

ОКАЗАНИЕ ПСИХОСОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ ТУБЕРКУЛЁЗОМ

О.Б. Ломакина, Е.В. Мартусова, А.Н. Майстренко
ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулёзом
Департамента здравоохранения города Москвы»

The psychosocial care for tuberculosis patients

O.B. Lomakina, E.V. Martusova, A.N. Maystrenko

Рассмотрен опыт оказания психосоциальной помощи больным туберкулёзом. Характерное для больных туберкулёзом состояние аффективного напряжения, провоцируя оппозиционное взаимодействие с окружающими людьми, зачастую приводит к социальной дезадаптации и ухудшению качества жизни, низкой приверженности к лечению.

Наиболее прогрессивным направлением в реабилитации больных туберкулёзом является психосоматический подход, для реализации которого необходимо проведение обучающих тренингов в специализированных медицинских учреждениях и создание мультифункциональных команд, состоящих из врачей-фтизиатров, психологов, специалистов по социальной работе, юристов. При этом предполагается максимальное вовлечение пациента во все этапы решения его индивидуальных проблем.

Ключевые слова: Психосоциальная работа, туберкулёз, психологическая помощь, психолог, психосоматика, психоэмоциональное состояние, обучение больных туберкулёзом, психосоциальная реабилитация, враждебность, алекситимия, мишени, зависимые тенденции.

Туберкулёз – это комплексная медицинская, психологическая и социальная проблема. Болезнь делит жизнь человека на периоды «до» и «после» постановки диагноза, полностью его дезадаптируя. Формирование мотивации к излечению, должны осуществлять врачи-фтизиатры, психологи, специалисты по социальной работе и юристы [16].

Клиницисты с начала XIX века придавали огромное значение психологическим факторам в развитии туберкулёза, эти проблемы были затронуты уже Иоганном Христианом Августом Хайнротом (Johann Christian August Heinroth) – немецким врачом, который в 1818 году первым ввел медицинский термин психосоматика, и великим Рене-Теофилом-Гиацинтом Лаэннеком (René-Théophile-Hyacinthe Laënnec) который в

We discussed about the experience of providing psychosocial care for tuberculosis patients. The characteristic of tuberculosis patient's state is an affective stress which is provoking opposite interaction with other people often leads to social exclusion and poor quality of life or poor adherence to treatment.

The most progressive trend in the rehabilitation of patients with tuberculosis is a psychosomatic approach. For its reanalysis it is necessary to conduct trainings in specialized medical institutions and to gather multifunctional teams of TB specialists, psychologists, social work specialists and lawyers. This assumes the maximum involvement of the patient in all phases of the solution of his or her problems.

Kew words: psychosocial care, tuberculosis, psychological care, psychologist, psychosomatics, psycho emotional state, tuberculosis patient education, psychosocial rehabilitation, hostility, alexithymia, targets, dependent personality tendencies.

своей работе 1819 г. сформулировал клинко-анатомическое понятие о туберкулёзе, как самостоятельной нозологической форме [25, 38, 50, 56].

По мере развития медицины и психологии представления о связи соматической патологии, в частности туберкулёза, с особенностями личности все более расширялись и детализировались.

Основоположники современной психосоматической медицины F.Alexander и F. Dunbar предположили, что в основе заболевания лежат эмоциональные реакции и «конфликт личности» [1]. D. Kissen, L.L. Le Shan в 1964 г., показали, что особенностью личности больных туберкулёзом является «необычайная потребность в симпатии» [57].

Было отмечено, что у больных туберкулёзом отсутствует эмоциональный контроль, чувство безопасности, при этом прослеживается обеспокоенность, сексуальная напряженность, признаки депрессии и дезадаптации. Продолжительное лечение в стационаре усиливает депрессивное состояние, а также проявление истерошизоидных черт личности [9, 18, 32].

С. Д. Соловей (2005) отметил, что у пациентов, впервые столкнувшихся с болезнью, наблюдают истерические реакции, депрессивное состояние, спокойствие, и, крайне редко, радость [36].

По мнению ряда исследователей, для больных туберкулёзом характерны: стремление избежать неудач, фиксация на отрицательном опыте, глубокое переживание негативно окрашенных событий, зависимость от поведения доминирующих личностей, непродуктивный перфекционизм, субдепрессивный аффект, истерические расстройства, приступы одышки невротического характера, онемение конечностей, демонстративное поведение, мстительность, обидчивость, стремление доказать окружающим, что они «чего-то стоят», нарушения в сфере межличностных отношений. Подобное поведение обусловлено настороженным отношением окружающих к больным, неопределёнными перспективами относительно здоровья и грядущей работоспособности [32, 42, 46, 50, 59].

