



## ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫХ БОЛЬНЫХ ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ В АСПЕКТЕ ОКАЗАНИЯ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В ПЕРИОД СТАЦИОНАРНОГО ЛЕЧЕНИЯ\*

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

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза», г. Москва, РФ

**Цель исследования:** сравнительное изучение психологических особенностей пациентов, обращавшихся за психологической помощью в процессе противотуберкулезной терапии и не нуждавшихся в ней.

**Материалы и методы.** В исследовании приняли участие 78 впервые выявленных больных туберкулезом легких (средний возраст  $31,3 \pm 10,6$  года), у которых при поступлении на стационарное лечение в ФГБНУ «ЦНИИТ» диагностированы нарушения психологического статуса различной степени выраженности. Основную группу исследования составили 33/78 (42,3%) пациента, которые на фоне противотуберкулезной химиотерапии обращались за психологической помощью. Без психологического сопровождения противотуберкулезной химиотерапии (группа сравнения) было 45/78 (57,7%) пациентов. Число пациентов в указанных группах достоверно не различалось ( $\chi^2 = 1,846; p > 0,1$ ). В обеих группах достоверно преобладали женщины относительно мужчин: ОГ – 89,5% случаев ( $\chi^2 = 18,944; p < 0,001$ ), ГС – 83,3% случаев ( $\chi^2 = 18,68; p < 0,001$ ). Оценка психологического статуса проводилась при поступлении и по окончании противотуберкулезной химиотерапии в условиях стационара с использованием клинической шкалы самоотчета Symptom Check List (SCL-90-R). Кроме оценки актуального психологического статуса, изучали формы деструктивного реагирования, стили межличностного взаимодействия, качество жизни, уровень субъективного контроля в различных жизненных сферах, а также проводили оценку субъективного благополучия личности.

**Результаты.** Установлено, что пациенты основной группы достоверно отличались от пациентов группы сравнения особенностями психологического статуса (более высоким уровнем депрессивных расстройств, менее выраженными симптомами негативных аффективных состояний, подозрительности и негативизма по отношению к другим людям), более высоким уровнем интернальности в области неудач и семейных отношениях, меньшим объемом психологических ресурсов, необходимых для позитивного функционирования, а также коммуникативными и эмоциональными характеристиками личности. Показано, что запрос на психологическое сопровождение со стороны пациента определяется не только наличием актуального неблагополучия в психической сфере, но и его спецификой, а также личностными качествами пациента.

**Ключевые слова:** туберкулез легких, психологический статус, психологическая помощь, личностные особенности

**Для цитирования:** Золотова Н. В., Баранова Г. В., Стрельцов В. В., Харитонова Н. Ю., Багдасарян Т. Р. Психологические особенности впервые выявленных больных туберкулезом легких в аспекте оказания психотерапевтической помощи в период стационарного лечения // Туберкулез и болезни лёгких. – 2019. – Т. 97, № 1. – С. 18-24. DOI: 10.21292/2075-1230-2019-97-1-18-24

## SPECIFIC PSYCHOLOGICAL FEATURES OF NEW PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS IN THE CONTEXT OF PSYCHOTHERAPEUTIC CARE DURING IN-PATIENT TREATMENT

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

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, Russia

**The objective of the study:** to compare psychological features of the patients referring for psychological care during treatment of tuberculosis and of those who did not need it.

**Subjects and methods.** 78 new pulmonary tuberculosis patients (median age was  $31.3 \pm 10.6$  years old) were included into the study; all of them were diagnosed with psychological disorders of various severity when admitted to Central Tuberculosis Research Institute for in-patient treatment. The main group included 33/78 (42.3%) patients who referred for psychological help during anti-tuberculosis chemotherapy. 45/78 (57.7%) patients didn't receive any psychological support during anti-tuberculosis chemotherapy (comparison group). There was no significant difference between the number of patients in those groups ( $\chi^2 = 1.846; p > 0.1$ ). In both groups, women significantly prevailed over men. Women made 89.5% of cases in the main group ( $\chi^2 = 18.944; p < 0.001$ ), and 83.3% of cases in the comparison group ( $\chi^2 = 18.68; p < 0.001$ ). The psychological status was assessed by the admission and completion of chemotherapy in the hospital using the Symptom Check List (SCL-90-R). In addition to assessing the current psychological status, we studied the forms of destructive responses, interpersonal interaction styles, quality of life, level of subjective control in various life aspects, and also assessed subjective well-being of the individual.

