



Психологи в России пришли в медицину в XXI веке. Раньше считалось, что обращение к психологу – это дань моде или показатель приверженности к высоким артистическим и политическим кругам. Но оказалось, что эти специалисты могут помогать и обычным людям.

Уже более пяти лет в Московском центре борьбы с туберкулезом работает психологическая служба. О целях ее работы, задачах и проблемах рассказывает Ольга Борисовна ЛОМАКИНА, заведующая одним из первых в стране отделений социальной, юридической и психологической помощи самого крупного фтизиатрического центра России.

ПСИХОЛОГИ В ТАНДЕМЕ С МОСКОВСКИМИ ФТИЗИАТРАМИ

Диалог ведет врач и журналист Татьяна Мохрякова

– *Ольга Борисовна, в структуру отечественного здравоохранения психологическая служба вошла недавно.*

– Это так. Ведь доказательная медицина XX века делала акцент на физическую составляющую человеческого организма. В обществе были большие надежды на то, что основные проблемы здоровья человека можно решить лекарственными средствами. В советском прошлом была развита коллективная психология с акцентом на здоровье, а психологии личности практически не уделяли внимания. И это несмотря на то, что такие отечественные ученые, как В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, В.Ф. Чиж, И.А. Сикорский, В.Н. Мясищев, стали заниматься медицинской психологией как наукой еще в конце XIX – начале XX века, открыв каждый в своей клинике экспериментально-психологические лаборатории.

– *В приказах Министерства здравоохранения о клинических психологах впервые говорится в 2003 году. Получается, что только 15 лет назад в России пришли к пониманию необходимости привлечения психолога к лечебному процессу. Как Вы можете это объяснить?*

– Сложный вопрос. Ведь и профессия «психолог» в нашей стране стала широко известна только в середине XX века. Кафедра психологии в МГУ, например, была организована только в 1942 году. Сначала – на философском факультете, и только в 1966 году она выделилась в психологический факультет, долгое время выпускавший специалистов-исследователей. А медицинские психологи в нашем обществе появились лишь в конце 90-х.

К тому же в последние годы наши врачи физически не имеют возможности подолгу разговаривать с больными: им дается

10–15 минут на сбор анамнеза, осмотр и назначения, и это без права на ошибку!

– *То есть обращение к психологам в наши дни можно объяснить сокращением приема врача?*

– Думаю, отчасти да. Произошел разрыв между старой лечебной школой, когда врачи беседовали со своими пациентами, и современной – когда им некогда выяснять особенности мироощущения и поведения каждого больного.

ПЯТЬ ЛЕТ В МОСКОВСКОЙ ФТИЗИАТРИИ

– *Пять лет назад руководство Московского центра борьбы с туберкулезом пришло к решению о необходимости открытия у себя отделения социальной, юридической и психологической помощи. Почему было открыто такое отделение?*

– Открытие нашего отделения в структуре научно-практического центра борьбы с туберкулезом было необходимостью и стало созвучно времени.

Туберкулез для любого заболевшего – шок. Как правило, этот диагноз воспринимается с трудом: человеком с впервые выявленной туберкулезной инфекцией он расценивается как катастрофа. После известия о диагнозе человек нередко впадает в депрессивное состояние, а фтизиатры не всегда знают, как помочь ему справиться с самоуничтожением и внутренним конфликтом. Уверена, что чем раньше психолог начнет работу с больным туберкулезом, тем легче ему будет выздоравливать. Считаю открытие отделения социальной, юридической и психологической помощи показателем высокого клинического уровня учреждения.

– *Какова структура Вашего отделения и что в его приоритетах сегодня?*

– В отделении восемь профессиональных психологов, которые консультируют и наблюдают пациентов двух клиник и восьми филиалов Московского центра борьбы с туберкулезом (далее – Центра). Юристы Центра консультируют пациентов по вопросам выплат по больничным листам, отношений с работодателями (сохранения ставки, должности) и возможности (или невозможности) получить льготное жилье.