Несмотря на то, что больные туберкулёзом чувствуют себя покинутыми, одинокими, им не хватает дружеского участия, лишь некоторые сталкиваются с недопониманием в семье после постановки диагноза [15, 32, 36].

Важным для патогенеза туберкулёза легких является хроническое психоэмоциональное напряжение [22, 41]. Срыв систем адаптации, который начинается с нарушения на психическом уровне и приводит к резкому снижению резистентности организма, наблюдаемый в критические возрастные периоды [21], снижает устойчивость к туберкулёзной инфекции при психических травмах [23]. На основании обобщенных данных установлено, что туберкулёзом болевают преимущественно лица пассивно-оборонительной структуры личности. Наряду с агрессивным отношением к людям, значительное место занимают жалобы невротического характера [9, 36, 55, 60].

Нейропсихологическое исследование больных туберкулёзом легких выявило, что для них характерен лобно-теменной синдромокомплекс [34, 37], в префронтальных корковых отделах наблюдается преобладание тормозного процесса, который характеризуется снижением аналитико-синтетической деятельности из-за недостаточности фазы предварительной ориентировки, фрагментарности восприятия информации, затруднений сопоставления, планирования и контроля действий. Эти нарушения выражаются в импульсивности принятия решений и поступков, ригидности установок и ограниченности анализа жизненных событий, снижении целенаправленности деятельности. В лобных субкортикальных медиобазальных отделах наблюдается значительное

фоновое перевозбуждение корковых структур, что проявляется в поведении раздражительностью, экспрессивными вспышками гневных реакций, а в самочувствии – нарушением сна, аппетита, перепадами настроения. В заднемозговых отделах головного мозга – теменных, височных и затылочных – наибольшее функциональное снижение тонуса наблюдают в теменных долях, что обуславливает в психическом статусе больных высокую тревожность и склонность к мнительному восприятию реальности. Выявленные при туберкулёзе легких нарушения функционального состояния церебральных отделов ЦНС определяют необходимость их нейротропной коррекции [37].

Болезнь влияет на личность, приводит к переоценке системы ценностей и возникновению новых мотивов деятельности. Прослеживается неадекватное отношение к заболеванию и негативное отношение к лечению [4, 24, 44, 45, 46].

Следует отметить, что многие больные и до выявления туберкулёза легких имеют два и более хронических соматических заболевания. При этом только незначительная часть заболевших регулярно проходят медицинские осмотры, пунктуально выполняя назначения врачей, около трети нарушали предписания врачей, а более половины пренебрегали врачебными рекомендациями [32].

На фоне длительного лечения формируется синдром госпитализма, который усугубляет и без того тяжелое состояние большинства больных. Дефицит общения, замкнутое пространство, боязнь за здоровье близких, неизвестность и страх перед будущим являются основой формирующейся искаженной внутренней картины болезни, что для психосоматического больного крайне нежелательно [20, 34, 36, 44].

Больные, страдающие туберкулёзом легких, склонны к развитию психосоматических заболеваний, так как испытывают постоянное внутреннее напряжение. Они нуждаются в психологической коррекции, специальных тренингах по саморегуляции состояния и адекватному эмоциональному самовыражению [43, 55].

Следует отметить, что уровень знаний больных туберкулёзом о заболевании оказывает заметное влияние на исход болезни [10]. Для многих респондентов мнения знакомых людей являются единственным источником информации [11].

В ряде исследований показано, что у лиц БОМЖ, больных туберкулёзом, происходит сдвиг «с мотива – на цель». Для них характерно стремление к приобретению теплого ночлега, питания в больнице, пенсионного обеспечения и других льгот, «иммунитета» при незначительных правонарушениях. В этой группе пациентов часто встречаются лица с большим общим сроком пребывания в ИТУ, иногда совершившие преступления будучи еще несовершеннолетними, которые никогда не имели паспорта и собственного жилья. Факторы, являющиеся фрустрирующими и стрессогенными для обычных людей,

у лиц БОМЖ не вызывают эмоциональных откликов. Это является следствием выработанной под постоянным воздействием стресса психологической защиты [2, 9, 27].

