

ПСИХОТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ОПЕРИРОВАННЫХ ПО ПОВОДУ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,

Государственный институт управления

и социальных технологий Белорусского государственного университета²,

Республиканский научно-практический центр психического здоровья, Минск, Беларусь³

Описание психотерапевтического подхода

Онкологическое заболевание часто приводит к сильнейшей душевной травме, психологическому кризису, вызванному сложившимися у людей установками в отношении этой болезни. Наличие у человека онкологической патологии является тяжелым стрессовым фактором, и сообщение диагноза часто приводит к серьезной психической травме с сильными эмоциональными переживаниями: тревоги (по поводу невозможности что-либо изменить); страха (угрозы преждевременной смерти); опасения (предстоящего пожизненного наблюдения и лечения); неуверенности (о возможности сохранения социального и профессионального статуса в связи с инвалидностью); чувства утраты (планов на будущее, положения в обществе и в семье, финансовой стабильности, физической привлекательности, здоровья); депрессии; чувство жизненной несправедливости [1, 2].

Выбор конкретных форм психотерапевтической работы определяется личностными особенностями пациентов, этапом проводимого лечения и осуществляется с учетом актуального психологического статуса пациентов, оперированных по поводу онкологических заболеваний, их реакции на болезнь. Учитывается, что имеющиеся у них нарушения требуют регу-

лярности наблюдения у врача-онколога, гинеколога, эндокринолога и др. Кроме того, пациенты нуждаются в периодической госпитализации для переосвидетельствования, у них часто имеются ограничения на привычный род деятельности, обуславливающие вынужденный ранний уход на пенсию по инвалидности. Наряду с самой болезнью источником эмоционального дискомфорта является сам факт осознания необходимости перестройки всей жизни, которая теперь у многих из них неразрывно связана с поддерживающей терапией (гормональной, цитостатической и т. д.). Длительная гормоно- и химиотерапия также влияет на их эмоциональное состояние, приводила к изменениям телесных ощущений, которые порой воспринимались пациентами, как совершенно нехарактерные и даже неприятные.

При разработке оптимального для этой категории пациентов психотерапевтического подхода учитывается, что основными психологическими симптомокомплексами у пациентов, оперированных по поводу онкологических заболеваний, являются: ригидность поведения; низкий уровень социальной чувствительности и саморефлексии; нерациональные способы самозащиты; сохранение личностного баланса за счет нарушения вегетативного тонуса; иногда – поиск лиц, виновных в имеющемся экологическом неблагополучии и социальных проблемах.

При проведении психотерапии используется тактика, основанная на противопоставлении существующим в обществе отрицательным установкам относительно онкологических заболеваний и крайне пессимистичному отношению к возможности излечения системы положительных представлений, основанных на научных данных о достаточно хорошем прогнозе при большинстве онкологических заболеваний в случае их своевременного выявления и адекватного лечения [3].

Все вышеуказанные психотерапевтические мероприятия обеспечивают позитивные сдвиги в психологическом статусе, изменения восприятия существующих проблем и формирование у больных лечебной перспективы, а также определенную перестройку их социальной позиции [4].

Личностный подход в психотерапии пациентов, оперированных по поводу онкологических заболеваний, также учитывает роль различных факторов, негативно влияющих на КЖ. Исследование показателей КЖ в динамике является тем дополнительным инструментом, который способствует не только всесторонней оценке результатов лечения, но и позволяет правильно спланировать у этих пациентов ранние и поздние реабилитационные мероприятия [5].

Психотерапия проводится по двум направлениям:

1) симптоматическому – способствуя снижению тревожно-депрессивных проявлений, отвлечению внимания от болезненных переживаний;

2) патогенетическому – обеспечивающему доступ к внутренним ресурсам личности, переработку психотравмирующего опыта, изменение ригидной неадекватной когнитивной структуры, формирующей искаженные представления о своем заболевании и перспективах его излечения [6].

Психотерапия пациентов, оперированных по поводу онкологических заболеваний, строится на основе следующих принципов:

1. Определение позиции психотерапевта, как помогающего и передающего ответственность за течение и исход заболевания самому пациенту.

2. Оказание помощи в осознании пациентами своей роли в процессе лечения и обучение их приемам саморегуляции эмоционального состояния.

3. Ориентация в процессе проведения психотерапевтической работы на изменение субъективной значимости для пациентов к случившемуся с ними и перестроение отношения к нынешним обстоятельствам их жизни.

4. Использование в процессе терапии проработки травматического опыта в диссоциированном виде, для исключения повторной травматизации пациентов при возможном ассоциировании с наиболее негативной частью травматического опыта.

5. Осуществление в ходе психотерапии поиска индивидуальных для каждого пациента оптимальных стратегий преодоления трудной для них ситуации, связанной с заболеванием, и их переориентация на расширение социальных связей, посильный труд и интересный досуг [7].

Индивидуализированная программа психотерапии ориентирована непосредственно на достижение приемлемого для пациентов уровня психологического комфорта и выработку более активной и оптимистичной жизненной позиции в процессе реабилитации.

Психотерапевтическая работа осуществляется в специально оборудованном кабинете. Длительность занятий составляет 1–1,5 часа.

Методы психотерапии, используемые у пациентов, оперированных по поводу онкологических заболеваний

1. Программа с использованием интегративной психотерапии (ИПТ) методом десенсибилизации и переработки (травм) движениями глаз (ДПДГ) в сочетании с эриксоновскими ресурсными технологиями продолжительностью 3–5 встреч.