Наше отделение занимается в основном психологической помощью заболевшим туберкулезом. Все впервые выявленные в филиалах Центра и вновь поступившие в его стационары больные проходят консультацию психолога. Заболевший человек, переживший шок от диагноза, принявший необходимость длительного лечения, проходит долгий путь от заболевания к выздоровлению. Проработав свои психические травмы со специалистом и изрядно «повзрослев», он должен вернуться в семью. Именно поэтому у нас в приоритете работа с семьями больных: мы подходим к психологическому консультированию с позиций системной семейной психотерапии.

– *Вы считаете, что психология семьи может стать одной из причин заболевания человека туберкулезом и сроков его выздоровления?*

– Мы рассматриваем больного человека как часть живой, изменяющейся семейной системы, которая нуждается в помощи. Любое заболевание, а тяжелое в особенности, – это одно из проявлений семейных дисфункций: нарушения конструктивных взаимоотношений между членами семьи, которые накапливаются годами и могут передаваться из поколения в поколение в виде семейной истории, семейных правил. Порой они, стабилизируя семейную систему, тормозят психическое и физическое развитие семьи в целом и каждого ее члена по отдельности. Поэтому к нашей работе мы максимально стараемся привлечь членов семьи больного туберкулезом. Чаще всего это удается, но иногда – нет. Самые значимые достижения в этом направлении мы наблюдаем в процессе психокоррекции детей и подростков, когда берем в психотерапию больного туберкулезом ребенка всю его семью.

– *Как это происходит на практике?*

– Приведу пример. Маша П. – девушка из интеллигентной, полной, внешне благополучной и вполне обеспеченной семьи. В ней молодые отец и мать (им около 40 лет), активная пожилая теща и 18-летняя внучка. Они живут вместе в трехкомнатной малогабаритной хрущевке с двумя маленькими изолированными комнатами и одной проходной. Все старшие члены семьи – с высшим образованием, Маша – студентка второго курса престижного технического вуза. Открытые конфликты, громкие скандалы, высказывание недовольства



Ольга Борисовна в год прихода во фтизиатрию (Москва, 2004 г.)

или опасений в чей-либо адрес в этой семье были не приняты, поэтому семья исторически считалась внешне социально благополучной. Главный девиз членов этой семьи: «Неважно, что ты чувствуешь – важно, что ты делаешь!» В ней поощрялось «героическое» преодоление даже незначительных жизненных трудностей и отсутствовало право на ошибку.

И вдруг у самой любимой и самой младшей в этой семье девочки – туберкулез с бактериовыделением. Маша отрицала диагноз, наотрез отказывалась от госпитализации, много плакала, грозила побегом...

– *Наверное, именно такое поведение пациентки фтизиатра стало поводом для обращения врачей к помощи психологов.*

– Да, в этом случае была необходима экстренная работа психолога. Мы провели интервью с каждым членом семьи и со всей семьей, сделав ретроспективный анализ ее истории. Я расскажу ее подробно, потому что важна каждая деталь.

Бабушка, выросшая в семье отца (ее мать очень рано развелась с отцом и ушла к другому мужчине, что в те времена было позором и бросало тень неблагополучия даже на маленьких детей), ребенком пережила Великую Отечественную войну, эвакуацию, рано столкнулась с предательством и утратой близких людей, полусиротством, не принимающей ее мачехой. Ощувив сполна свою ненужность и заброшенность, она героически переживала все невзгоды. А после смерти мужа она не захотела и не смогла отделить от себя физически и эмоционально молодую семью дочери, где все силы бросила на воспитание любимой внучки. Развивая девочку по собственному разумению, она отдавала предпочтение тому, чего недополучила от родных сама, игнорируя обучение таким простым

вещам: помощи другим, необходимым для жизни навыкам. Такое положение вещей вполне устраивало работающих родителей девочки, так как снимало с них ответственность за воспитание ребенка.

Внешне открытая и решительная бабушка скрывала под робности своего детства, полагая, что близкие исключат ее из семейного клана, узнав, что ее в детстве оставила мать. Это наложило отпечаток «семейного молчания» на младших членов семьи с установкой, что «любящие люди понимают друг друга без слов». В семье не были сформированы доверительные отношения: процветал взаимный молчаливый контроль, основанный на тревожности.