Психосоциальные проблемы, которые причиняют заметное беспокойство больным, включают социальное клеймо («стигматизацию») и дискриминацию, страх и чувство вины, связанные с риском заражения окружающих, социально-экономическое и психологическое бремя хронического, угрожающего жизни заболевания, значительную зависимость от других, многочисленные неудачные курсы лечения и постоянное напоминание медицинских работников о вероятной неэффективности дальнейшей терапии, потере членов семьи из-за болезни и сопутствующую бедность [6, 56].

Для повышения уровня дисциплины в лечебном учреждении, улучшения взаимодействия с медицинским персоналом необходима коррекция эмоциональных состояний, сглаживание депрессивных и агрессивных реакций [9, 10, 39, 46]. Для проведения психокоррекционных мероприятий у больных туберкулёзом необходимы методы и методики, наиболее полно соответствующие особенностям каждого конкретного пациента, которые должны быть выявлены в процессе психологической диагностики.

Первую группу наиболее распространенных методов психологической диагностики составляют методики, позволяющие уточнить психоэмоциональное состояние больных туберкулёзом легких. К ним относятся [30, 41]:

- Тест Люшера – для исследования личностно-эмоциональных характеристик больных
- Тест Ч.Д. Спилбергера и Ю.Л. Ханина для самооценки уровня реактивной и личностной тревожности
- Тест А. Басса и А. Дарки для диагностики показателей формы агрессии
- Тест САН (самочувствие, активность и настроение), направленный на самооценку больными своего эмоционального состояния
- СМЛ (стандартизированный многофакторный метод исследования личности по Л.Н. Собчик)
- Субъективная оценка состояния по 10-бальной системе по сумме предъявляемых жалоб.

Вторая группа методик позволяет выявить личностные особенности больных туберкулёзом:

- Методика самооценки личности (О.И. Матков), изучающая общий уровень самооценки позитивного развития личности, отдельных ее факторов и качеств и степень ее адекватности
- Опросник ВКЛ (М.В. Чумаков) для диагностики основных компонентов волевой регуляции личности [49]
- ОтеЦ (И.Г. Сенин) – опросник терминальных ценностей личности [30]
- Проективные рисуночные тесты [30];

Третья группа методик занимает особое место в понимании психогенеза заболевания, т.к. помогает установить особенности межличностного взаимодействия больных туберкулёзом легких с их социальным окружением (родителями, коллегами по работе и т.д.), а также характерные стратегии поведения больных в конфликте. К ним относятся:

- Методика «завершения предложений» (Д.Сакс и С.Леви) для исследования направленности индивида и системы его отношений
- Фрустрационный тест Розенцвейга, исследующий поведение человека в конфликтной ситуации
- Тест Лири, изучающий стиль и структуры межличностных отношений [30].

Для совершенствования лечебно-реабилитационной помощи можно использовать сформированные психодиагностические комплексы, состоящие из методик, учитывающих возрастные категории детей и подростков. Они позволяют выявить факторы, связанные с развитием заболевания и его динамикой, оценить личностную реакцию на болезнь, дать динамическую оценку психологического статуса [6, 17].

В клинических и социально-медицинских исследованиях в последнее десятилетие серьезное внимание уделяется оценке качества жизни больных (КЖ). Качество жизни – это степень удовлетворения человеческих потребностей, восприятие индивидами их позиции в жизни в контексте культурных и оценочных систем, в которых они живут, и во взаимоотношениях с их целями, ожиданиями, стандартами и убеждениями [31, 47]. КЖ позволяет оценить физическое состояние больных, эмоциональное и социальное функционирование, повседневную активность, проведение досуга, а также демографические, психологические и духовные переменные индивида [53].

Виноградова М.В., Черкашина И.И., Перельман М.И. (1991) для оценки психического состояния и личностных особенностей больных туберкулёзом применили комплексное клинико-диагностическое исследование, включающее индивидуальную беседу с каждым пациентом [5].

В работах Е.М. Богородской, И.Д. Даниловой, О.Б. Ломакиной [9, 56] рассмотрен комплекс мероприятий по формированию у больных туберкулёзом стимулов для продолжения лечения:

- для всех больных:
 - административные меры по организации непрерывного лечения больных туберкулёзом;
 - санитарно-просветительская работа с пациентами;
 - гуманное отношение медицинского персонала к пациентам.
- для медицинского персонала:
 - мотивация для успешной организации работы.
- для пациентов из групп риска досрочного прекращения химиотерапии:

- материальное стимулирование;
- психологическая помощь;
- юридическая помощь.

