,3%) женщин и 123 (38,7%) мужчины. У 175/318 (55%) пациентов туберкулезный процесс выявлен впервые, 143/318 (45%) пациента ранее получали противотуберкулезную терапию.

Уровень терапевтического сотрудничества изучали с помощью анкетирования лечащих врачей по вопросам эмоциональных проявлений, поведения и отношения конкретного пациента в условиях лечебного процесса. Лечащим врачам предлагалось ответить на следующие вопросы:

- Насколько хорошо пациент выполняет врачебные рекомендации?
- Насколько хорошо пациент соблюдает дисциплину лечения?
- Как пациент относится к стационарному лечению?
- Как пациент относится к медицинскому персоналу?

Использовалась шкальная форма ответов, позволяющая отразить интенсивность каждого параметра и выразить его количественно. Так, оценить качество выполнения врачебных рекомендаций пациентом лечащий врач мог следующим образом: не выполняет рекомендации (0 баллов); часто нарушает рекомендации (1 балл); нарушает рекомендации в единичных случаях (2 балла); абсолютно точно выполняет рекомендации (3 балла). Для определения степени соблюдения дисциплины лечения пациентом лечащий врач выбирал следующие ответы: не соблюдает дисциплину лечения (0 баллов), часто нарушает дисциплину лечения (1 балл), нарушает дисциплину лечения в единичных случаях (2 балла), абсолютно точно соблюдает дисциплину лечения (3 балла). Для оценки особенностей отношения пациента к стационарному лечению лечащему врачу предлагались следующие варианты: негативное отношение, с отрицанием необходимости лечения в стационаре (0 баллов); формально принимает необходимость лечения (1 балл); отличается заинтересованным отношением к лечению (2 балла); активно содействует эффективности лечения (3 балла). Отношение пациента к медицинскому персоналу соответствовало одной из категорий: конфликтное, с проявлениями негативизма и претензий (0 баллов); избирательное (1 балл); нейтральное (2 балла); уважительное (3 балла).

Дополнительно качественно оценивались характерные модели поведения пациента при взаимодействии с лечащим врачом, которые относили к одному из следующих типов: сотрудничающий, зависимый, раздражительный, недоверчивый, авторитарный, индифферентный. Итоговая оценка терапевтического сотрудничества получена на основе суммирования балльных оценок по всем вышеозначенным параметрам и варьировала от 0 до 12 баллов. Группу с высоким уровнем терапевтического сотрудничества (12 баллов) составил 141/318 (44,3%) пациент, со средним уровнем

(9-11 баллов) – 83/318 (26,1%) пациента, низким уровнем (0-8 баллов) – 94/318 (29,6%) пациента.

У всех 318 пациентов проводили оценку актуального психологического статуса с помощью шкалы Symptom Check List (SC-90-R), изучали личностный профиль (опросник Р. Кеттелла), формы деструктивного реагирования (опросник агрессии А. Басса и А. Дарки), стили межличностного взаимодействия (опросник Т. Лири), особенности преодоления стресса (опросник «Стратегии совладающего поведения» в адаптации Л. И. Вассермана), качество жизни (опросник качества жизни SF-36), а также оценивали субъективное благополучие личности (методика ORS).

В статистическом анализе полученных данных использовали методы анализа номинативных данных (точный критерий Фишера, χ^2 Пирсона), а также коэффициент корреляции r Пирсона, t -критерий Стьюдента. Достоверными считались различия при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Анализ соотношения пациентов с различным уровнем терапевтического сотрудничества позволил установить статистически значимое преобладание доли пациентов с высоким уровнем (44,3% случаев) по сравнению с долей пациентов, имевших средний (26,1% случаев) (χ^2 Пирсона = 15,02; $p < 0,001$) и низкий (29,6% случаев) (χ^2 Пирсона = 9,3; $p < 0,01$) уровень терапевтического сотрудничества.

Также установлено, что число впервые выявленных и ранее леченных пациентов в группах с раз-

личным уровнем терапевтического сотрудничества статистически значимо не отличалось (табл. 1).