Внучка выросла избалованной «бунтаркой», умело манипулирующей старшими и подавляющей в себе многие чувства и эмоции. Девочка привыкла, что бабушка – «главный контролер» в семье, а мама и папа – «дети», нуждающиеся в ее руководстве, поэтому с ними можно не считаться, а действовать по своему разумению. Размещение молодых мужа и жены в проходной комнате, а в изолированных – бабушки и внуки – не что иное, как подсознательный контроль рождаемости, создание коалиции бабушка-внучка. Из-за этого интимные отношения между родителями почти прекратились и стали больше напоминать дружеские. Родители функционально стали братом и сестрой своей уже заметно повзрослевшей дочери: люди выросли, изменялись функции каждого члена семьи, но стиль их поведения оставался неизменным. От инфантильной, не умеющей принимать самостоятельные решения внучки родственники стали требовать делать то, чего она не умела: ответственных поступков, самостоятельного выбора профессии. В итоге на семейном совете старшие все решили за нее, отправив в проверенный технический вуз, где учились когда-то сами, на платное обучение. Она, девочка с гуманитарным складом мышления, подчинилась, но быстро поняла, что это не ее место. Сказать об этом родным ей казалось невозможным, она чувствовала себя глубоко виноватой бездарностью, которая не оправдала надежд семьи и нанесла непоправимый урон семейному бюджету. Неверный выбор традиционной семейной профессии для нее оказался жизненной катастрофой. Эмоционально не справившись с поставленными перед ней задачами, не оправдав надежд семьи, девочка ушла в болезнь. Маша заболела туберкулезом легких, что весьма символично.

– Что значит символично? Ведь туберкулез – инфекционная болезнь.

– У нее диагностировали туберкулез легких. А дыхание – первая самостоятельная функция человека сразу после рождения. Трудности с дыханием, заболевания органов дыхания свидетельствуют о невозможности самостоятельно дышать в этом пугающем мире, желании скрыться в безопасном месте,

где можно жить и не дышать. Она «выключилась» из социальной, такой непонятной, нелюбимой жизни на полтора года.

– Как психологи «разрулили» эту ситуацию?

– Маша пришла на консультацию, находясь в стационаре, задавая нам знакомый вопрос: «За что мне это?», а мы поставили вопрос иначе: «Зачем тебе это?» В данном случае все члены семьи были заинтересованы в выздоровлении девочки и поэтому немедленно откликнулись на наше приглашение прийти на беседу. Бабушка со слезами на глазах после долгих и мучительных сомнений раскрыла причину своей повышенной тревожности, рассказала сначала психологам, а затем и своим близким историю своей тяжелой жизни, свои опасения и переживания. На приеме у психолога она убедилась в надежности всех членов семьи.

На следующем этапе была работа с родителями. Мы дали им возможность почувствовать себя людьми по-настоящему взрослыми, ответственными, самостоятельными и наделенными эмпатией.

Глядя на то, как меняются к лучшему взаимоотношения в семье, Маша поняла, что ошибка с выбором профессии не несет катастрофических последствий, что можно начать подготовку к вступительным экзаменам в желанный гуманитарный вуз, причем занимаясь с репетиторами дистанционно. Она успокоилась и занялась делом, которое приносило ей радостные эмоции и повышало самооценку. Появилась мотивация к выздоровлению: отступила вторичная выгода от болезни, пропало желание прятаться от всех.

Постепенно мы разобрались с проблемами трех поколений этой семьи. За месяц ситуация заметно улучшилась. Оказалось, что любить – это не значит контролировать, многозначительно вздыхать и «слипаться» друг с другом. Стало понятно, что непроработанные психологические травмы детства одного взрослого члена семьи могут породить недоверие ко всем без исключения людям на земле, а самых близких привести к тяжелым заболеваниям.

И таких примеров у нас очень много.

ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ПОДХОД

– Что происходит при первой встрече психолога с пациентом или его родственниками?

– Единого стандарта нет. Нередко приходится объяснять, кто такой психолог, убеждать, что психолог – не психиатр и пациент психолога – не сумасшедший. Хочу акцентировать внимание читателей, что психолог – специалист с высшим психологическим образованием, он консультирует психически здоровых людей, оказавшихся в трудной жизненной ситуации, в то время как психиатр – специалист с высшим медицинским образованием, врач, который лечит людей, находящихся за пределами психической нормы.