**Results.** It was found out that the specific psychological features of the patients from the main group were significantly different from the ones of the comparison group (higher level of depressive disorders, less pronounced symptoms of negative affective states, suspicion and negativity towards other people); the difference also included a higher level of internality towards failures and family relations, lower psychological resources needed for positive functioning, and communication and emotional characteristics of the individual. It was demonstrated that patients referred for psychological support not only due to actual problems in the mental sphere, but also due to its specific features, as well as the patient's personal qualities.

**Key words:** pulmonary tuberculosis, psychological status, psychological care, personality traits

**For citations:** Zolotova N.V., Baranova G.V., Streltsov V.V., Kharitonova N.Yu., Bagdasaryan T.R. Specific psychological features of new pulmonary tuberculosis patients in the context of psychotherapeutic care during in-patient treatment. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2019, Vol. 97, no. 1, P. 18-24. (In Russ.) DOI: 10.21292/2075-1230-2019-97-1-18-24

\* Работа выполнена в рамках темы НИР № 0515-2016-0016 «Психологические аспекты приверженности к терапии у больных туберкулезом легких»

Сообщение диагноза туберкулеза является мощным психотравмирующим фактором, способствующим возникновению полиморфных ситуационно-личностных реакций и нарушению эмоционального состояния больных [6]. По существующим данным, более 80% пациентов с впервые выявленным туберкулезным процессом имеют выраженные невротические расстройства [8], которые развиваются на фоне экзистенциальной депрессии, истощения внутренних резервов личности, нарушения межличностных отношений [13]. Определены защитные психологические реакции, затрудняющие медицинскую и психологическую реабилитацию пациентов [5, 7, 8, 11]. Соответственно, специалисты обосновывают необходимость внедрения в лечебную практику психологического сопровождения противотуберкулезной терапии для стабилизации эмоционального состояния и увеличения психологических ресурсов пациента [2-4, 9, 10, 12]. В некоторых исследованиях предложены конкретные направления психологической помощи и проведена оценка ее эффективности [1, 6, 7].

Относительно оказания психологической поддержки фтизиатрическим пациентам 42,8% врачей высказывают мнение, что в ней нуждаются практически все больные туберкулезом. При этом среди самих пациентов испытывают необходимость в получении психологической помощи в связи с заболеванием менее половины (30,1%) больных и отрицают личную потребность в ней 59,1% респондентов [15]. Представляет практический интерес сравнительное изучение психологических особенностей пациентов указанных категорий, а также сопоставление приводимых данных о востребованности психологической помощи среди больных туберкулезом легких с частотой фактических случаев психологического сопровождения пациентов.

Цель исследования: сравнительное изучение психологических особенностей пациентов, обратившихся за психологической помощью в процессе противотуберкулезной терапии, и пациентов, не нуждавшихся в ней.

### Материалы и методы

В исследовании приняли участие 78 впервые выявленных больных туберкулезом легких (средний возраст  $31,3 \pm 10,6$  года), у которых при поступлении на стационарное лечение в ФГБНУ «ЦНИИТ» были диагностированы нарушения психологического статуса различной степени выраженности. Распределение пациентов по клиническим формам туберкулеза легких представлено в табл. 1. Все пациенты получали стандартную противотуберкулезную химиотерапию (ПХТ) согласно данным о лекарственной чувствительности возбудителя.