Число мужчин и женщин в группах с различным уровнем терапевтического сотрудничества статистически значимо не отличалось (табл. 2). При этом распределение пациентов по гендерному составу в каждой группе было различным. Так, в группе с высоким уровнем терапевтического сотрудничества женщин (88 пациентов) было статистически значимо больше, чем мужчин (53 пациента) (χ^2 Пирсона = 8,69; $p < 0,01$). В группе со средним уровнем терапевтического сотрудничества также женщин (56 пациентов) было статистически значимо больше, чем мужчин (27 пациентов) (χ^2 Пирсона = 10,13; $p < 0,01$). В группе с низким терапевтическим сотрудничеством количество женщин и мужчин достоверно не отличалось (51 и 43 пациента соответственно) (χ^2 Пирсона = 0,68; $p > 0,05$).

Наиболее отчетливые различия по психологическим характеристикам установлены между группами пациентов с высоким и низким уровнем терапевтического сотрудничества (табл. 3).

Как видно из табл. 3, в группе с низким уровнем терапевтического сотрудничества 54,3% пациентов имели различные нарушения психологического статуса, в группе с высоким уровнем подобные нарушения регистрировались в 31,9% случаев. Аналогичная картина наблюдалась и в отношении такого показателя, как интенсивность ощущаемого пациентами психологического неблагополучия.

У 60,6% пациентов с низким уровнем терапевтического сотрудничества выявлялось снижение жизненного тонуса и психологической устойчиво-

Таблица 1. Распределение больных туберкулезом легких с различным уровнем терапевтического сотрудничества по давности заболевания

Table 1. Distribution of pulmonary tuberculosis patients demonstrating different levels of therapeutic cooperation by the duration of the disease

Давность заболевания	Низкий уровень терапевтического сотрудничества (n = 94)		Средний уровень терапевтического сотрудничества (n = 83)		Высокий уровень терапевтического сотрудничества (n = 141)	
	1		2		3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Впервые выявленные	48	51,1	50	60,2	77	54,6
Точный критерий Фишера	$p_{1,2} > 0,05; p_{1,3} > 0,05; p_{2,3} > 0,05$					
Ранее леченные	46	48,9	33	39,8	64	45,4

Таблица 2. Распределение больных туберкулезом легких с различным уровнем терапевтического сотрудничества по гендерному составу

Table 2. Distribution of pulmonary tuberculosis patients demonstrating different levels of therapeutic cooperation by gender

Гендерный состав	Низкий уровень терапевтического сотрудничества (n = 94)		Средний уровень терапевтического сотрудничества (n = 83)		Высокий уровень терапевтического сотрудничества (n = 141)	
	1		2		3	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мужчины	43	45,7	27	32,5	53	37,6
Точный критерий Фишера	$p_{1,2} > 0,05; p_{1,3} > 0,05; p_{2,3} > 0,05$					
Женщины	51	54,3	56	67,5	88	62,4
Всего	94	100,0	83	100,0	141	100,0

Таблица 3. Частота выявления нарушений психологического статуса (%) среди больных туберкулезом легких с различным уровнем терапевтического сотрудничества

Table 3. Frequency of psychological disorders detection (%) among pulmonary tuberculosis patients demonstrating different levels of therapeutic cooperation

Формы психологического неблагополучия по шкале SCL-90-R	Частота нарушений (%)	
	низкий уровень терапевтического сотрудничества (n = 94)	высокий уровень терапевтического сотрудничества (n = 141)
Соматизация	55,3	48,9
Обсессивно-компульсивные расстройства	55,3**	36,2**
Межличностная сензитивность	39,4**	23,4**
Депрессия	60,6**	37,6**
Тревожность	54,3**	31,9**
Агрессивность и враждебность	29,8**	15,6**
Фобические расстройства	37,2**	22,0**
Параноидное мышление	44,7**	20,6**
Психотизм	39,4**	21,3**
Суммарные индексы шкалы SCL-90-R		
Индекс GSI: наличие нарушений психологического статуса	54,3**	31,9**
Индекс PSDI: высокая интенсивность ощущаемого дистресса	52,1**	33,3**

Примечание: здесь и в таблице 4 статистическая значимость различий между группами по точному критерию Фишера:

* – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

сти в виде дисфорических расстройств и утраты интереса к жизни (шкала «Депрессия»). Более чем у половины обследованных диагностировалась высокая фоновая тревожность (шкала «Тревожность»), а также психический дискомфорт, связанный с навязчивыми мыслями и переживаниями (шкала «Обсессивно-компульсивные расстройства»). Почти каждый третий пациент указанной группы отличался повышенной неуверенностью и беспокойством в социальных контактах (шкала «Межличностная сензитивность»), ощущал чувство изоляции и отчуждения в коммуникациях с окружающими (шкала «Психотизм»). В результате корреляционного анализа установлено наличие достоверных отрицательных связей между уровнем терапевтического сотрудничества и выраженностью симптомов подозрительности и негативизма (шкала «Параноидное мышление», $p < 0,001$), негативных аффективных состояний (шкала «Агрессивность и враждебность», $p < 0,01$), а также иррациональных реакций страха (шкала «Фобические расстройства», $p < 0,01$).

