

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ БОЛЬНОГО ТУБЕРКУЛЕЗОМ ЛЕГКИХ: АНАЛИЗ СЛУЧАЯ

В.В. СТРЕЛЬЦОВ*,
ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт
туберкулеза», Москва, Россия,
Vvst-64@mail.ru

Н.В. ЗОЛотова**,
ФГБНУ «Центральный научно-исследовательский институт
туберкулеза», Москва, Россия,
Zolotova_n@mail.ru

Актуальность. Разработка и применение различных психотерапевтических технологий приобретает в настоящее время особую востребованность в противотуберкулезных учреждениях. Анализируется опыт психологического сопровождения больного туберкулезом легких в период стационарного лечения с использованием метода патогенетического анализа, основанного на концепции неврозов В.Н. Мясищева. Основные результаты: разрешение внутриличностных конфликтов с освоением адаптивных моделей реагиро-

Для цитаты:

Стрельцов В.В., Золотова Н.В. Психологическое сопровождение больного туберкулезом легких: анализ случая // Консультативная психология и психотерапия. 2019. Т. 27. № 1. С. 102—118. doi: 10.17759/cpp.2019270107

* *Стрельцов Владимир Владимирович*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза (ФГБНУ «ЦНИИТ»), Москва, Россия, e-mail: Vvst-64@mail.ru

** *Золотова Наталья Владимировна*, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник, Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза (ФГБНУ «ЦНИИТ»), Москва, Россия, e-mail: Zolotova_n@mail.ru

вания и поведения способствует улучшению психологического статуса пациента и повышению эффективности проводимого лечения. Выводы: личностно-ориентированный уровень психологического воздействия является необходимым в работе с больными туберкулезом легких, особенно при неблагоприятной динамике заболевания. Использование психообразовательных программ способствует созданию у пациента мотивации на личностную психотерапию и значительно облегчает достижение ее основных задач.

Ключевые слова: психологическое сопровождение, туберкулез легких, психогенные механизмы, патогенетический анализ.

В современных подходах к восстановлению здоровья человека при различных заболеваниях особую актуальность приобретает разработка системных моделей и программ реабилитации, обязательным компонентом которых является применение различных психотерапевтических технологий. В последние годы реабилитационные психологические мероприятия становятся востребованными и в системе организации противотуберкулезной помощи. Туберкулез в нашей стране до настоящего времени остается одной из серьезных медико-социальных проблем, что определяется высоким уровнем заболеваемости, распространенности и смертности от туберкулеза. Специалисты признают важность изучения индивидуально-психологических коррелятов указанного заболевания и оценки «пациент-зависимых» факторов, в числе других влияющих на эффективность лечебно-профилактических мероприятий.

Теоретическое обоснование осуществленного анализа

Необходимо отметить, что теоретико-методологические основания реабилитационных программ и подходов к оказанию психологической помощи больным туберкулезом легких до настоящего времени не разработаны. Данный факт во многом обусловлен дефицитом исследований, направленных на изучение этиопатогенетической роли психологических факторов при инфекционных заболеваниях. Представления о психосоматических связях при туберкулезе легких имеют давнюю традицию [30]. Многочисленные эмпирические данные подтверждают наличие психологических факторов в развитии и лечении данного заболевания [2—6; 9—11; 15; 17—19; 22—25; 27—29; 31].

Представленная модель психологического сопровождения больного туберкулезом легких основывается на положениях психологии отношений личности и патогенетической психотерапии В.Н. Мясищева, согласно которым нарушенные отношения к различным аспектам дей-

ствительности играют ведущую этиопатогенетическую роль в развитии невротических и многих соматических расстройств [20]. Важнейшее значение в представленной модели имеет метод патогенетического анализа, сфокусированный на выявлении связи содержания симптомов с историей жизни и переживаниями личности, ее системой отношения к окружающему. Основной целью патогенетического анализа является трансформация привычного патогенного отношения к фрустрирующим обстоятельствам, которое сопровождается состоянием аффективной напряженности и является причиной психосоматических нарушений, в конструктивные модели реагирования и разрешения жизненных проблем. Основным инструментом психолога при патогенетическом анализе является терапевтический диалог, в котором пациент выступает как активный субъект осознания и перестройки своих моделей отношения.

Описание случая

В терапевтическое отделение Центрального научно-исследовательского института туберкулеза поступил пациент Л., мужчина 33 лет, с впервые выявленным туберкулезным процессом нижней доли правого легкого для решения вопроса о тактике дальнейшего лечения. Ранее пациент в течение месяца получал специфическую химиотерапию в противотуберкулезном диспансере по месту жительства без положительной динамики. После госпитализации в Центральный НИИ туберкулеза пациент был направлен лечащим врачом на консультацию психолога в связи с симптомами астено-невротического состояния. С пациентом проведено психологическое исследование, направленное на определение особенностей актуального эмоционального состояния и личностных характеристик. Использовались следующие диагностические инструменты: клиническая шкала самоотчета SCL—90, личностный опросник Р. Кеттелла, опросник диагностики стиля межличностных отношений Т. Лири, опросник «Стратегии совладающего поведения» (в адаптации Л.И. Вассермана и др.), опросник уровня субъективного контроля, а также методика «Тип отношения к болезни».