На фоне ПХТ 33/78 (42,3%) пациента обратились за психологической помощью, они составили основную группу (ОГ) исследования. Остальные

**Таблица 1.** Структура клинических форм туберкулеза легких у впервые выявленных пациентов с нарушениями психологического статуса

*Table 1.* The structure of clinical forms of pulmonary tuberculosis in new patients with impaired psychological state

Клинические формы туберкулеза легких	Число пациентов, n = 78	
	абс.	%
Инфильтративная	48	61,5
Туберкулема	11	14,1
Очаговая	5	6,4
Диссеминированная	5	6,4
Фиброзно-кавернозная	4	5,1
Кавернозная	3	3,8
Казеозная пневмония	1	1,3
Цирротический туберкулез	1	1,3

45/78 (57,7%) пациентов составили группу сравнения (ГС), они не обращались за психологической помощью. В обеих группах статистически значимо преобладали женщины относительно мужчин: ОГ – 89,5% случаев ( $\chi^2 = 18,94; p < 0,001$ ), ГС – 83,3% случаев ( $\chi^2 = 18,68; p < 0,001$ ).

Оценку психологического статуса проводили при поступлении и по окончании ПХТ в условиях стационара. Использовали клиническую шкалу самоотчета Symptom Check List (SCL-90-R), которая широко используется в различных областях клинической практики для определения уровня актуального неблагополучия в психической сфере. Данная шкала относится к числу стандартизированных методик, обладает высокой диагностической чувствительностью и позволяет посредством построения индивидуальных профилей текущего состояния определить психопатологический статус обследуемого. В отечественных исследованиях доказана валидность методики к признакам 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 [14]. Наличие нарушений психологического статуса диагностировали в случаях, когда обобщенный индекс тяжести дистресса (GSI), отражающий общую выраженность психологического неблагополучия, превышал установленные нормативные значения ( $GSI > 0,64$ ).

Кроме оценки актуального психологического статуса, с помощью шкалы Symptom Check List изучали формы деструктивного реагирования (опросник агрессии А. Басса и А. Дарки), стили межличностного взаимодействия (опросник Т. Лири), качество жизни (опросник качества жизни SF-36), уровень субъективного контроля в различных жизненных сферах (опросник уровня субъективного контроля),

а также проводили оценку субъективного благополучия личности (методика ORS).

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

## Результаты

Сравнительные данные, отражающие частоту выявления отдельных форм психологического неблагополучия, а также выраженность отдельных нарушений у пациентов ОГ и ГС при поступлении, представлены в табл. 2-3.

**Таблица 2. Частота выявления различных форм психологического неблагополучия в ОГ и ГС**

*Table 2. The frequency of detection of various forms of psychological distress in the main and comparison groups*

Формы психологического неблагополучия по шкале SCL-90-R	ОГ (n = 33)		ГС (n = 45)	
	абс.	%	абс.	%
Соматизация	22	66,7*	40	88,9*
Обсессивно-компульсивные расстройства	26	78,8	37	82,2
Межличностная сензитивность	21	63,6	25	55,6
Депрессия	30	90,9	39	86,7
Тревожность	26	78,8	40	88,9
Агрессивность и враждебность	15	45,5	26	57,8
Фобические расстройства	21	63,6	31	68,9
Параноидное мышление	21	63,6	30	66,7
Психотизм	20	60,6	27	60,0
Обобщенный индекс интенсивности психологического дистресса (PSDI)	27	81,8	31	68,9

*Примечание:* здесь и далее статистическая значимость различий между ОГ и ГС обозначена \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$

Самооценка личностного благополучия в ОГ составляла 4,6 балла, в ГС – 5,9 балла из 10 максимальных ( $p < 0,05$ ). Показатель качества жизни по шкале «Психическое здоровье» в ОГ – 39,8 балла, в ГС – 52,1 балла из 100 максимальных ( $p < 0,05$ ).

Сравнительные данные, отражающие индивидуально-типологические особенности пациентов, представлены в табл. 4-5.