В настоящее время наиболее актуальным является психосоматический подход к исследованию психогенеза туберкулёза легких, который ставит следующие задачи:

- Выявление типичных личностных черт больных туберкулёзом легких и патологических звеньев в системе отношений личности
- Определение условий формирования специфически патологического радикала личности туберкулёзного больного в родительской семье на основе болезненно заостренных характерологических черт родителей и особенностей внутрисемейного взаимодействия
- Изучение доминирующих эмоций и гипертрофированных эмоциональных реакций, возникающих в столкновении с окружающей социальной средой, характерных для больных туберкулёзом легких [37, 60]. Это позволяет адекватно оценить сущность нарушений адаптации туберкулёзных больных в социальной среде.

Еще Н. Huebschmann (1952) указывал, что болезнь представляет эквивалент жизненно важного решения [54]. Выздоровление наступает, когда ситуация разрешается извне, в силу чего внутреннее решение заболеть становится излишним. И.Д. Серегин и Н.Ф. Воробьев (1987) показали необходимость разработки дифференцированных психореабилитационных мероприятий [33].

Г.Я. Кошелева (1987) доказала, что в реабилитации больных туберкулёзом важное значение приобретают степень активности его собственных усилий и чувство личной ответственности за выздоровление.

Л.Б. Худзик и соавт. (1997), Р.Ш. Валиев и Г.А. Идиятуллина (2000), М.И. Перельман (2006) [12, 24, 46] считают, что эмоциональный контакт с врачом и гуманное и доверительное отношение медицинского персонала могут оказаться решающими факторами в течение заболевания. Личность врача является комплексом душевных, моральных, этических стимулов, влияющих на выздоровление больного [13, 59].

Большое значение имеет мотивация медицинского персонала в профессиональной деятельности [11, 12].

«Основополагающими принципами работы с уязвимыми группами являются: Доступность, Добровольность, Доброжелательность, Доверие – этот четвертый принцип реализуется при соблюдении первых трех «Д» [17]. Кроме того, большое значение в работе с уязвимыми группами населения играет т.н. «клиент-ориентированный подход» и соблюдение конфиденциальности оказываемых услуг [17].

А.С. Толстых (2003) предлагает проведение психокоррекции при помощи различных методов психотерапии, использование адаптированные техники нейролингвистического про-

граммирования [44], особенно у лиц с неадекватным отношением к заболеванию.

Применение программы психокоррекционных мероприятий создает в окружении больного терпимую и доброжелательную обстановку [18].

Большое значение некоторые авторы придают обучающим программам. Например, в Ленинградской и Самарской областях для больных туберкулёзом легких проводилась социальная и психологическая коррекция. Мотивация пациента для преодоления болезни невозможна без наличия всего объема необходимой информации, которая должна быть не просто получена (услышана или прочитана), но и понята, осознана, удержана в памяти больного туберкулёзом и применена на практике для борьбы с недугом [26, 36].

Наибольшее внимание должно быть уделено пациентам в период ломки жизненного стереотипа, то есть в течение первых двух недель после выявления заболевания, когда у человека имеется острая потребность в информационной поддержке для формирования необходимых знаний, умений и навыков [27].

Не все авторы полагают, что для больных туберкулёзом обязательно нужна образовательная программа.

Богадельникова И.В. и Перельман М.И. с соавт. (1999) доказали, что положительное влияние на психоэмоциональное состояние впервые выявленных больных туберкулёзом оказывало амбулаторное лечение [6]. Такого же мнения придерживаются Л.Б. Худзик с соавторами [41, 46].

Задачи психологической реабилитации больных туберкулёзом легких соотносятся с этапами лечения и зависят от особенностей психологического состояния человека на каждом из них. При этом основными задачами психолога являются [38, 56, 59]:

- определение потенциальных возможностей психологической реабилитации пациентов;
- помощь пациентам в адаптации к условиям стационара;
- формирование уверенности в выздоровлении, доверия к действенности лекарственной терапии;
- формирование у пациентов мотивации для активного сотрудничества с медицинским персоналом;
- уменьшение у пациента страха, тревоги и неопределенности, формирование ощущения контроля над происходящим;
- коррекция чрезмерно беспокойного или легкомысленного отношения к болезни;
- формирование адекватного отношения пациентов к реакциям организма на прием противотуберкулёзных препаратов;
- помощь пациентам в принятии собственной ответственности за благоприятный исход лечения;
- обучение приемам саморегуляции психологического состояния и поддержания позитивного межличностного взаимодействия в условиях стационара, обучение навыкам конструктивного взаимодействия с людьми;