По результатам исследования, у пациента диагностировался высокий уровень выраженности симптомов психологического неблагополучия, суммарный индекс тяжести психического состояния превышал нормативные значения в два раза. Личностный профиль Л. характеризовался эмоциональной нестабильностью, склонностью к самообвинениям и тревожно-депрессивному реагированию, низкой толерантностью по отношению к фрустрации. Для преодоления негативных переживаний в стрессовых ситуациях он отчетливо предпочитал использовать неадап-

тивную стратегию «Бегство-избегание», а также был склонен к поиску дополнительных внешних ресурсов (стратегия «Поиск социальной поддержки»). Отмечался низкий уровень интернальности в сфере здоровья и болезни, особенности личностного реагирования на болезнь имели интрапсихическую направленность (тревожно-депрессивный тип отношения к болезни) и обуславливали нарушения социальной адаптации. Для пациента был свойственен доминирующий стиль межличностного взаимодействия, наиболее выраженными чертами которого являлись недоверие, скепсис и повышенная критичность в адрес окружающих.

Госпитализацию в связи с заболеванием пациент воспринял как возможность «отдохнуть» от семейных отношений, в первую очередь, от отношений с женой, которые называл токсичными: «Нет удовольствия от совместного пребывания. Оба — уставшие от жизни, потеряли радость. Просыпаемся с раздражением и огрызаемся друг на друга...». Эмоциональный дискомфорт в связи с обстановкой в семье еще более усилился четыре года назад, после рождения ребенка. В процессе воспитания дочери, поведение которой было демонстративным и нередко агрессивным, у родителей не хватало взаимного понимания и сотрудничества. Пациент испытывал раздражение, нетерпимость к жене и ребенку. Часто появлявшиеся мысли о разводе отвергал, ориентируясь при этом на собственную мать, которая всю жизнь «давила себя» и терпела сложные отношения с мужем ради детей. В последние месяцы до обнаружения заболевания у Л. нарастало ощущение тоски, безысходности, усталости и равнодушия к близким.

Психологическая работа с пациентом проводилась в течение шести месяцев и включала несколько этапов.

Первый этап психологической реабилитации: психообразование

Опыт психологической работы в условиях физиатрического стационара свидетельствует, что многие пациенты достаточно осведомлены о медицинских аспектах туберкулеза легких, однако абсолютное большинство не имеют представлений о психологических факторах заболевания и его эффективного лечения. Психообразование осуществлялось в форме бесед-дискуссий в соответствии со следующими тематическими блоками:

- Роль внутриличностных конфликтов в развитии невротических и соматических нарушений;
- Эмоциональный стресс и его последствия;
- Психосоматические аспекты туберкулеза легких.

В ходе бесед-дискуссий не только уделялось внимание объяснению связей «личность—ситуация—болезнь», но и создавались условия для

стимуляции рефлексивной позиции у пациента, вовлечения его в активный диалог. Результатом психообразовательного этапа стало повышение информированности Л. о психосоматических взаимоотношениях и механизмах, а также спонтанное соотнесение новой информации со своей жизненной ситуацией, что привело к расширению сферы осознания своего заболевания и его вероятностного прогноза.

Второй этап психологической реабилитации: симптоматическое психологическое воздействие

Задачи психологической помощи на данном этапе определялись необходимостью повышения психологических ресурсов адаптации пациента на фоне стационарного лечения. Данные, полученные в ходе беседы с Л., позволили заключить, что источником тревожных переживаний на фоне лечения заболевания являлось свойственное ему недоверчиво-подозрительное отношение к окружающим. В частности, Л. был убежден, что медицинскому персоналу доверять нельзя, необходимо «все держать под контролем», чтобы не допустить врачебной халатности. Пациент испытывал непрерывное беспокойство и мнительность в отношении течения болезни, ее возможных осложнений вплоть до смертельного исхода, тяготился страхом заразить родных, был склонен к ипохондрическим и раздражительным реакциям. Положительные перспективы лечения воспринимал пессимистично. Подобные установки значительно усиливали уровень стрессовой нагрузки и оказывали негативное влияние на психологический статус.

Мишенью психотерапевтической работы на указанном этапе в первую очередь являлось отношение пациента к лечебному процессу. Функция психолога состояла в том, чтобы помочь ему рационально оценить адекватность выявленных установок к лечению, степень их конструктивности для состояния здоровья, а также повысить уровень сотрудничества с медицинским персоналом. Не менее важной мишенью в работе на данном этапе являлась внутренняя роль Л. в качестве пациента: больной, слабый и уставший от жизни человек, от которого ничего не зависит, нуждающийся в жалости и сочувствии окружающих. Изменению подобного самоощущения и достижению оптимального эмоционального баланса способствовало применение методик эмоционально-образной терапии [14].

Технологии эмоционально-образной терапии позволяют оптимизировать исходное эмоциональное состояние человека через создание зрительного, звукового или кинестетического образа своих переживаний, ощущений и последующую трансформацию этого образа. При создании

образов использовались техники амплификации (усиления автоматических жестов, ощущений и спонтанных чувств), конфронтации (концентрация внимания на противоречивости мыслей, чувств и поступков), «пустого стула» (идентификация пациента с образом его эмоционального состояния), внутреннего диалога (между отдельными частями личности или другим значимым лицом, в отношении которого возникла эмоциональная фиксация). Указанными техниками были проработаны, в частности, состояния дисфории и жалости к себе, ассоциированные у пациента с образом маленького обиженного ребенка, который нуждается в принятии и энергетической подпитке. Внутренняя работа с этим образом сопровождалась на соматическом уровне приятным ощущением тепла и наполненности в груди, на психологическом уровне — ослаблением чувства одиночества и оппозиционности окружающим.