Первая беседа с психологом – первый шаг на пути к выздоровлению

Мы объясняем, что такое туберкулез и почему человек заражается этой излечимой в XXI веке инфекцией. По прежним представлениям туберкулез воспринимается многими как тяжелая, изнурительная, «неизлечимая» болезнь. Например, многие наши пациенты говорят, что «жизнь остановилась, когда я лег в клинику», «это не жизнь», «я не живу здесь». Такими убеждениями человек «исключает себя из жизни», а прием препаратов на этом фоне наверняка будет приносить меньший эффект. Мы работаем над тем, чтобы люди меняли отношение к болезни и к жизни. Жизнь продолжается, просто это новая, может быть, далеко не самая приятная, глава ее истории. После наших бесед и занятий человек на вопрос, что вы здесь делаете, не отвечает: «Болею». Он меняет настрой и говорит: «Я выздоравливаю!» Казалось бы, мелочь, но она меняет картину: болеть можно бесконечно долго, исход болезни не ясен, а при выздоровлении очевидна перспектива дальнейшей жизни.

– В одном из самых психологически напряженных городов России – Москве – самая низкая в стране заболеваемость туберкулезом.

– Это так. Среди москвичей уровень заболеваемости невысок. Но все же и среди них некоторые болеют туберкулезом: в основном это люди из групп риска по туберкулезу и «по контакту». Контакттировать с больным туберкулезом, не зная об этом, может каждый из нас: в подъезде, в лифте, в транспорте. Москва – это мегаполис с высокой миграционной активностью, и, к сожалению, не все приезжают к нам здоровыми. За последние годы число заболевших туберкулезом постоянных жителей Москвы сократилось в разы, достигло уровня лучших мировых стандартов, но мы должны помнить, что туберкулез – это опасная инфекция, и, чтобы люди им не болели, нужна постоянная работа профессиональных служб. Поэтому в нашем Центре работают две клиники и восемь филиалов, которые занимаются профилактикой, диагностикой, выявлением и лечением туберкулеза. Туберкулез кроме боли, слабости, инток-

сикации и длительного лечения дает человеку возможность перемен и время для того, чтобы изменить жизнь, пройдя через боль и тяжкие испытания. В обычной жизни у человека зачастую времени на себя, скорее всего, не находилось. Заболев, он вынужден заниматься собой, своим здоровьем, судьбой. Нередко последней каплей перед окончательным провалом в болезнь является конфликт с работодателем, с которым «невозможно» договориться. Часто бывает, что такой человек не умеет произнести в ключевые моменты жизни необходимые слова. Эмоциональный и когнитивный диссонанс в конечном итоге соматизируется в заболевание, и это не обязательно туберкулез. Туберкулез – высочайшее проявление человеческой жизненной несостоятельности и бессилия в тех областях жизни, где он некомпетентен.

– То есть, с точки зрения психолога, чтобы не заболеть, любому из нас надо обсуждать насущные вопросы с семьей, друзьями, коллегами?

– Конечно. Это очень полезно для любого человека. К сожалению, не каждый способен поделиться мыслями и проблемами с близкими людьми. Есть даже термин – алекситимия, означающий неумение вербализировать свои чувства и эмоции. А ведь эмоции помогают нам адаптироваться в жизни. Если мы подавляем их, прячем, осуждаем их в себе, рано или поздно такое состояние инициирует болезни, реализуясь как история с дезадаптацией. На психологах в этом случае лежит еще и просветительская функция: что делать с нереализованными эмоциями, как научиться их не подавлять?

– Сколько раз Вы встречаетесь с пациентом, его родственниками и от чего это зависит?

– Это зависит от пациента, его возможностей и заинтересованности в выздоровлении. У нас есть больные, которые проходят длительный курс лечения в клинике и приходят к нам 1–2 раза в неделю.

– Как измеряется или оценивается эффект от встречи пациента с психологом?

– К сожалению, тестирование пациентов в наших условиях не всегда эффективно. Мы работаем над конструктивным общением пациента, по возможности расширяя его умения познавательного взаимодействия с миром. Охотно применяем терапию с использованием кинетического песка, арт-терапию, а с детьми – еще и групповую терапию. Сложность состоит в том, что наши пациенты быстро утомляются. Причин тому много: истощение организма, туберкулезная интоксикация, тяжелая переносимость лекарственных препаратов, длительность лечения. Сегодня мы оцениваем эффективность консультирования в клиниках и филиалах, опираясь в основном на то, что нам говорят сами пациенты и их лечащие доктора.