В результате корреляционного анализа показателя тяжести дистресса (GSI) с индивидуально-типологическими характеристиками в ОГ обнаружена значимая взаимосвязь показателя GSI со следующими шкалами качества жизни: «Психическое здоровье» ( $r = -0,394$ ;  $p < 0,05$ ), «Жизненная активность» ( $r = -0,524$ ), «Общее состояние здоровья» ( $r = -0,464$ ), «Социальное функционирование» ( $r = -0,462$ ;  $p < 0,01$ ), а также с высоким полюсом личностного фактора М ( $r = 0,449$ ;  $p < 0,05$ ). В груп-

**Таблица 3. Выраженность психологического неблагополучия у пациентов ОГ и ГС при поступлении (средние значения)**

*Table 3. The severity of psychological distress in patients of the main and comparison groups by the admission (median values)*

Формы психологического неблагополучия по шкале SCL-90-R	ОГ (n = 33)	ГС (n = 45)
Соматизация	0,92	1,15
Обсессивно-компульсивные расстройства	1,21	1,20
Межличностная сензитивность	1,12	1,15
Депрессия	1,38*	1,14*
Тревожность	1,22	1,08
Агрессивность и враждебность	0,70*	1,00*
Фобические расстройства	0,54	0,64
Параноидное мышление	0,68*	0,97*
Психотизм	0,62	0,66
Обобщенный индекс тяжести дистресса (GSI)	1,00	1,02
Обобщенный индекс интенсивности психологического дистресса (PSDI)	1,75	1,65

**Таблица 4. Распределение оценок по факторам личностного опросника Р. Кеттелла в ОГ и ГС (%)**

*Table 4. Distribution of scores as per Cettell's Sixteen Personality Factor Questionnaire in the main and comparison groups (%)*

Факторы	ОГ (n = 33)	ГС (n = 45)
Низкий полюс фактора I «Жесткость»	20,0**	56,3**
Низкий полюс фактора F «Эмоциональная сдержанность»	50,0*	28,1*
Низкий полюс фактора L «Доверчивость»	33,3*	15,6*
Высокий полюс фактора L «Подозрительность»	20,0*	43,8*
Высокий полюс фактора М «Мечтательность»	40,0*	12,5*

**Таблица 5. Психологические характеристики пациентов ОГ и ГС (средние значения)**

*Table 5. Psychological characteristics of patients from the main and comparison groups (median values)*

Характеристики	ОГ (n = 33)	ГС (n = 45)
Интернальность в области неудач	5,2*	4,0*
Интернальность в семейных отношениях	5,8*	4,7*
Независимо доминирующий стиль	3,3*	4,6*

пе сравнения зафиксирована отрицательная корреляция показателя GSI со шкалой «Психическое здоровье» ( $r = -0,349$ ;  $p < 0,05$ ).

Результаты динамического исследования психологического статуса у пациентов ОГ и ГС представлены в табл. 6.

Сравнительный анализ показателей психологического статуса у пациентов ОГ и ГС при поступлении на стационарное лечение (табл. 2) позволил установить отсутствие достоверных различий по частоте выявления отдельных нарушений между указанными группами. Таким образом, картина пси-

хологического неблагополучия была сходной в ОГ и ГС. У большинства пациентов выявлялись:

- высокая фоновая тревожность, которая сопровождалась нервозностью, напряжением, тремором, а также приступами паники и чувством ужаса (шкала «Тревожность»);
- симптомы дисфории, связанной с нарушением базовой системы ценностей и жизненных смыслов, снижение жизненного тонуса и интереса к окружающему миру (шкала «Депрессия»);
- переживания, обусловленные навязчивыми мыслями и побуждениями (шкала «Обсессивно-компульсивные расстройства»);
- иррациональные и неадекватные реакции страха на определенные ситуации, которые обуславливают избегающее поведение («Фобические расстройства»);
- подозрительность и негативизм по отношению к другим людям (шкала «Параноидное мышление»);
- неприятные или болевые ощущения, фиксированные в различных системах организма (шкала «Соматизация») (табл. 2).