Впервые за время лечения в стационаре Л. встретился с женой, пригласив ее в ресторан. В недолгом, но позитивно наполненном совместном общении пациент почувствовал себя «обычным здоровым человеком», появилась надежда на возможность изменить и улучшить собственную жизнь.

Третий этап психологической реабилитации: патогенетическое психологическое воздействие

Этап, сфокусированный на патогенетическом воздействии, являлся основным в работе с представленным пациентом. Задачи на данном этапе были сформулированы следующим образом.

1. Осознание собственных дисфункциональных установок, стереотипов патогенного эмоционального реагирования, дезадаптивных моделей поведения и их негативных последствий.
2. Увеличение степени понимания поведения других людей.
3. Формирование путей и способов разрешения внутри- и межличностных конфликтов, обучение адекватному изменению личностных позиций.

Повышение осознания основных проблемных зон личности происходило в ходе терапевтических диалогов, основным содержанием которых являлось совместное обсуждение с Л. истории его жизни, различных конфликтных ситуаций и переживаний.

Одним из важнейших результатов патогенетического анализа являлось осознание пациентом наличия стереотипных представлений о себе, окружающем мире, нормах и ценностях, сформированных путем интроекции установок родительской семьи: «Живешь по шаблонам “как правильно”, “как надо”, и этих шаблонов — миллион. С детства знаю,

что хорошо, а что плохо, что красиво, а что нет...». Восприятие себя как носителя «правильных» стандартов детерминировало у Л. чрезмерную требовательность и критичность к окружающим, осуждение их несовершенств и ошибок, а также противопоставление себя другим, которое сопровождалось оценкой: «Я бы так никогда не поступил!».

Характерным для Л. являлось также собственное стремление к соответствию идеалистическим эталонам, которое освобождало пациента от возможных негативных оценок в свой адрес, создавало ощущение собственной значимости и в некоторой мере компенсировало потребность в признании окружающими, фрустрированную с детства. В ходе общения с психологом и в результате самостоятельной внутренней работы вне сессий пациент пришел к выводу, что сформированная в детстве роль «хорошего сына», испытывающего страх совершить ошибку и вызвать недовольство родителей, продолжает оставаться актуальной и в его взрослом поведении: «Заставляю себя что-то делать, чтобы обо мне не подумали плохо и чтобы самому себя не осуждать...».

Осознание пациентом иррациональных установок долженствования в отношении себя и других сопровождалось пониманием их патогенной роли как условия для актуализации враждебно-обвиняющего отношения к окружающим, а также негативного самоотношения: «Иду по жизни с моральными рамками, прикладываю их к поступкам людей, и внутри все кипит, когда их поведение не вписывается в мои рамки. Когда сам не вписываюсь в эти рамки, злюсь и чувствую себя жалким...». Выявление дисфункциональных глубинных убеждений переживалось пациентом как освобождение его личности от осады жесткими внутренними требованиями и предписаниями.

В результате неоднократного обращения в ходе терапевтических диалогов к позиции личности в различных жизненных ситуациях Л. «увидел» свойственный ему паттерн «жертвы обстоятельств». Даже повседневные житейские ситуации, имеющие хотя бы некоторый оттенок неопределенности или отклонившиеся от первоначальных планов и ожиданий, воспринимались пациентом как катастрофичные и вызывали эмоциональную дезорганизацию с ощущением беспомощности, зависимости. Сознание собственной несостоятельности приводило к росту эмоционального напряжения: «Каждая маленькая неудача вливалась в общую картину невыносимо тяжелой жизни. Возникло чувство обреченности, казалось, что безнадежно абсолютно всё...». Вспоминая проблемные ситуации, связанные с воспитанием дочери, пациент сформулировал типичное для него иррациональное сверхобобщение с тотальным обесцениваем себя: «Мы ничего не можем сделать с ребенком» — «Я плохой родитель и никакой муж» — «Уже вообще ничего не исправить» — «Не могу больше выносить эту тяжесть, я хочу умереть».

Предметом ретроспективного анализа в ходе психологической работы стала также проблема, связанная с подавлением пациентом своих чувств и переживаний (в первую очередь, отрицательных). Приводим высказывание Л., содержательно близкое к типичным формулировкам больных туберкулезом легких по отношению к указанной проблеме: «Меня бесит и внутри всё кипит, когда что-то делается не так, как должно быть, но я молчу, как гадюка под корягой, или говорю намеками...». Как правило, вербализации переживаемых чувств в конфликтной ситуации препятствовала тревога по поводу утраты комфортных отношений с окружающими, а также уязвимость к критичным оценкам в свой адрес. Сдерживание своих отрицательных аффектов и агрессивных тенденций в силу необходимости следовать сложившейся в обществе системе ценностей и правил, а также из-за страха потерять расположение значимых людей составляет сущность адаптационного конфликта, специфичного при невротических расстройствах [1]. На физиологическом уровне при блокировке эмоциональных реакций актуализируется механизм диссоциации поведенческих и вегетативных компонентов эмоциональных реакций [16; 21]. Следовательно, подобный адаптационный конфликт с хроническим подавлением эмоциональных реакций может приобретать патогенетическую роль и при психосоматических нарушениях.