Пациенты с различным уровнем терапевтического сотрудничества достоверно различались не только особенностями актуального психологического статуса, но и стабильными индивидуально-типологическими параметрами: личностным профилем, формами деструктивного реагирования, стилями межличностного взаимодействия, стратегиями преодоления стрессовых ситуаций (табл. 4).

Так, среди пациентов с низким уровнем терапевтического сотрудничества по сравнению с пациентами, которые отличались высоким уровнем сотрудничества, статистически значимо чаще регистрировались такие коммуникативные свойства, как настороженность, эгоцентричность, стремле-

ние возложить ответственность за свои действия на окружающих (высокий полюс шкалы L: «Подозрительность») (табл. 4). Также в указанной группе более распространенными являлись низкая дисциплинированность, недостаточная волевая регуляция собственных эмоций и поведения (низкий полюс шкалы Q3: «Низкий самоконтроль»).

Частота выявления доминирующих стилей взаимодействия с окружающими была достоверно более высокой среди пациентов с низким уровнем терапевтического сотрудничества. Как установлено, стремление к доминированию в первую очередь проявлялось в настороженности и повышенной критичности в отношении окружающих, подозрительности, склонности к сомнениям, стремлении перепроверять полученную информацию (недоверчиво-скептический стиль – 26,1% случаев) (табл. 4). Медицинский персонал испытывал также трудности во взаимодействии почти с каждым пятым пациентом вследствие выраженности у последних повышенной требовательности и прямолинейности (агрессивный стиль – 21,7% случаев). По результатам психологического обследования, в группе с высоким уровнем терапевтического сотрудничества проявления доминирующих стилей взаимодействия регистрировались у незначительного количества пациентов (табл. 4).

Данные об особенностях межличностного взаимодействия пациентов с низким уровнем терапевтического сотрудничества, полученные в результате психологического обследования, согласуются с соответствующими оценками пациентов со стороны лечащих врачей. Так, охарактеризованы как недоверчивые 35,1% пациентов указанной группы, черты авторитарного поведения пациентов обнаружива-

Таблица 4. Индивидуально-типологические параметры больных туберкулезом легких с различным уровнем терапевтического сотрудничества

Table 4. Individual and cohort parameters of pulmonary tuberculosis patients demonstrating different levels of therapeutic cooperation

Индивидуально-типологические параметры	Частота (%)	
	низкий уровень терапевтического сотрудничества (n = 94)	высокий уровень терапевтического сотрудничества (n = 141)
Личностный профиль		
Высокий полюс шкалы L: «Подозрительность»	34,8*	21,3*
Низкий полюс шкалы Q3: «Низкий самоконтроль»	20,7**	7,4**
Формы деструктивного реагирования		
Раздражительность	46,2**	24,8**
Вербальная агрессия	62,4**	44,0**
Враждебность	30,1*	18,4*
Стили межличностного взаимодействия		
Авторитарный	13,0**	4,4**
Агрессивный	21,7**	5,9**
Недоверчиво-скептический	26,1**	11,0**
Стратегии преодоления стрессовых ситуаций		
Конфронтация	58,3**	39,4**

лись в 17% случаев, агрессивного – в 12,8% случаев. При этом в группе с высоким уровнем терапевтического сотрудничества все пациенты с диагностированными признаками доминирующих стилей, согласно оценкам лечащих врачей, были расположены к медицинскому персоналу и проявляли активное сотрудничество в вопросах, связанных с выздоровлением, терпеливо переносили ограничения и затруднительные для себя обстоятельства на фоне стационарного лечения.

Как установлено, группы с различным уровнем терапевтического сотрудничества достоверно различались формами деструктивного реагирования. У 46,2% пациентов с низким уровнем сотрудничества выявлялась склонность к гневно-раздражительным реакциям при малейшем стрессогенном воздействии (шкала «Раздражительность»), при этом 62,4% пациентов отличались склонностью к открытому выражению негативных чувств через содержание соответствующих словесных обращений к окружающим (шкала «Вербальная агрессия») (табл. 4).