- оптимизация эмоционального состояния пациентов;
- профилактика социальной самоизоляции пациентов;
- поддержание активной личностной позиции пациентов в отношении собственного здоровья и лечения

Целью психологической реабилитации в фазе продолжения лечения является повышение стрессоустойчивости, профилактика преждевременного отрыва от терапии на предстоящем амбулаторном этапе лечения [38].

О.В. Бастрыкина доказала, что специалисту необходимо четкое представление о т. н. психотерапевтических «мишенях» [4], которыми могут быть различные типы личностного реагирования на болезнь, а также социальная дезадаптация.

По мнению некоторых авторов, основными мишенями психологической коррекции являются: «враждебность», «алекситимия», «моральная взыскательность», «зависимые тенденции» [34, 35, 37].

Р.Ш. Валиев (1999) считает, что психосоциальную реабилитацию не вполне правомерно относить к патогенетическому методу лечения, поскольку психоэмоциональные проявления, лежащие в основе заболевания, одновременно являются проявлением как собственно заболевания, так и побочного действия противотуберкулезных препаратов [10,41].

Проведенный анализ публикаций, посвященных изучению психосоциальных особенностей больных туберкулезом, свидетельствует о том, что их современный психологический и социальный портрет достаточно хорошо изучен. Назрела необходимость создания единого подхода в лечении этой опасной заразной болезни [9, 56].

По мнению большинства отечественных авторов, в настоящее время следует говорить не об одностороннем процессе

психологического консультирования больного, а о взаимодействии, где больной выступает как активный и заинтересованный участник диалога [9,10, 32, 38, 48, 56].

Особое место в профилактике досрочного прерывания лечения туберкулеза занимает первичное консультирование, проводимое непосредственно после постановки диагноза. Оно является ключевым элементом формирования приверженности больного к лечению. Необходимо составлять индивидуальный план психологической, социальной и юридической поддержки для каждого больного на весь период противотуберкулезной терапии [7, 9, 56].

Обучение больных туберкулезом, как индивидуально, так и в группах, продемонстрировало высокую эффективность по сравнению с традиционными методами информирования пациентов о болезни [29].

Помощь больным должны оказывать: психологи, специалисты по социальной работе, юристы, менеджеры проектов, организаторы здравоохранения. Все они должны быть профессионально готовыми к работе с больными туберкулезом и выступать единой командой. При этом каждый специалист выполняет специфическую работу в своей зоне ответственности, что существенно повышает эффективность деятельности всего коллектива, и, следовательно, увеличивает количество излеченных от туберкулеза. Для достижения желаемого уровня эффективности противотуберкулезной терапии необходимо объединить усилия тех специалистов, чья помощь нужна конкретному больному [9, 16, 32, 48, 56].

Литература

1. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение / Ф. Александр. – М.: ЭКСМО, 2006.
2. Алексеева Л.П., Петровская М.В., Мартынова М.В., Зебницкая И.С. Опыт работы по социальной реабилитации бездомных больных туберкулезом органов дыхания // Научные труды к 80-летию ведущего противотуберкулезного учреждения г. Москвы, 10-летию Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулезом / под ред. В.И. Литвинова. – М.: МНПЦБТ, 2007. – С. 132–138.
3. Алфеевский Н.А. О нервных и психологических явлениях у туберкулезных // Современная психиатрия. – 1912. – № 10. – С. 707-742
4. Бастрыкина О.В. Медико-социальные проблемы мотивации в лечении больных туберкулезом в новых экономических условиях: Дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2002.
5. Березин Ф.Б., Мирошников М.П., Рожанец Р.В. Методика многостороннего исследования личности (в клинической медицине и психогигиене). – М.: Медицина, 1976. – 246 с.
6. Богадельникова И. В., Малиев Б. М., Жариков Н. М., Перельман М.И. Психологическая оценка с впервые выявленным туберкулезом легких при различных организационных формах лечебного процесса // Пробл. туберкулеза. – 1999. – № 4. – С. 7-10.
7. Богородская Е.М. Организационные принципы при различном отношении больного туберкулезом к лечению // [Электронный документ] 02.07.2008 г. Мат. Всерос. совещания главных врачей и руководителей организационно-методических отделов противотуберкулезных учреждений Российской Федерации, 1-2 июля 2008 г. Ресурсный центр по изучению политики в сфере туберкулеза. URL: <http://www.tbpolicy.ru/publications/index.php?id=59>
8. Богородская Е.М. Больные туберкулезом: мотивация к лечению // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2009. – № 2 – С. 3–11.
9. Богородская Е.М., Данилова И.Д., Ломакина О.Б. Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2007. – № 3. – С. 46-64.
10. Валиев Р.Ш. Лечение больных туберкулезом легких с учетом особенностей их личности и отношения к болезни // Пробл. туберкулеза. – 1999. – № 2. – С. 27–31.