Освоив метафору патогенетической терапии, Л. самостоятельно реконструировал историю своего заболевания: «Всегда ощущал необходимость защищаться от опасного мира и чувствовать себя правым. Поэтому пытался найти в людях изъян и обесценивал все, что противоречило моим убеждениям и мыслям... Истошил организм постоянным противостоянием с миром, отстаиванием своей правоты, особенно в семье. Так хотелось делать все правильно, быть хорошим мужем и родителем, что не мог принять непослушания дочери, доводил ее своим догматизмом до истерик. Потом ощущал себя совершенно опустошенным, обессиленным и чувствовал к себе отвращение...».

Не менее важной на данном этапе являлась также психологическая работа, направленная на осознание вторичных выгод от заболевания, которые заключались в возможности «отдохнуть» от семейных проблем, избавлении от необходимости принимать решения, а также получении внимания и заботы от близких. Определение пациентом личностного смысла болезни стало ключевым моментом для перехода к решению следующих задач, связанных с обучением адекватному изменению личностных позиций. Указанные задачи в первую очередь были сфокусированы на сфере семейных отношений.

Развитие навыка самоанализа патогенных эмоциональных и поведенческих реакций помогало пациенту регулировать свое состояние в ситуации «здесь и сейчас» и конструктивно разрешать противоречия, возник-

кающие в общении с супругой. Большую адекватность и динамичность приобрела также супружеская коммуникация, связанная с воспитанием ребенка. Так, пациент стал воспринимать дочь как самостоятельную личность, интересоваться ее желаниями и анализировать мотивы поведения, искать причины трудностей и конфликтов, осваивать новые воспитательные стратегии. Впервые за последние годы общение с ребенком вызвало у него радость и наслаждение. Не менее важным, чем понимание социальной нагрузки, заключенной в собственной родительской роли, становился эмоциональный аспект отношения («Хочу быть для дочери другом...»).

Однако первые кратковременные успехи на данном этапе психотерапевтического процесса закономерно сменились актуализацией привычных стереотипов, что спровоцировало у пациента тревожно-разочарованное состояние с пессимистичными мыслями о невозможности решить семейные проблемы и жить по-другому. Вернулось привычное раздражение к жене («Она никогда не понимала меня...»), а также чувство безнадежности, беспомощности и «бессильной ярости». На фоне подобных негативно окрашенных переживаний наблюдалось некоторое ухудшение клинического состояния, которое было воспринято пациентом со свойственной ему глобализацией трудностей. Так, у пациента возник страх ухудшения туберкулезного процесса, а также серьезные опасения заболеть гепатитом, от которого он будет «долго и мучительно умирать, не понимая, зачем и жил...». Совместно с психотерапевтом пациент осуществил рациональный анализ своего состояния, в результате которого для Л. стали очевидными связи между возникшими внешними затруднениями, привычными формами реагирования и ухудшением физического состояния. С профессиональной помощью пациент смог преодолеть дезорганизирующий аффект и вернуться к планомерным действиям по сознательному формированию своей жизни.

Совершенствование новых форм взаимодействия с окружающими, которые Л. называл маленькими кусочками позитивного состояния духа и ощущения жизни, способствовало изменению мировоззренческих установок. Все более значимой для пациента становилась возможность понимания других людей и сотрудничества с ними, основанная на «мудрости, душевной силе и гибкости». С иронией Л. отзывался о свойственных ему ранее придирчивости к людям и привычке искоренять в них недостатки: «Это все равно, что воспитывать океан, смешно... Он разный, в нем есть и красивое, и страшное, но он не плохой и не хороший, он просто такой, как есть...».

На последних психотерапевтических сессиях пациент перешел к обсуждению вопросов, связанных с новым этапом жизни после завершения стационарного лечения. Отмечал появление множества планов, связанных с профессиональной и семейной деятельностью, а также ориентированных

на стратегические жизненные цели. Наиболее важные результаты психологической работы были сформулированы пациентом следующим образом.

— Появилось понимание, что люди могут думать и чувствовать совсем иначе, чем я. Легче принимать мир таким, какой он есть, без «ярлыков» и негодования.

— Стал более самостоятельным, перестал чувствовать себя все время обманутым жизнью, жертвой обстоятельств, семейных обязанностей и чужих оценок.

— Уменьшилась тревога по поводу будущего: знаю, что смогу найти нужное решение в сложных ситуациях, появилась гибкость и смелость делать что-то новое.

— Открыл, что такое настоящие отношения — когда волнует то, что происходит с другим человеком.

— Научился «фокусироваться» на собственной жизни: делаю каждый день понемногу то, что важно для меня. Тактика «маленьких шагов» приносит удовлетворение от процесса движения к целям.

— Перестали бесконечно выяснять отношения с женой, находим компромиссы, появилось уважение друг к другу и тепло. У жены возникли мысли о втором ребенке: «Ведь с одним мы уже справляемся!..».

— Чувствую, что я нужен, и жить стоит — это присутствует не на уровне разума, а на уровне ощущений и чувств.

По результатам повторного психологического исследования, состояние пациента характеризовалось положительной динамикой: значительно уменьшился уровень психологического дистресса и интенсивность психологического неблагополучия, повысилась общая интернальность личности, а также субъективная оценка личностного благополучия. Наблюдалось улучшение клинического состояния пациента, что, в свою очередь, способствовало успешному проведению хирургического этапа лечения. Через месяц после операции Л. был выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение.

Обсуждение

Представленный случай рассматривается нами в качестве «личностного варианта» возникновения соматической патологии [8], при котором устойчивые психологические особенности пациента опосредованно, через систему нейроиммунноэндокринных нарушений, снижают адаптационные ресурсы организма и создают предпосылки для развития инфекционного заболевания. На фоне болезни патогенные преморбидные характеристики препятствуют формированию полноценного комплаенса, а также являются предикторами неблагоприятной динамики туберкулезного процесса.