Поведенческие особенности преодоления проблемных или стрессовых ситуаций (копинг-стратегии) также имели свою специфику в группе с низким уровнем терапевтического сотрудничества. Так, 58,3% указанных пациентов в трудных жизненных ситуациях предпочитали стратегию конфронтации (табл. 4). Таким образом, в проблемных условиях (к которым можно отнести и ситуацию заболевания туберкулезом) поведение таких пациентов может быть импульсивным, направленным не на последовательное и рациональное разрешение возникших трудностей, а на реагирование эмоциональным напряжением. Указанная стратегия является неадаптивной, так как сопряжена с трудностями планирования действий, прогнозирования

их результата, коррекции своего поведения, а также враждебностью и конфликтностью. В группе с высоким уровнем терапевтического сотрудничества подобная стратегия конфронтации использовалась значительно реже (табл. 4).

В результате проведенного анализа выявлены наиболее значимые статистические связи уровня терапевтического сотрудничества с такими личностными особенностями, как раздражительность (χ^2 Пирсона – 11,9; $p < 0,001$), агрессивность (χ^2 Пирсона – 11,4; $p < 0,001$), а также скепτικότητα (χ^2 Пирсона – 6,5; $p < 0,05$), подозрительность (χ^2 Пирсона – 6,3; $p < 0,05$) и конфронтация (χ^2 Пирсона – 5,9; $p < 0,05$).

В группах с различным уровнем терапевтического сотрудничества обнаружены статистически значимые отличия по некоторым показателям качества жизни. Как видно из табл. 5, уровень физического, эмоционального и социального функционирования являлся более благоприятным у пациентов с высоким уровнем терапевтического сотрудничества.

Результаты изучения качества жизни в указанных группах подтверждаются и полученными средними значениями самооценок собственного благополучия в различных жизненных сферах. Так, средняя самооценка благополучия в семье и близких отношениях в группе с высоким уровнем терапевтического сотрудничества составляла 8,1 балла, в группе с низким уровнем – 7,4 балла ($p < 0,05$). Средняя самооценка благополучия в сфере работы, учебы в группе с высоким уровнем терапевтического сотрудничества составила 7,2 балла, в группе с низким уровнем – 6,4 балла ($p < 0,05$).

По основным социальным характеристикам пациентов (уровень образования, семейное и финансовое положение) изучаемые группы достоверно не отличались. При этом установлена достоверная

Таблица 5. Показатели качества жизни у больных туберкулезом легких с различным уровнем терапевтического сотрудничества**Table 5.** Life quality indicators of pulmonary tuberculosis patients demonstrating different levels of therapeutic cooperation

Показатели качества жизни	Низкий уровень терапевтического сотрудничества (n = 94)	Высокий уровень терапевтического сотрудничества (n = 141)
PF (физическое функционирование)	75,1 ± 20,7*	82,6 ± 20,1*
RP (ролевое физическое функционирование)	43,5 ± 40,0**	63,1 ± 40,1**
RE (ролевое эмоциональное функционирование)	54,3 ± 42,2*	67,6 ± 38,0*
SF (социальное функционирование)	55,6 ± 27,5**	69,3 ± 29,1**

Примечание: статистическая значимость различий между группами по t критерию Стьюдента: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$

связь между уровнем терапевтического сотрудничества пациента и наличием постоянной работы (χ^2 Пирсона = 4,7; $p < 0,05$). Так, имели постоянную работу 52,5% пациентов с высоким уровнем терапевтического сотрудничества и только 37,2% пациентов с низким уровнем. Необходимо отметить, что 35,1% пациентов в группе с низким уровнем терапевтического сотрудничества лишились работы в результате заболевания. В группе с высоким уровнем терапевтического сотрудничества подобные случаи регистрировались реже (22,7% случаев).

Заклучение

Разработанный способ оценки терапевтического сотрудничества, примененный у больных туберкулезом легких, находящихся на стационарном лечении, позволил выделить группы пациентов, достоверно отличавшихся конкретными моделями поведения в условиях лечебного процесса, а также особенностями взаимодействия в диаде врач – пациент: выполнением врачебных рекомендаций, соблюдением режима лечения, отношением к медицинскому персоналу и стационарному лечению.