Необходимо заметить, что данные по шкале «Соматизация» отражают не столько клинические проявления туберкулезного процесса, сколько разнообразные телесные дисфункции функционального характера (ком в горле, головные боли, приступы жара или озноба, общий мышечный дискомфорт и т. п.). Наличие подобных жалоб регистрировали достоверно чаще у пациентов ГС по сравнению с ОГ. Следовательно, у пациентов, не обращавшихся за психологической помощью к специалисту, неблагополучие в психической сфере чаще сопровождалось различными его соматическими эквивалентами. Подобный факт можно объяснить наличием среди пациентов ГС психологических защитных механизмов отрицания и вытеснения, которые обеспечивают

снижение уровня осознания наличия негативных эмоций и способствуют их трансформации в соматическую сферу.

При сходной картине нарушений среди пациентов ОГ достоверно более высоким был уровень депрессивных расстройств (табл. 3). В свою очередь пациенты ГС отличались более выраженными симптомами негативных аффективных состояний (шкала «Агрессивность и враждебность»), а также подозрительностью и негативизмом по отношению к другим людям (шкала «Параноидное мышление»).

Достоверное различие по шкале «Психическое здоровье» свидетельствует о более низком уровне положительных эмоций среди пациентов ОГ, что подтверждается результатом сравнительного анализа данных самооценки собственного личностного благополучия. Так, обращавшиеся за психологической помощью, по сравнению с остальными пациентами, менее позитивны в отношении к себе, менее удовлетворены собственной жизнью. Таким образом, у пациентов основной группы меньше психологических ресурсов, необходимых для позитивного функционирования.

Наличие достоверной корреляционной связи между показателем тяжести дистресса (GSI) и шкалой «Психическое здоровье» в ОГ и ГС следует рассматривать в качестве дополнительного доказательства эмпирической валидности методики Symptom Check List-90. Большее количество выявленных в ОГ корреляционных связей между показателем GSI и психологическими параметрами по сравнению с ГС свидетельствует, что нарушения психологического статуса у пациентов с потребностью в получении психологической помощи имеют более сложный характер, взаимосвязаны с некоторыми личностными особенностями и качеством жизни пациента.

**Таблица 6.** Динамика психологического статуса у пациентов ОГ и ГС (средние значения)

**Table 6.** Changes in psychological characteristics of patients from the main and comparison groups (median values)

Формы психологического неблагополучия по шкале SCL-90-R	ОГ (n = 33)		ГС (n = 45)	
	первичная оценка	динамическая оценка	первичная оценка	динамическая оценка
Соматизация	0,92*	0,62*	1,15	1,12
Обсессивно-компульсивные расстройства	1,21	0,94	1,20	1,18
Межличностная сензитивность	1,12	0,98	1,15	1,01
Депрессия	1,38**	0,77**	1,14	1,00
Тревожность	1,22**	0,54**	1,08	1,04
Агрессивность и враждебность	0,70*	0,46*	1,00	0,81
Фобические расстройства	0,54	0,48	0,64	0,65
Параноидное мышление	0,68	0,55	0,97	0,77
Психотизм	0,62**	0,33**	0,66	0,69
Обобщенный индекс тяжести дистресса (GSI)	1,00**	0,64**	1,02	0,94
Обобщенный индекс интенсивности психологического дистресса (PSDI)	1,75***	1,38***	1,65	1,57

*Примечание:* статистическая значимость между данными первичного и динамического исследования в ОГ и ГС обозначена \* –  $p < 0,05$ ; \*\* –  $p < 0,01$ ; \*\*\* –  $p < 0,001$

В ходе сравнительного анализа индивидуально-типологических особенностей пациентов установлены некоторые достоверные отличия в коммуникативных и эмоциональных характеристиках личности, интернальности (осознанности и ответственности) в различных жизненных сферах, стиле межличностного взаимодействия.