Следовательно, основной целью психологической работы с пациентом являлось изменение дезадаптивных моделей отношения и поведения, что в первую очередь предполагало расширение представлений о психологических факторах риска неэффективного лечения. Подобная трансформация внутренней картины болезни с соматоцентрированной на психоцентрированную обеспечила повышение чувства контроля над происходящим и принятие пациентом собственной ответственности в вопросах лечения и прогноза заболевания. Также обращение к психообразовательным материалам удовлетворяло потребность конкретного пациента в получении социальной поддержки, что являлось дополнительным стимулом к повышению его психологических ресурсов и личностного адаптационного потенциала.

Обучение навыкам регуляции эмоционального состояния, повышение эффективности взаимодействия пациента с медицинским персоналом на следующем этапе работы способствовало увеличению личностного адаптационного потенциала и переходу к разрешению актуальных внутренних конфликтов, сохранение которых, по мнению исследователей, потенциально значимо влияет на развитие неблагоприятной динамики заболевания [13; 26]. Основными терапевтическими механизмами здесь являлись самопереоценка, переоценка среды, а также определение личностного смысла заболевания.

На этапе изменений патогенных особенностей важнейшим психологическим ресурсом являлась ценностно-мотивационная сфера личности. Так, фокусирование на принятии и понимании другого человека способствовало углублению эмпатийного потенциала, что позволило пациенту отказаться от бескомпромиссной «судейской» позиции и развивать более толерантное отношение к поступкам окружающих. Изменение в осознании значимости семейной роли мужа и отца, формирование положительно окрашенного отношения к указанным ролям значительно повысило мотивацию на гармонизацию семейных отношений [12]. Необходимо отметить, что изменение иерархии ценностно-мотивационных установок личности в процессе психотерапевтической работы обеспечило восстановление долговременной перспективы жизни — целостной картины программируемых и ожидаемых событий будущего, с которыми человек связывает свою социальную ценность и индивидуальный смысл жизни [7].

Ведущее место в системе индивидуальных ценностей, наряду с семейными отношениями и личностной самореализацией, приобрело также собственное здоровье и стремление к его сохранению. В процессе работы происходили изменения и остальных аспектов отношения к здоровью: расширились представления о психологических факторах риска, о возможностях поддержания психосоматического благополучия, а также наблюдалось снижение уровня негативного эмоционального реагирования при ухудшениях самочувствия.

Выводы

Системный подход в психологической работе с пациентами, страдающими туберкулезом легких, с поэтапным использованием психотерапевтических мишеней позволяет осуществить переход с симптоматического к личностно-ориентированному уровню психологического воздействия. Подобный переход открывает возможности психологической профилактики неблагоприятной динамики и рецидивов заболевания, которая строится на следующих позитивных психологических новообразованиях:

- формирование способности к вербализации своих потребностей, эмоций, чувств;
- укрепление доверия к миру, развитие эмпатии и толерантного отношения к поступкам окружающих;
- повышение личностной интернальности;
- освоение адаптивных стратегий преодоления жизненных проблем;
- восстановление картины событий будущего и расширение системы жизненных целей.

Также необходимо акцентировать внимание специалистов на целесообразности использования во фтизиатрической клинике психообразовательных программ, в доступной форме представляющих информацию о роли негативной аффективности в осложнении течения и ухудшении прогноза заболевания. Подобные программы, применяемые на начальных этапах работы с пациентами, способствуют созданию мотивации на личностную психотерапию и значительно повышают ее эффективность.

Благодарности

Статья подготовлена в ходе выполнения темы НИР № 0515-2015-0015 в части изучения взаимосвязи между особенностями психологического статуса больных туберкулезом легких и эффективностью комплексного лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абаков В.А., Бабурин И.Н., Васильева А.В., и др.* Алгоритм краткосрочной психотерапии, направленной на разрешение внутриличностных и межличностных конфликтов у больных с невротическими расстройствами: методические рекомендации. СПб.: НИПНИ имени В.М. Бехтерева, 2012. 23 с.
2. *Александр Ф.* Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение: пер. с англ. М.: ЭКСМО-Пресс, 2002. 352 с.
3. *Алфеевский Н.А.* О нервных и психологических явлениях у туберкулезных больных // Современная психиатрия. 1912. № 10. С. 707—742.
4. *Берлин А.И.* Роль нервной системы и психики при вспышке туберкулеза и терапия последней бромом // Труды факультета терапев. клиники Ивановского гос. мед. института. Иваново, 1944. С. 66—80.