– *И все же наверняка есть и другие критерии оценки работы отдела.*

– Думаю, что 70% примеров видимой уже через несколько занятий помощи психологов – в работе с детьми и подростками Центра. Работа наших психологов: Екатерины Витальевны Мартусовой, Екатерины Николаевны Синевой и Веры Гаязовны Ракаевой – гармонично встроена в структуру помощи детям, проходящим реабилитацию в Центре, а также детям и подросткам из очагов туберкулезной инфекции. В 2016 году они провели 126 занятий с детьми и подростками, дали 448 индивидуальных консультаций, в то время как на старте нашей работы в Центре в 2013 году их было всего 43.

– *Почему, с точки зрения психолога, заболевают туберкулезом дети?*

– Ребенок чаще всего заражается от взрослого, а это дети из социально неблагополучных семей. Но что позволяет нам считать семью таковой? Это сложный вопрос. Есть внешне «благополучные» семьи, где родители, тихо ненавидя друг друга, живут вместе, как они говорят, «ради детей». Шанс заболеть у малыша в такой среде велик: самые близкие люди в жизни ребенка ненадежны, и болезнью он привлекает внимание родителей к себе. Иногда такой «благополучной» семье подсознательно «выгодно», чтобы ребенок болел: для родителей это повод сохранить супружеские отношения, эмоционально пустой брак заполняется страданием ребенка и продлевает жизнь семейной системе. Такой процесс называется триангуляцией: мама чувствует себя «при деле», ухаживая за болеющим ребенком. Дитя под контролем, эмоциональное напряжение меняет окраску – чувство родительской несостоятельности и вины переносится на болезнь, которая теперь виновата во всем.

Роль психологов в работе с больными туберкулезом детьми ощутимее, потому что с детьми возможны занятия в группе. Для них очень важны социальное взаимодействие, ощущение сопричастности. Мы всегда стараемся приглашать на консультацию родителей. Многие из них не знают, что такое туберкулез, и не понимают, что кроме медикаментозного лечения для заболевшего ребенка очень важен психологический комфорт.

– *Как строится работа психологов с амбулаторной службой Центра?*

– Стационарная помощь психологов на сегодняшний день в приоритете. Амбулаторная помощь пока только формируется, и о каких-то результатах говорить рано. Наиболее конструктивно мы сотрудничаем со стационарами филиалов по СЗАО (руководитель И.Е. Косырева), ЮЗАО и ТиНАО (руководитель Л.В. Мохирева), САО (руководитель Л.В. Колпакова), ЮВАО (руководитель И.П. Волошина), филиалом «Детское от-

деление» (руководитель Г.В. Климов). В Клинике № 2 – с акушерско-гинекологическим и реанимационным отделениями.

– *Вы общаетесь с пациентами разных вероисповеданий. То есть должны понимать суть разных религий, знать их основополагающие аспекты и тонкости. В чем Вы видите особенность работы психолога с людьми разных вероисповеданий?*

– У нас нет непонимания и разногласий с людьми разных вероисповеданий, так как базовое психологическое образование предполагает изучение основных религиозных направлений и конфессий. Психологи Центра открыты к любому общению. Если наш пациент настроен на общение исключительно со священником, а не с нами, мы обращаемся к служителям храма Св. Николая на Стромынке, 10. Готовы сотрудничать и с представителями других конфессий.

– *Сегодня не только в мире, но и во фтизиатрии актуальна тема ВИЧ-инфекции. Насколько различаются пациенты с туберкулезом и сочетанной патологией ВИЧ/туберкулез?*

– Работать с этими пациентами сложнее. Сам факт нахождения в группе риска по туберкулезу (ввиду иммунодефицита) для человека с ВИЧ – это большой стресс. Еще большая стрессовая нагрузка – присоединение туберкулеза к ВИЧ-инфекции. Новость о расширении терапии пациенты воспринимают чаще всего очень тяжело. Многие из ВИЧ-инфицированных ранее принимали наркотики, алкоголь, специфические фармацевтические препараты, то есть уходили из реальной жизни в измененное состояние сознания. И сегодня они видят себя порой не теми, кто есть: склонны к «сказочным» представлениям о себе и окружающих, нередко живут в вымышленном мире. Их «сказки» тоже чаще напоминают фильмы ужасов.