11. Валиев Р.Ш., Богатова Э.В., Бурнашов Р.У. Уровень информированности пациентов противотуберкулёзных диспансеров и отношение их к лечебному процессу // Пробл. туберкулёза. – 2002. – № 6. – С. 10–14.
12. Валиев Р.Ш., Идиятуллина Г.А. К проблеме взаимоотношения врача и больного при туберкулёзе // Пробл. туберкулёза. – 2000. – № 1. – С. 4–7.
13. Викторов И.Т. Туберкулёз и психика // Вопросы взаимоотношений психического и соматического в психоневрологии и общей медицине. Труды Государственного научно-исследовательского института им. В.М.Бехтерева. – Т. 29. – Л., 1963.
14. Виноградов М.В., Черкашина И.И., Перельман М.И. Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулёза легких // Пробл. туберкулёза. – 1991. – № 10. – С. 41–43.
15. Гурылева М.Э., Герасимова О.И. Характеристика качества жизни больных туберкулёзом органов дыхания при амбулаторном режиме лечения // Пробл. туберкулёза. – 2002. – № 8. – С. 10–12.
16. Дегтярев А.А. Мультипрофессиональные команды при лечении больных туберкулёзом // Психосоциальная помощь больным туберкулёзом в Российской Федерации: Сб. статей. – Представительство благотворительной организации «Партнёры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации, М.: «ЛексТорг», 2013.
17. Демьяненко Э.Р., Мельникова Е.А., Изупов В.А. Подходы к формированию приверженности к противотуберкулёзной терапии среди уязвимых групп населения // Психосоциальная помощь больным туберкулёзом в Российской Федерации: Сб. статей. – Представительство благотворительной организации «Партнёры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации, М.: «ЛексТорг», 2013.
18. Зубова Е.Ю., Яицкий Ю.А. Влияние семейных и межличностных отношений на эффективность лечения активного туберкулёза легких у психических больных // Пробл. туберкулёза и болезней легких. – 2007. – № 7. – С. 20–23.
19. Исаева Н.Ю., Галкин В.Б., Коваленко Н.А. [и др.] Оценка психоэмоционального статуса детей и подростков в условиях туберкулёзных стационаров и санаториев: пособие для врачей // Большой целевой журн. о туберкулёзе. – 1999. – № 4. – С. 29–38.
20. Лебедева Н.О., Сухова Е.В. Формирование мотивации к лечению у больных туберкулёзом легких // Пробл. туберкулёза и болезней легких. – 2006. – № 12. – С. 13–16.
21. Лукашова Е.Н., Игишева Л.Н., Копылова И.Ф. Психологические особенности больных туберкулёзом подростков // Пробл. туберкулёза. – 2002. – № 1. – С. 39–41.
22. Любан-Плоца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача: пер. с нем. [2-е изд.] – СПб., СПб. психоневрол. ин-т, 1996. – 255 с.
23. Модель Л.И. Очерки клинической патофизиологии туберкулёза. – М.: Медгиз, 1962. – 366 с.
24. Перельман М.И. Больной туберкулёзом и врач-фтизиатр // Пробл. туберкулёза и болезней легких. – 2006. – № 5. – С. 3.
25. Петров С.П. О психике туберкулёзных // Современная психиатрия. – 1913. – № 9. – С. 673–694.
26. Положение о «Фтиза-школе» ГУЗ ЛО «Зеленохолмская туберкулёзная больница» // Фтизиатрическая служба Ленинградской обл. – состояние и перспективы развития: Сб. науч. тр. – СПб.: Изд-во ООО «Ривьера», 2005. – С. 341–345.