Так, оценки у низкого полюса фактора F, свидетельствующие о склонности к озабоченности, беспокойству о будущем, а также об эмоциональной сдержанности в социальных контактах регистрировали у 50% пациентов ОГ и у 28,1% пациентов ГС, обратившихся за психологической помощью ( $p < 0,05$ ) (табл. 4). Направленностью на свой внутренний мир, широкими интеллектуальными интересами, развитым воображением с интенсивным проживанием идей и чувств (высокий полюс фактора M «Мечтательность») отличались 40,0% пациентов ОГ (ГС – 12,5% пациентов;  $p < 0,05$ ). В отношениях с окружающими пациенты, получавшие психологическую помощь, проявляли открытость, доверие и уступчивость (низкий полюс фактора L «Доверчивость») – 33,3% случаев (ГС – 15,6% случаев;  $p < 0,05$ ).

Более половины пациентов, не обращавшихся за психологической помощью, характеризовались качествами, способствующими преодолению стресса: рациональностью, практическим подходом к различным жизненным ситуациям, самоуверенностью (низкий полюс фактора I «Жесткость» – 56,3% случаев (ОГ – 20,0% случаев;  $p < 0,05$ )). Вместе с тем у пациентов ГС выявлялась склонность относиться к окружающим с предубеждением, критичностью и недоверием (высокий полюс фактора L «Подозрительность») – 43,8% случаев (ОГ – 20,0% случаев;  $p < 0,05$ ). В социальном поведении у пациентов ГС, по сравнению с ОГ, обнаруживалось более выраженное стремление к доминированию и автономности (независимо доминирующий стиль взаимодействия) (табл. 5).

Более высокая интернальность в области неудач, выявленная среди пациентов ОГ, свидетельствует о том, что пациенты указанной группы обладают более развитым, по сравнению с пациентами ГС, субъективным контролем по отношению к отрицательным событиям, происходящим в их жизни, а также ощущают личную ответственность за их возникновение и разрешение (табл. 5). В семейной жизни пациенты ОГ также в большей мере осознают связь между собственными поступками и возникающими последствиями и, следовательно, воспринимают себя более способными управлять различными семейными ситуациями.

В результате сравнительного анализа данных первичного и динамического исследования психологического статуса установлено, что к окончанию стационарного лечения редукция симптомов дистресса наблюдалась у 50% пациентов с психологическим сопровождением терапии. Как видно из табл. 6, положительная динамика психологического статуса у пациентов ОГ отмечалась по большинству показателей. При этом нормализация состояния по шкалам «Агрессивность и враждебность», «Параноидное мышление» происходила у 66,7% пациентов; «Тревожность» и «Психотизм» – у 61,1% пациентов; «Межличностная сензитивность», «Депрессия», «Фобические расстройства» – у 50% пациентов. Среди пациентов ОГ с сохраняющимся дистрессом в 33,3% случаев диагностировали снижение интенсивности психологического неблагополучия. У пациентов без психологического сопровождения к окончанию стационарного этапа лечения не выявляли значимых изменений психологического статуса относительно данных при поступлении (табл. 6). Необходимо отдельно отметить, что зарегистрированное в данном исследовании количество реальных обращений за психологической помощью в связи с заболеванием (42,1% случаев) превышало приводимые другими авторами данные о числе пациентов, выразивших мнение о необходимости для себя психологической помощи, но не имеющих возможностей ее получения (30,1% случаев) ( $p < 0,05$ ).

### Заключение

Впервые выявленные больные туберкулезом легких с диагностированным психологическим неблагополучием, обратившиеся в процессе стационарного лечения за психологической помощью, значительно отличались от пациентов без психологического сопровождения особенностями психологического статуса (более высоким уровнем депрессивных расстройств, менее выраженными симптомами негативных аффективных состояний, подозрительности и негативизма по отношению к другим людям), а также индивидуально-типологическими характеристиками. Следовательно, запрос на психологическое сопровождение со стороны пациента определяется не только наличием актуального неблагополучия в психической сфере, но и его спецификой, а также личностными качествами пациента. Уровень востребованности психологической помощи среди больных туберкулезом легких может возрастать при наличии в противотуберкулезных учреждениях соответствующих специалистов, а также методического обеспечения их профессиональной деятельности.