– *Как Вы думаете, прогноз больных туберкулезом из социально благоприятной и неблагоприятной среды может быть одинаковым или он разнится? Каков социальный статус Ваших пациентов?*

– Прогноз, думаю, разнится. Если человеку негде жить и его никто не ждет, ему неинтересно выздоравливать. У людей социально благополучных огромная мотивация на выздоровление. В 2017 году мы проконсультировали из общего количества охваченных работой психологов больных: 61% – не имеющих специальности, 7% – работников торговли, 5% – строителей, по 4% – работающих на транспорте, людей искусства (актеров) и работников сферы обслуживания (сервиса). По 3% – экономисты и медицинские работники, по 2% пришлось на профессиональные группы инженеров и техников, IT-специалистов, управленцев и юристов; по 1% – работников социальной сферы и представителей творческих профессий (архитекторы, художники).

Из них: 45% работают по трудовой книжке или трудовому договору, 26% безработных, 17% пенсионеров по возрасту, 9% людей с инвалидностью, по 2% учащихся и женщин, находящихся в декретном отпуске.

Отношение к туберкулезу у пациентов различное. Так, 48% проконсультированных в 2017 году мотивированы к излечению от туберкулеза, 31% – подтверждают получение вторичной выгоды от болезни, 10% – болезнь отрицают, считают, что их от туберкулеза лечат напрасно, 7% – склонны к нарушению режима приема препаратов и пребывания в стационаре, 4% – не мотивированы к выздоровлению. С каждым годом количество консультаций увеличивается, что говорит о росте доверия к психологам как пациентам, так и сотрудников Центра. Так, всего в 2013 году проведено 318 консультаций, в 2014-м – 1368, в 2015 году – 2123, в 2016-м – 5233, в 2017-м – 5873.

– Бывают ли случаи, когда к Вам обращаются сотрудники Центра – медицинские сестры или врачи – по поводу сложности работы с пациентами?

– Это почти 6% обращений. Первыми к нам обратились санитарки. Потом медицинские сестры и врачи, а также члены их семей. На мой взгляд, санитарки проще и искреннее по мировосприятию, более того, они «главный информационный центр» любого медицинского учреждения. Среди сотрудников сейчас в моде тема эмоционального выгорания, но надо заметить, что, к счастью, выгорают далеко не все. Чаще всего это восприятие своей профессии (и себя в профессии), несоответствие со своими ожиданиями и возможностями, несоответствие ожидаемого и происходящего с человеком. Когда мы приходим в такое непростое с точки зрения заболевания учреждение, как Центр борьбы с туберкулезом, сотрудникам не стоит ждать от больных благодарности на уровне эмоций: «Какой замечательный доктор!», «Какая удивительная медсестра!»...

Сама длительность заболевания выматывает человека, что меняет его восприятие курса лечения и людей, осуществляющих это лечение. Наши пациенты принимают тяжело переносимые препараты, оказывающие влияние и на эмоциональную сферу человека. Бывают сложности во взаимоотношениях и в самих медицинских коллективах. Зная и понимая все это, мы выезжаем с лекциями и беседами в филиалы. С медицинскими сестрами, например, проводим беседы по этике и деонтологии во фтизиатрии, говорим об особенностях общения с больными туберкулезом и больными сочетанными инфекциями, такими как ВИЧ/туберкулез.

У нас есть лекции «Дух, душа и тело больного туберкулезом», «Больной туберкулезом в мегаполисе», «Психосоматика



Вручение О.Б. Ломакиной Благодарности Департамента здравоохранения города Москвы. Награждают главный фтизиатр Москвы Е.М. Богородская (слева) и заместитель руководителя Департамента А.В. Погонин. Сентябрь, 2017 г.