Сравнительное изучение психологических особенностей больных туберкулезом легких с

различным уровнем терапевтического сотрудничества позволило выявить психологические прогностические параметры терапевтического сотрудничества, основными из которых являются выраженность негативных аффективных состояний (раздражительности, агрессивности), подозрительности, недоверчиво-скептического стиля взаимодействия, конфронтации с окружающими, а также уровень качества жизни, в первую очередь эмоциональный и социальный аспект функционирования. Указанные характеристики являются мишенями психологического воздействия, ориентированного на повышение уровня терапевтического сотрудничества больных туберкулезом легких.

Полученные результаты дают обоснование для разработки организационной модели формирования полноценного терапевтического сотрудничества больных туберкулезом легких, которая предусматривает выявление пациентов с риском низкого уровня терапевтического сотрудничества на основе данных психологической диагностики, а также реализацию мероприятий, связанных с психологической коррекцией личностно-обусловленных форм деструктивного поведения пациентов на ранних сроках стационарного лечения.

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

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Белостоцкий А. В., Касаева Т. Ч., Кузьмина Н. В., Нелидова Н. В. Проблема приверженности больных туберкулезом к лечению // Туб. и болезни легких. - 2015. - № 4. - С. 4-9.
2. Данилов Д. С. Терапевтическое сотрудничество (комплаенс): содержание понятия, механизмы формирования и методы оптимизации // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. - 2014. - № 2. - С. 4-12.
3. Егорова Н. А. Влияние социально-психологических факторов на эффективность лечения туберкулеза в закрытых учреждениях // Новые технологии. - 2014. - № 2. - С. 49-53.
4. 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.

REFERENCES

1. Belostotskiy A.V., Kasaeva T.Ch., Kuzmina N.V., Nelidova N.V. Problem of treatment adherence in tuberculosis patients. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2015, no. 4, pp. 4-9. (In Russ.)
2. Danilov D.S. Compliance with treatment: definition, ways of formation and optimization. *Nevrologiya, Neyropsikhiatriya, Psikhosomatika*, 2014, no. 2, pp. 4-12. (In Russ.)
3. Egorova N.A. The impact of social and psychological factors on the efficacy of tuberculosis treatment in closed institutions. *Novye Tekhnologii*, 2014, no. 2, pp. 49-53. (In Russ.)
4. Lyubaeva E.V., Enikolopov S.N. Role of individual psychological feature of patients in the formation of treatment adherence in case of TB/HIV co-infection. *Konsultativnaya Psikhologiya i Psikhoterapiya*, 2011, no. 2, pp. 111-127. (In Russ.)