**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. Баранова Г. В., Золотова Н. В., Стрельцов В. В., Харитоновна Н. Ю., Ахтямова А. А., Васильева И. А. Динамика психоэмоционального состояния больных туберкулезом легких на фоне психологического сопровождения противотуберкулезной химиотерапии // Туб. и болезни легких. – 2016. – № 3. – С. 44-51.
2. Белостоцкий А. В., Касаева Т. Ч., Кузьмина Н. В., Нелидова Н. В. Проблема приверженности больных туберкулезом легких к лечению // Туб. и болезни легких. – 2015. – № 4. – С. 4-8.
3. Брюханова Н. С., Антропова В. В. Медико-психологическое сопровождение противотуберкулезной терапии и его влияние на психический статус впервые выявленных больных инфильтративным туберкулезом легких // Сибирское медицинское обозрение. – 2011. – № 6. – С. 81-84.
4. Виноградов М. В., Черкашина И. И., Перельман М. И. Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулеза легких // Пробл. туб. – 1991. – № 10. – С. 41-43.
5. Гнездилова Е. В. Ориентирование больного туберкулезом на лечение с помощью образовательной программы «Фтиза-школа» // Пульмонология. – 2001. – Т. 11, № 1 – С. 16-19.
6. 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., 2000. – 23 с.
7. 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.
8. Ломаченков 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.
9. 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.
10. Макиева В. Г., Калинина М. В., Богдельникова И. В., Малиев Б. М., Жариков Н. М., Перельман М. И. Психологическая оценка больных с впервые выявленным туберкулезом легких при различных организационных формах лечебного процесса // Пробл. туб. – 1999. – № 4. – С. 7-9.
11. Сухова Е. В. Копинг-стратегии больных фиброзно-кавернозным туберкулезом легких и направления психосоциальной коррекции // Туб. и болезни легких. – 2014. – № 2. – С. 28-33.
12. Сухова Е. В. Необходимость психологической коррекции у больных туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2004. – № 10. – С. 34-36.
13. Сухова Е. В., Сухов В. М., Корнев А. В. Особенности отношения к болезни больных туберкулезом легких // Пробл. туб. – 2006. – № 5. – С. 20-23.
14. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. – СПб.: Питер, 2001. – 272 с.
15. Юдин С. А., Барканова О. Н., Борзенко А. С., Деларю В. В. Комплементарность оказания медицинской, социальной и психологической помощи во фтизиатрии (в оценках врачей и пациентов) // Туб. и болезни легких. – 2017. – Т. 95, № 4. – С. 7-10.

## ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

ФГБНУ «Центральный НИИ туберкулеза»,  
107564, г. Москва, Яузская аллея, д. 2.  
Тел.: 8 (499) 785-90-27, 8 (499) 785-90-52.

**Золотова Наталья Владимировна**

кандидат психологических наук, старший научный  
сотрудник группы по изучению психологических проблем  
туберкулеза детско-подросткового отдела.  
E-mail: zolotova\_n@mail.ru