сопутствующих заболеваний больных туберкулезом», «Особенности общения медицинского персонала с пациентами, находящимися на лечении», «Синдром эмоционального выгорания. Навыки преодоления стрессовых нагрузок и налаживания взаимоотношений в рабочем коллективе», «Что такое психологическое сопровождение лечения больных от туберкулеза» и многие другие.

ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

– Ольга Борисовна, расскажите о Вашей педагогической работе.

– С 2005 года я преподаю в Московском гуманитарном университете, начинала работать на кафедре психологии развития и акмеологии¹ факультета психологии и социальной работы. Сейчас это кафедра общей психологии факультета психологии, педагогики и социальной работы. До 2010 года я читала авторские курсы, такие как: «Экстренная психолого-психиатрическая помощь при чрезвычайных ситуациях», «Введение в психосоматику», «Психология сексуальности». А с 2010 года и по сегодняшний день веду курс по системному семейному консультированию.

В Центре я часто провожу лекции, семинары и тренинги с сотрудниками. В 2016–2017 годах мы с сотрудниками провели серию тренингов и лекций в филиале по CAO, филиале

¹ Акмеология – раздел психологии развития, исследующий закономерности и механизмы, обеспечивающие возможность достижения высшей ступени (акме) индивидуального развития.

по ЮАО, филиале по СЗАО, в инфекционном отделении Клиники № 2 на тему «Профилактика эмоционального выгорания», «Как предотвратить конфликт на рабочем месте». Руководители подразделений отметили улучшение климата в коллективах.

– Сотрудники Вашего отделения – это Ваши студенты в прошлом. Как Вы осуществляете отбор, кого приглашаете сотрудничать? Что важно для психолога, работающего во фтизиатрии?

– Для меня важны высокая степень доверия в коллективе, хорошая обучаемость сотрудников, их желание совершенствоваться. Важно, чтобы мои подопечные умели делать то, что не умею делать я. Все сотрудники отделения – молодые люди. Я за прогресс, за то, чтобы мы не застаивались на одном месте. В отделении мы не конкуренты, а сотрудники. Считаю, что лучший начальник – тот, который не мешает реализации талантов и профессиональных навыков своих подопечных.

– Вы выступаете на фтизиатрических форумах разного уровня – московских и общероссийских. Что дают Вам эти выступления? Получаете ли Вы отклик от фтизиатров? Разнится ли отклик московский и региональный?

– Конечно, разница ощутима. Таких подразделений, как у нас, в стране пока нет, поэтому всем интересен опыт нашей успешной работы в Центре. Выступления на таких форумах дают очень много. Это понимание процесса лечения туберкулеза в различных странах и регионах нашей страны, это возможность приобщиться к достижениям величайших врачей нашего времени, это ощущение принадлежности и причастности к прекрасному сообществу российских фтизиатров, это и потрясающая возможность рассказать о своей работе.

До Центра я работала в НИИ фтизиопульмонологии, мой путь во фтизиатрии только начинался, шаги были, с моей точки зрения, довольно робкие, но по настоянию и направлению Е.М. Богородской (сегодня – главного внештатного фтизиатра Москвы) начала ездить с выступлениями о необходимости психологического сопровождения лечения от туберкулеза по зонам курации института в различные города России еще в те годы.

Интересна динамика реагирования на мои выступления 14 лет назад и сейчас. О том, что психологи нужны, доктора понимали всегда. Но юридического права взять психолога к себе на работу многие медицинские учреждения тогда не имели, не было такой позиции в штатных расписаниях. Сейчас ситуация изменилась. В последние годы нас приглашают фтизиатры из других регионов с просьбой поделиться накопленным опытом психологической работы во фтизиатрии, к нам приезжают учиться консультировать больных туберкулезом и другими социально значимыми заболеваниями коллеги из Ставрополя, Курска, Рязани, где открылись психологические подразделения.

– Что бы Вы хотели сказать коллегам-фтизиатрам?

– Исключительно слова благодарности. Спасибо моим руководителям, наставникам, учителям за доверие и обретение своего почерка в профессии.

Огромное спасибо за сотрудничество и равноправное членство во фтизиатрическом сообществе! Самая большая награда любому профессионалу, работающему в медицине, – это счастливая улыбка выздоравливающего человека. Пусть у нас с вами их будет как можно больше!