27. Пунга В.В., Алексеева Л.П., Рыбка Л.Н. и др. Выявление туберкулёза у бездомных и их социально-психологическая характеристика // Пробл. туберкулёза. – 1996. – № 6. – С. 29–31.
28. Пуховский Н.Н., Алексеева М.А. Криминальная психопатология и пенитенциарная психиатрия // Психопатологические последствия чрезвычайных ситуаций / под ред. В.В. Макарова. – М.: Академ. проект; 2000. – С. 253–283.
29. Пьянзова Т.В. Обучение пациентов противотуберкулёзных учреждений на примере опыта Кемеровского областного противотуберкулёзного диспансера // Психосоциальная помощь больным туберкулёзом в Российской Федерации: Сб. статей. – Представительство благотворительной организации «Партнёры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации, М.: «ЛексТорг», 2013.
30. Райгородский Д.Я. Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие. – Самара: Издательский дом «БАХРАХ – М», 2011. – 672 с.
31. Рябов С.И., Петрова Н.Н., Васильева И.А. Качество жизни больных, находящихся на лечении гемодиализом // Клин. медицина. – 1996. – № 8. – С. 29–31.
32. Сельцовский П.П., Стрельцов В.В., Золотова Н.В. Психологическое сопровождение терапии туберкулёза лёгких: Методическое пособие. – М.: МНПЦБТ, 2009. – 72 с.
33. Серегин И.Д., Воробьев Н.Ф. Психонейрофизиологические нарушения у больных туберкулёзом // VI Всеросс. съезд фтизиатров: Тез. докл.- Кемерово, 1987. – С. 197–199.
34. Сиресина Н.Н. Нейропсихологические особенности больных туберкулёзом // Сб. мат. 2-го Международного конгресса «Психосоматическая медицина – 2007». – СПб, 2007. – С. 142–143.
35. Сиресина Н.Н., Стрельцов В.В., Столбун Ю.В. «Психосоматический подход к проблеме туберкулёза легких» // Научн. тр. к 80-летию ведущего противотуберкулёзного учреждения города Москвы, 10-летию Московского городского научно-практического центра борьбы с туберкулёзом / под ред. В.И. Литвинова. – М.: МНПЦБТ, 2007. – С. 123–126.
36. Соловей С.Д., Королева Е.Н., Лихачев А.А., Чубов В.П. Программа комплексного медико-социального и психологического обследования пациента фтизиатрической службы / Фтизиатрическая служба Ленинградской области – состояние и перспективы развития: Сб. науч. тр. – СПб.: Изд-во ООО «Ривьера», 2005. – С. 347–363.
37. Стрельцов В.В. Психологическое и нейропсихологическое сопровождение терапии туберкулёза легких: Методическое пособие. – МНПЦБТ, М., 2007. – 73 с.
38. Стрельцов В.В., Ломакина О.Б. Задачи психологической реабилитации на этапах лечения туберкулёза легких // Психосоциальная помощь больным туберкулёзом в Российской Федерации: Сб. статей. – Представительство благотворительной организации «Партнёры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации, М.: «ЛексТорг», 2013.
39. Стрельцов В.В., Сиресина Н.Н., Баранова Г.В. Проблема туберкулёза легких с позиций психосоматического подхода // В сб.: Актуальные проблемы альтернативной и социальной педагогики, клинической психологии, психиатрии: традиции и перспективы междисциплинарного взаимодействия: мат. 1-й Международной научно-практич. конф. – Владимир, 2011. – С. 213–216.