5. Максимова М. Ю., Поддубная Т. В., Богомолов П. О., Ениколопов С. Н. Личностные характеристики и структура внутренней картины болезни как предикторы комплаенса пациентов, страдающих хроническим вирусным гепатитом С // Психические расстройства в общей медицине. - 2014. - № 03-04. - С. 31-38.
6. Николаева В. В. Влияние хронической болезни на психику. - М., 1987. - 168 с.
7. Перельман М. И. Фтизиатрия: национальное руководство. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. - 512 с.
8. Пьянзова Т. В. Психологические предикторы низкой комплаентности больных впервые выявленным туберкулезом легких // Бюллетень сиб. мед. - 2012. - № 6. - С. 216-217.
9. Стрельцова Е. Н., Степанова Н. А., Курамшин Д. А., Вирина Е. Б. Приверженность к лечению у впервые выявленных больных туберкулезом легких // Астраханский медицинский журнал. - 2013. - Т. 8, № 3. - С. 130-132.
10. Шабанова А. С. Мотивация к лечению у пациентов с различными соматическими заболеваниями // Бюллетень физиологии и патологии дыхания. - 2015. - № 57. - С. 130-136.
11. Шерстнева Т. В., Скорняков С. Н., Подгаева В. А., Шерстнев С. В., Цветков А. И. Мультидисциплинарный подход в работе по формированию приверженности лечению больных туберкулезом // Туб. и болезни легких. - 2017. - Т. 95, № 1. - С. 34-41. <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2017-95-1-34-41>.
12. Юдин С. А., Борзенко А. С., Деларю В. В., Калуженина А. А. Выполнение большими туберкулезом врачебных рекомендаций и трудности, возникающие при проведении лечения // Саратовский научно-медицинский журнал. - 2013. - Т. 9, № 4. - С. 741-743.
13. Якубовяк В. Я. Программа социальной поддержки и обеспечение мотивации больных туберкулезом к лечению // Пробл. туб. - 2009. - № 3. - С. 18-22.
5. Maksimova M.Yu., Poddubnaya T.V., Bogomolov P.O., Enikolopov S.N. Personal characteristics and the internal picture structure of the disease as predictors of compliance in patients with chronic viral hepatitis C. *Psichicheskie Rasstroystva V Obschey Meditsine*, 2014, no. 03-04, pp. 31-38. (In Russ.)
6. Nikolaeva V.V. *Vliyaniye khronicheskoy bolezni na psikhiku*. [The impact of a chronic diseases on the mental health]. Moscow, 1987, 168 p.
7. Perelman M.I. *Ftiziatriya. Natsionalnoye rukovodstvo*. [Phthisiology. National Guidelines]. Moscow, GEOTAR-Media Publ., 2007, 512 p.
8. Pyanzova T.V. Psychological predictors of low compliance of new pulmonary tuberculosis patients. *Bulleten Sib. Med.*, 2012, no. 6, pp. 216-217. (In Russ.)
9. Streltsova E.N., Stepanova N.A., Kuramshin D.A., Virina E.B. Treatment adherence in new pulmonary tuberculosis patients. *Astrakhanskiy Meditsinskiy Journal*, 2013, vol. 8, no. 3, pp. 130-132. (In Russ.)
10. Shabanova A.S. Motivation to have treatment in the patients with different somatic diseases. *Byulleten Fziologii i Patologii Dykhaniya*, 2015, no. 57, pp. 130-136. (In Russ.)
11. Sherstneva T.V., Skorniyakov S.N., Podgaeva V.A., Sherstnev S.V., Tsvetkov A.I. Multi-disciplinary approach to supporting treatment compliance in tuberculosis patients. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2017, vol. 95, no. 1, pp. 34-41. (In Russ.) <https://doi.org/10.21292/2075-1230-2017-95-1-34-41>.
12. Yudin S.A., Borzenko A.S., Delaryu V.V., Kaluzhenina A.A. Following medical recommendations by tuberculosis patients and difficulties arising during treatment. *Saratovskiy Nauchno-Meditsinskiy Journal*, 2013, vol. 9, no. 4, pp. 741-743. (In Russ.)
13. Yakubowiak W. Ya. Social support programme and incentives for tuberculosis patients for better treatment adherence. *Probl. Tub.*, 2009, no. 3, pp. 18-22. (In Russ.)

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

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

Золотова Наталья Владимировна

кандидат психологических наук,
старший научный сотрудник лаборатории изучения
психологических проблем туберкулеза отдела фтизиатрии.
Тел.: 8 (499) 785-91-54.
E-mail: Zolotova_n@mail.ru

Стрельцов Владимир Владимирович

кандидат психологических наук,
старший научный сотрудник лаборатории изучения
психологических проблем туберкулеза отдела фтизиатрии.

Баранова Галина Викторовна

кандидат психологических наук,
старший научный сотрудник лаборатории изучения
психологических проблем туберкулеза отдела фтизиатрии.

Харитоновна Надежда Юрьевна

научный сотрудник лаборатории изучения
психологических проблем туберкулеза отдела фтизиатрии.

Багдасарян Татевик Рафиковна

заведующая 1-м терапевтическим отделением.

INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Central Tuberculosis Research Institute,
2, Yauzskaya Alleya, Moscow, 107564.
Phone: 8 (499) 785-90-52.

Natalya V. Zolotova

Candidate of Psychological Sciences,
Senior Researcher of the Laboratory Studying Psychological
Problems of Tuberculosis, Phthisiology Department.
Phone: +7(499) 785-91-54.
Email: Zolotova_n@mail.ru

Vladimir V. Streltsov

Candidate of Psychological Sciences,
Senior Researcher of the Laboratory Studying Psychological
Problems of Tuberculosis, Phthisiology Department.

Galina V. Baranova

Candidate of Psychological Sciences,
Senior Researcher of the Laboratory Studying Psychological
Problems of Tuberculosis, Phthisiology Department.

Nadezhda Yu. Kharitonova

Researcher of the Laboratory Studying Psychological Problems
of Tuberculosis, Phthisiology Department.

Tatevik R. Bagdasaryan

Head of the 1st Therapy Department