## REFERENCES

1. Baranova G.V., Zolotova N.V., Streltsov V.V., Kharitonova N.Yu., Akhtyamova A.A., Vasilyeva I.A. Changes in psychological and emotional state of pulmonary tuberculosis patients receiving anti-tuberculosis chemotherapy accompanied by psychological support. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2016, no. 3, pp. 44-51. (In Russ.)
2. Belostotskiy A.V., Kasaeva T.Ch., Kuzmina N.V., Nelidova N.V. Problem of treatment adherence in tuberculosis patients. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2015, no. 4, pp. 4-8. (In Russ.)
3. Bryukhanova N.S., Antropova V.V. Medical and psychological support during tuberculosis treatment and its impact on psychological state in new infiltrative pulmonary tuberculosis patients. *Sibirskoye Meditsinskoye Obozreniye*, 2011, no. 6, pp. 81-84. (In Russ.)
4. Vinogradov M.V., Cherkashina I.I., Perelman M.I. Psychological state of patients with limited forms of pulmonary tuberculosis. *Probl. Tub.*, 1991, no. 10, pp. 41-43. (In Russ.)
5. Gnezdilova E.V. Motivating a tuberculosis patient to be cured with the help of Phthisio school health education. *Pulmonologiya*, 2001, vol. 11, no. 1, pp. 16-19. (In Russ.)
6. Dolgikh N.O. *Sostoyaniye situatsionno-lichnostnogo reagirovaniya u pervyye vyavlennykh bolnykh tuberkulezom i ikh spetsificheskoe lecheniye s ispolzovaniem psikhoterapii. Avtoref. diss. kand. med. nauk.* [State of situational personal reacting in new tuberculosis patients and their specific treatment with the use of psychological therapy. Synopsis of Cand. Diss.]. Moscow, 2000, 23 p.
7. Kosheleva G.Ya. *Kliniko-psikhologicheskie kharakteristiki bolnykh tuberkulezom legkikh i ikh dinamika v protsesse kompleksnogo lecheniya. Avtoref. diss. kand. med. nauk.* [Clinical and psychological characteristics of pulmonary tuberculosis and their changes during comprehensive treatment. Synopsis of Cand. Diss.]. Leningrad, 1990, 24 p.
8. Lomachenkov V.D., Kosheleva G.Ya. Psychological specific features of men and women being new cases of tuberculosis and their social adaptation. *Probl. Tub.*, 1997, no. 3, pp. 9-11. (In Russ.)
9. 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.)
10. Makieva V.G., Kalinina M.V., Bogadelnikova I.V., Maliev B.M., Zharikov N.M., Perelman M.I. Psychological assessment of new pulmonary tuberculosis patients in various organizational forms of treatment. *Probl. Tub.*, 1999, no. 4, pp. 7-9. (In Russ.)
11. Sukhova E.V. Coping strategies in those suffering with fibrous cavernous tuberculosis and psycho-social correction. *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2014, no. 2, pp. 28-33. (In Russ.)
12. Sukhova E.V. The need of psychological management in patients suffering from pulmonary tuberculosis. *Probl. Tub.*, 2004, no. 10, pp. 34-36. (In Russ.)
13. Sukhova E.V., Sukhov V.M., Kornev A.V. The attitude of pulmonary tuberculosis patients towards their disease. *Probl. Tub.*, 2006, no. 5, pp. 20-23. (In Russ.)
14. Tarabrina N.V., *Praktikum po psikhologii posttravmaticheskogo stressa.* [Practical training in psychology of post-traumatic stress]. St. Petersburg, Piter Publ., 2001, 272 p.
15. Yudin S.A., Barkanova O.N., Borzenko A.S., Delaryu V.V. Complementarity of medical, social and psychological care in tuberculosis control (as reported by doctors and patients). *Tuberculosis and Lung Diseases*, 2017, vol. 95, no. 4, pp. 7-10. (In Russ.)

## FOR CORRESPONDENCE:

Central Tuberculosis Research Institute, Moscow, Russia  
2, Yauzskaya Alleya, Moscow, 107564  
Phone: +7 (499) 785-90-27; +7 (499) 785-90-52.

**Natalya V. Zolotova**

Candidate of Psychological Sciences, Senior Researcher  
of the Group Studying Psychological Problems Related  
to Tuberculosis, Children and Adolescents Department.  
Email: zolotova\_n@mail.ru

**Баранова Галина Викторовна**

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

**Стрельцов Владимир Владимирович**

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

**Харитонова Надежда Юрьевна**

медицинский психолог 1-го терапевтического отделения отдела фтизиатрии.

**Багдасарян Татевик Рафиковна**

кандидат медицинских наук, заведующая 1-м терапевтическим отделением отдела фтизиатрии.

**Galina V. Baranova**

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

**Vladimir V. Streltsov**

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

**Nadezhda Yu. Kharitonova**

Medical Psychologist of the First Therapy Department of Phthisiology Unit.

**Tatevik R. Bagdasaryan**

Candidate of Medical Sciences, Head of First Therapy Department of Phthisiology Unit.

Поступила 08.10.2018

Submitted as of 08.10.2018