40. Стрельцов В.В., Сиресина Н.Н., Золотова Н.В., Багдасарян Т.Р. К вопросу об оптимизации лечения при туберкулезе легких // Актуальные проблемы туберкулеза и болезней легких: мат. научн. сессии, посвящ. 85-летию Центр. НИИ туберкулеза РАМН / под ред. В.В. Ерохина. – М., 2006. – С. 124-125.
41. Стрельцов В. В., Сиресина Н. Н., Золотова Н. В. и др. Изменение психоэмоционального состояния больных туберкулезом лёгких на фоне психологического и нейропсихологического сопровождения противотуберкулёзной терапии // Пробл. туберкулеза. – 2009. – № 4. – С. 31-37.
42. Сухова Е.В. Поведенческая агрессия больных туберкулезом легких и способ ее коррекции // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 12. – С. 13 – 17.
43. Сухова Е.В. Степень удовлетворения личностных потребностей у больных туберкулезом легких // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2005. – № 1. – С. 47 – 50.
44. Сухов В.М., Сухова Е.В. Некоторые особенности качества жизни больных туберкулезом легких // Пробл. туберкулеза и болезней легких. – 2003. – № 4. – С. 29 - 30.
45. Толстых А.С. Туберкулез легких у жителей сельской местности в условиях Восточной Сибири (клинико-эпидемиологическое исследование): дис ... канд. мед. наук. – Иркутск, 2000.
46. Худзик Л.Б., Толканица В.А., Панкратова Л.Э. Психологические и нравственные аспекты подготовки врача во фтизиопульмонологической клинике медицинского университета // Пробл. туберкулеза. – 1997. – № 2. – С. 58 -59.
47. Черкашина И.И., Перельман М.И. Психическое состояние больных с ограниченными формами туберкулеза легких // Пробл. туберкулеза. – 1991. – № 10. – С. 41 - 43.
48. Черняев И.А. Введение // Психосоциальная помощь больным туберкулезом в Российской Федерации. Сб. статей. – Представительство благотворительной организации «Партнеры во имя здоровья» (США) в Российской Федерации, М.: «ЛексТорг», 2013.
49. Чумаков М.В. Эмоционально-волевая регуляция деятельности в социальном взаимодействии: автореф. ... дисс. докт. психологич. наук, Ярославль, 2007.
50. Шмелев Е.И., Беда М.В., Jones P.W. Качество жизни больных хроническими обструктивными болезнями лёгких // Пульмонология. – 1998. – Т. 8. – № 2. – С. 79- 81.
51. Шульгина Э.Л., Иммерман К.Л., Панаитова С.В., Панкратова Л.Э. Нервно-психические нарушения у впервые выявленных больных туберкулезом легких и способы ее коррекции // Пробл. туберкулеза. – 1993. – № 4. – С.37 - 40.
52. Эпштейн Д.Я. Душа туберкулезного в освещении художественной и научной литературы. – Киев, 1920.
53. Escande M., Gardes J.P., Gayral L.F. // Reactions and psychic disorders in Besnier-Boeck-Schaumann disease: Clinical and psychological approach; application of a scale of aggressive behavior to the mental profile // Ann. Med. Psychol. (Paris). – 1980. – Vol. 138. – N 7. – P.813–828.
54. Huebschmann H. Psyche und Tuberkulose.- Stuttgart: Enke, 1952. – S. 192-216.
55. Jakubowiak W.M., Bogorodskaya E.M., Borisov S.E., Danilova I.D., Lomakina O.B., Kourbatova E.V. Impakt of socio-psychological factors on treatment adherence of TB patients in Russia // Tuberculosis. – 2008. – Vol. 88. – P. 495-502.
56. Jakubowiak W.M., Bogorodskaya E.M., Borisov S.E., Danilova I.D., Lomakina O.B., Kourbatova E.V. Social support and incentives programme for patients with tuberculosis: experience from the Russian Federation // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2007. – Vol. 11. – N 11. – P. 1210-1215.
57. Kissen D., Le Shan L.L. Psychosomatic aspects of neoplastic disease. Philadelphia, 1964.- 493 p.
58. Laënnec R. De l'auscultation mediate ou traite du diagnostic des maladies des paumons et de Coeur. – Paris, 1819.
59. Salles C.L.G., Conde M.B., Hofer C. et al. Defaulting from anti-tuberculosis treatment in a teaching hospital in Rio de Janeiro, Brazil // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2004. – Vol. 8, N 3. – P. 318-322.
60. Vega P., Sweetland A., Acha J. et al. Psychiatric issues in the managment of patients with multidrug-resistant tuberculosis // Int. J. Tuberc. Lung Dis. – 2004. – Vol. 8. – N 6. – P. 749-759.

Сведения об авторах

Ломакина Ольга Борисовна – психолог, зав. кабинетом социальной, юридической, психологической помощи ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Адрес: 107014, Москва, ул. Стромынка, д. 10,

e-mail: olga.lomakina.bm@gmail.com

Мартусова Екатерина Витальевна – психолог кабинета социальной, юридической, психологической помощи ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»

Майстренко Александр Николаевич – психолог кабинета социальной, юридической, психологической помощи ГКУЗ «Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулезом Департамента здравоохранения города Москвы»