5. Берлин-Чертов С.В. Туберкулез и психика. М.: Медгиз, 1948. 82 с.
6. Бройтигам В., Кристиан П., Рад М. Психосоматическая медицина: пер. с нем. М.: Гэотар Медицина, 1999. 376 с.
7. Головаха Е.И., Кроник А.А. Жизненный путь личности. М.: Наука, 1987. 280 с.
8. Губачев Ю.М., Стабровский Е.М. Клинико-физиологические основы психосоматических соотношений. Л.: Медицина, 1981. 216 с.
9. Золотова Н.В., Баранова Г.В., Стрельцов В.В., и др. Особенности переносимости противотуберкулезной химиотерапии с учетом психологического статуса пациентов // Туберкулез и болезни легких. 2017. № 4. С. 15—19.
10. Золотова Н.В., Стрельцов В.В., Баранова Г.В., и др. Модель психологической реабилитации больных туберкулезом легких в условиях стационара // Туберкулез и болезни легких. 2018. № 4. С. 12—19.
11. Иванова С.С., Смирнова М.А., Арчакова Л.И. Личностный адаптационный потенциал больных туберкулезом легких // Медицинский альянс. 2017. № 3. С. 52—56.
12. Исаев Д.Н. Эмоциональный стресс, психосоматические и соматопсихические расстройства у детей. СПб.: Речь, 2005. 400 с.
13. Коркина М.В., Елфимова Е.В. Психогенно-соматогенные взаимоотношения при сахарном диабете // Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2004. № 11. С. 25—27.
14. Линде Н.Д. Эмоционально-образная (аналитически-действенная) терапия: чувство—образ—анализ—действие. М.: Генезис, 2016. 384 с.
15. Любан-Плоцца Б., Пельдингер В., Крегер Ф. Психосоматический больной на приеме у врача: пер. с нем. 2-е изд. СПб.: С.-Петербург. психоневрол. ин-т, 1996. 256 с.
16. Марилов В.В. Психосоматозы. Психосоматические расстройства желудочно-кишечного тракта. М.: Миклош, 2007. 154 с.
17. Меерсон Д.Л. О нервно-психической сфере туберкулезных // Одесский медицинский журнал. 1929. № 2—4. С. 78—81.
18. Миртовская Е.В. К вопросу о значении психотравмы в возникновении туберкулезной вспышки // Труды Ивановского туберкулезного НИИ. 1934. Вып. 2. С. 147—159.
19. Модель Л.М. Очерки клинической патофизиологии туберкулеза. М.: МедГиз, 1962. 324 с.
20. Мясичев В.Н. Соотношение психического и соматического при общих и системных неврозах // Вопросы взаимоотношений психического и соматического в психоневрологии и общей медицине. Труды Государственного научно-исследовательского института имени В.М. Бехтерева. Т. XXIX / Под ред. Е.С. Авербуха. Л., 1963. С. 193—204.
21. Панин Л.Е., Соколов В.П. Психосоматические взаимоотношения при хроническом эмоциональном напряжении. Новосибирск: Наука, 1981. 178 с.
22. Петров С.П. О психике туберкулезных // Современная психиатрия. 1913. № 9. С. 673—694.
23. Поклитар Е.А. Туберкулез, личность, психиатрия // Вопросы ментальной медицины и экологии. 2001. № 3. С. 10—12.
24. Рудин В.П. Туберкулез (кортико-висцеральная патология и терапия). Киев: Госмедиздат УССР, 1951. 564 с.

25. Самойлович А.С. Психическая травма и туберкулез. Краснодар: Краев. кн-во, 1940. 24 с.
26. Соловьева С.Л. Краткосрочное психологическое воздействие в рамках реабилитации на этапе стационарного лечения соматически больных // Труды XI Международного Конгресса «Психосоматическая медицина — 2016» (Санкт-Петербург, 2—3 июня 2016 г.). СПб.: Человек, 2016. С. 43—47.
27. Стрельцов В.В., Золотова Н.В., Баранова Г.В., и др. Психологическая реабилитация больных туберкулезом легких на различных этапах терапии // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 2. С. 57—77. doi:10.17759/cpp.2015230204
28. Штефко В.Г. Патолого-гистологические изменения в мозговой коре при нервно-психическом переутомлении (нажитой психической инвалидности) и туберкулезной интоксикации // Первый Московский государственный университет. Труды психиатрической клиники (Девичье Поле). Выпуск третий. М.: Издательство Первого Московского государственного университета, 1928. С. 126—129.
29. Day G. The psychosomatic approach to pulmonary tuberculosis // *Lancet*. 1951. Vol. 257 (6663). P. 1025—1028. doi:10.1016/S0140-6736(51)92554-8
30. Laënnec R. De l'auscultation médiate, ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration. Vol. XLVIII. Paris: J.-A. Brosson et J.-S. Chaudé, 1819. 456 p.
31. Lerner B. Can stress cause disease? Revisiting the tuberculosis research of Thomas Holmes, 1949—1961 // *Annals of Internal Medicine*. 1996. Vol. 124 (7). P. 673—680.

PSYCHOLOGICAL SUPPORT FOR THE PATIENT WITH PULMONARY TUBERCULOSIS: A CASE REPORT

V.V. STRELTSOV*,
Central TB Research Institute, Moscow, Russia,
vvst-64@mail.ru

N.V. ZOLOTOVA**,
Central TB Research Institute, Moscow, Russia,
Zolotova_n@mail.ru

For citation:

Streltsov V.V., Zolotova N.V. Psychological Support for the Patient with Pulmonary Tuberculosis: A Case Report. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and Psychotherapy]*, 2019. Vol. 27, no. 1, pp. 102—118. doi: 10.17759/cpp.2019270107. (In Russ., abstr. in Engl.).

* *Streltsov Vladimir Vladimirovich*, Ph.D., Senior researcher, Central TB Research Institute, Moscow, Russia, e-mail: vvst-64@mail.ru

** *Zolotova Natalia Vladimirovna*, Ph.D., Senior researcher, Central TB Research Institute, Moscow, Russia, e-mail: Zolotova_n@mail.ru

Actuality: Currently the development and use of different psychotherapeutic technologies are particularly relevant in the anti-tuberculosis institutions. We analyze the case of a patient with pulmonary tuberculosis who was getting psychological support during his inpatient treatment with the use of the method of pathogenetic analysis based on the neurosis concept by V.N. Myasishchev. Main results: resolving inner conflicts and learning adaptive reactive and behavioral models improves the patient's psychological status and the efficacy of treatment. Conclusions: personality-oriented level of psychological impact is necessary in the treatment of lung tuberculosis patients, especially in cases of the unfavorable course of illness. Psychoeducation programs contribute to the emergence of the patient's motivation for personal psychotherapy and facilitate its process.

Keywords: psychological support, pulmonary tuberculosis, psychogenic mechanism, pathogenetic analysis.

Acknowledgements

The paper was prepared as a part of the Scientific Research Project № 0515-2015-0015 aimed at studying the relationship between the psychological status of patients with pulmonary tuberculosis and the efficacy of complex treatment.

REFERENCES

1. Ababkov V.A., Baburin I.N., Vasil'eva A.V., et al. Algoritm kratkosrochnoi psikhoterapii, napravlennoi na razreshenie vnutrichnostnykh i mezhlchnostnykh konfliktov u bol'nykh s nevroticheskimi rasstroistvami. Metodicheskie rekomendatsii [Algorithm of short-term therapy aimed at solving inner and interpersonal conflicts in neurotic patients. Methodological recommendations]. Saint Petersburg, NIPNI im. V.M. Bekhtereva. 2012. 22 p.
2. Alexander F. Psikhosomaticheskaya meditsina. Printsipy i prakticheskoe primeneniye [Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications]. Moscow: EKSMO-Press, 2002. 352 p. (In Russ.).
3. Alfeevskii N.A. O nervnykh i psikhologicheskikh yavleniyakh u tuberkuleznykh bol'nykh [On nervous and psychological phenomena in tuberculosis patients]. *Sovremennaya psikhiiatriya [Modern Psychiatry]*, 1912, no. 10, pp. 707–742.
4. Berlin A.I. Rol' nervnoi sistemy i psikhiki pri vspyshe tuberkuleza i terapiya poslednei bromom [Role of the nervous system in the]. In *Trudy fakul'teta terapev. kliniki Ivanovskogo gos. med. institute [Works of the department of therapy, Ivanovo state medical university]*. Ivanovo, 1944, pp. 66–80.
5. Berlin-Chertov S.V. Tuberkulez i psikhika. Moscow: Medgiz, 1948. 82 p.
6. Bräutigam W., Christian P., von Rad M. Psikhosomaticheskaya meditsina [Psychosomatic medicine]. Moscow: GEOTAR Meditsina, 1999. 376 p. (In Russ.).
7. Golovakha E.I., Kronik A.A. Zhiznennyi put' lichnosti [Life of the personality]. Moscow: Nauka, 1987. 280 p.
8. Gubachev Yu.M., Stabrovskii E.M. Kliniko-fiziologicheskie osnovy psikhosomaticheskikh sootnoshenii [Clinical-physiological foundations of psychosomatic relations]. Leningrad: Meditsina, 1981. 216 p.

9. Zolotova N.V., Baranova G.V., Strel'tsov V.V., et al. Osobennosti perenosimosti protivotuberkuleznoi khimioterapii s uchedom psikhologicheskogo statusa patsientov [Peculiarities of anti-tuberculosis chemotherapy tolerance accounting for the patients' psychological status]. *Tuberkulez i bolezni legkikh [Tuberculosis and Pulmonary Diseases]*, 2017, no. 4, pp. 15—19.
10. Zolotova N.V., Strel'tsov V.V., Baranova G.V., et al. Model' psikhologicheskoi reabilitatsii bol'nykh tuberkulezom legkikh v usloviyakh statsionara [The model of psychological rehabilitation for the inpatients with pulmonary tuberculosis]. *Tuberkulez i bolezni legkikh [Tuberculosis and Pulmonary Diseases]*, 2018, no. 4, pp. 12—19.
11. Ivanova S.S., Smirnova M.A., Archakova L.I. Lichnostnyi adaptatsionnyi potentsial bol'nykh tuberkulezom legkikh [Personal adaptive potential of pulmonary tuberculosis patients]. *Meditsinskii al'yans [Medical Alliance]*, 2017, no. 3, pp. 52—56.
12. Isaev D.N. Emotsional'nyi stress, psikhosomaticheskie i somatopsikhicheskie rasstroistva u detei [Emotional stress, psychosomatic and somatopsychic disorders in children]. Saint Petersburg: Rech', 2005. 400 p.
13. Korkina M.V., Elfimova E.V. Psikhogenno-somatogennye vzaimootnosheniya pri sakharnom diabete [Psychogenic-somatogenic interrelations in diabetes]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova [S.S. Korsakov Journal of Neurology and Psychiatry]*, 2004, no. 11, pp. 25—27.
14. Linde N.D. Emotsional'no-obraznaya (analiticheskii-deistvennaya) terapiya: chuvstvo — obraz — analiz — deistvie [Emotion-image (analytic-action) therapy: feeling — image — analysis — action]. Moscow: Genezis, 2016. 384 p.
15. Luban-Plozza B., Pöldinger W., Kröger F. Psikhosomaticheskie bol'noi na prieme u vracha [Psychosomatic Disorders in General Practice]. 2nd ed. Saint Petersburg: St.-Petersburg psikhonevrolog. in-t, 1996. 256 p. (In Russ.).
16. Marilov V.V. Psikhosomatozy. Psikhosomaticheskie rasstroistva zheludochno-kishechnogo trakta [Psychosomatoses. Psychosomatic disorders of gastrointestinal tract]. Moscow: Miklosh, 2007. 154 p.
17. Meerson D.L. O nervno-psikhicheskoi sfere tuberkuleznykh [On the neural-psychic sphere of the tuberculosis-ridden]. *Odesskii meditsinskii zhurnal [Odessa Medical Journal]*, 1929, no. 2—4, pp. 78—81.
18. Mirtovskaya E.V. K voprosu o znachenii psikhotravmy v vozniknovenii tuberkuleznoi vspyshki [On the issue of the significance of mental trauma in the onset of tuberculosis]. *Trudy Ivanovskogo tuberkuleznogo NII [Works of Ivanovo Tuberculosis Scientific Research Institute]*, 1934, no. 2, pp. 147—159.
19. Model' L.M. Ocherki klinicheskoi patofiziologii tuberkuleza [Studies on the clinical pathophysiology of tuberculosis]. Moscow: MedGiz, 1962. 324 p.
20. Myasishchev V.N. Sootnoshenie psikhicheskogo i somaticheskogo pri obshchikh i sistemnykh nevrozakh [The relation between the psychic and the somatic in general and systems neuroses]. In Averbukh E.S. (ed.). *Voprosy vzaimootnoshenii psikhicheskogo i somaticheskogo v psikhonevrologii i obshchei meditsine. Trudy Gosudarstvennogo nauchno-issledovatel'skogo instituta im. V.M. Bekhtereva. T. XXIX [Issues of the relation between the psychic and the somatic in psychoneurology and general medicine. Works of the V.M. Bekhterev State Research Institute. Vol. XXIX]*. Leningrad, 1963, pp. 193—204.

21. Panin L.E., Sokolov V.P. Psikhosomaticheskie vzaimootnosheniya pri khronicheskom emotsional'nom napryazhenii [Psychosomatic interrelationships in chronic emotional stress]. Novosibirsk: Nauka, 1981. 178 p.
22. Petrov S.P. O psikhike tuberkuleznykh [On the psyche of the tuberculosis-ridden]. *Sovremennaya psikhiatriya* [Modern Psychiatry], 1913, no. 9, pp. 673—694.
23. Poklitar E.A. Tuberkulez, lichnost', psikhiatriya [Tuberculosis, personality, psychiatry]. *Voprosy mental'noi meditsiny i ekologii* [Issues of mental medicine and ecology], 2001, no. 3, pp. 10—12.
24. Rudin V.P. Tuberkulez (kortiko-vistseral'naya patologiya i terapiya) [Tuberculosis (cortical-visceral pathology and therapy)]. Kiev: Gosmedizdat USSR, 1951. 564 p.
25. Samoilovich A.S. Psikhicheskaya travma i tuberkulez [Mental trauma and tuberculosis]. Krasnodar: Kraev. kn-vo, 1940. 24 p.
26. Solov'eva S.L. Kratkosrochnoe psikhologicheskoe vozdeistvie v ramkakh reabilitatsii na etape stacionarnogo lecheniya somaticheski bol'nykh [Short-term psychological intervention in the framework of rehabilitation at the stage of hospital treatment of somatic patients]. Trudy XI Mezhdunarodnogo Kongressa "Psikhosomaticheskaya meditsina — 2016" (Sankt-Peterburg, 2—3 iyunya 2016 g.) [Proceedings of the XI International Congress "Psychosomatic medicine — 2016"]. Saint Petersburg: Chelovek, 2016, pp. 43—47.
27. Strel'tsov V.V., Zolotova N.V., Baranova G.V., et al. Psikhologicheskaya reabilitatsiya bol'nykh tuberkulezom legkikh na razlichnykh etapakh terapii [Psychological rehabilitation of patients with pulmonary tuberculosis at different stages of therapy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2015, no. 2, pp. 57—77. doi:10.17759/cpp.2015230204. (In Russ., abstr. in Engl.).
28. Shtefko V.G. Patologo-gistologicheskie izmeneniya v mozgovo kore pri nervno-psikhicheskom pereutomlenii (nazhitoi psikhicheskoi invalidnosti) i tuberkuleznoi intoksikatsii [Pathological-histological changes in brain cortex in nervous-psychic overstrain (gained psychic disability) and tuberculosis intoxication]. In *Pervyi Moskovskii gosudarstvennyi universitet. Trudy psikhiatricheskoi kliniki (Devich'e Pole). Vypusk tretii* [First Moscow State University Works of the Psychiatry Clinic (on Devich'e Pole). Issue 3]. Moscow: Izdatel'stvo Pervogo Moskovskogo gosudarstvennogo universiteta, 1928, pp. 126—129.
29. Day G. The psychosomatic approach to pulmonary tuberculosis. *Lancet*, 1951. Vol. 257 (6663), pp. 1025—1028. doi:10.1016/S0140-6736(51)92554-8
30. Laënnec R. De l'auscultation médiante, ou Traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur, fondé principalement sur ce nouveau moyen d'exploration. Vol. XLVIII. Paris: J.-A. Brosson et J.-S. Chaudé, 1819. 456 p.
31. Lerner B. Can stress cause disease? Revisiting the tuberculosis research of Thomas Holmes, 1949—1961. *Annals of Internal Medicine*, 1996. Vol. 124 (7), pp. 673—680.