2. Индивидуализированная программа, в основу которой был положен метод когнитивно-поведенческой психотерапии (КПТ) – 10–15 встреч.

3. Психодинамически ориентированная психотерапия (ПДП) в групповой и семейной формах [6, 7].

В задачи разработанной нами психотерапевтической программы входят максимальная индивидуализация психотерапевтических усилий на основе личностных особенностей пациентов, характера имеющихся у них психопатологических нарушений, степени психотравматизации в результате оглашения диагноза, оперативного и последующего лечения, субъективной картины заболевания и отношения к болезни, а также их оценки качества собственной жизни.

Индивидуализированная психотерапевтическая программа включает четыре основных этапа, представленных ниже.

1 этап: информационно-мотивирующий:

1.1 – установление психотерапевтического контакта;

1.2 – ознакомление пациента с возможными психологическими механизмами, способствовавшими развитию у них заболевания;

1.3 – определение модели внутренней картины болезни;

1.4 – знакомство с методом индивидуальной психотерапии.

Результат: пробуждение интереса к возможным психологическим механизмам, способствовавшим развитию у них заболевания и поддержанию состояния дезадаптации, повышение готовности к психотерапевтической работе.

Методы: ИПТ, КПТ, ПДП.

2 этап: формирование осознания и эмоционального выражения психотравмирующего опыта:

2.1 – эмоциональное отреагирование и изменение отношения к психотравмирующему опыту, обусловленному перенесенным онкозаболеванием и оперативным вмешательством, в ряде случаев с последующим проведением радиотерапии, химиотерапии, а также, нередко, наличием группы инвалидности и изменением социального статуса.

2.2 – осознание пациентами внутренней картины болезни.

Результат: переосмысление сложившейся ситуации и осознанием пациентами неадекватности имеющейся у них внутренней картины болезни.

Методы: ИПТ, КПТ, ПДП.

3 этап: анализ и проработка имеющегося психотравмирующего опыта, интеграция ресурсов, необходимых для его преодоления:

3.1 – проработка психотравмирующего опыта;

3.2 – перестроение внутренней картины болезни и построение внутренней картины здоровья;

3.3 – выявление и активизация личностных и других возможных ресурсов;

3.4 – активизация мотивационной сферы, ценностных ориентаций, создание адекватных трудовых установок и выработка адекватного отношения к комплексному поддерживающему лечению.

Результат: осознание собственных психологических проблем, мобилизация личностных ресурсов, обучение оптимальным вариантам эмоционального реагирования в сложных жизненных ситуациях, построение новых целей, активное сотрудничество в процессе комплексного поддерживающего лечения.

Методы: ИПТ, КПТ, ПДП.

4 этап: закрепление полученных умений:

4.1 – обретение навыков использования собственных ресурсов и новых адаптивных механизмов самопомощи;

4.2 – активное сотрудничество в процессе комплексного поддерживающего лечения.

Результат: закрепление и перенос полученных знаний и навыков в реальные жизненные условия.

Методы: ИПТ, КПТ, ПДП.

В рамках проведения ИПТ, КПТ, и ПДП разъясняются задачи и суть проводимого исследования, результаты данных тестирования, особенности используемых методов и механизмы психотерапевтического воздействия. На всех этапах психотерапии осуществляется активизация личностных ресурсов пациента, проводится обучение навыкам самопомощи.

Для установления эффективного стиля взаимодействия, во время психотерапевтического контакта, оценивается индивидуальная эмоциональная реакция на заболевание с помощью опросника ЛОБИ. Ориентация на полученные данные позволяет правильно построить рабочий контакт с пациентом и использовать наиболее подходящие для него способы повышения мотивации на активное участие в психотерапевтической работе процессе, а также избежать ситуаций, способных прервать психотерапию.

После завершения психотерапевтической работы формируется блок ресурсной информации, который определяет новое устойчивое состояние, включающее интеграцию полученных сведений и практических навыков, что создает предпосылки для их самостоятельного использования для нейтрализации возможного эмоционального дискомфорта при возникновении жизненных трудностей в будущем. Таким образом, новый алгоритм поведения и реагирования в стрессовых ситуациях становится мощным ресурсом жизни пациента. Поддерживающая терапия включает в себя 1–2 встречи в месяц с врачом психотерапевтом для контроля и решения возникающих текущих вопросов [6, 7].

Интегративная психотерапия (ИПТ)

С целью оказания эффективной психотерапевтической помощи пациентам, оперированным по поводу онкологической патологии, нами была применена программа интегративной психотерапии с использованием метода ДПДГ в сочетании с эриксоновскими ресурсными технологиями, которые относятся к краткосрочным методам, позволяют за 2–3 сеанса нейтрализовать негативные воспоминания и наиболее значимые переживания, связанные с основным заболеванием. Важнейшей характеристикой интегративной психотерапии является учет психотерапевтом при выборе методов индивидуальных клинико-психологических особенностей личности и болезни, а также актуальных потребностей пациента.

В методе ДПДГ используют следующие движения глаз с целью активизации информационно-перерабатывающей системы мозга. Метод был предложен Фрэнсис Шапиро в 1987 году [5, 7]. Сущность метода заключается в том, что тяжелые психические травмы и стрессы, какими являются онкологическая патология и связанные с этим представления, могут блокировать деятельность адаптивной информационно-перерабатывающей системы и травматические воспоминания, аффективные, соматовегетативные и поведенческие реакции не получают своего адаптивного разрешения, продолжая храниться в ЦНС в форме, обусловленной пережитым состоянием. Негативная информация блокируется и сохраняется в непереработанном виде за счет изоляции нейронных сетей мозга, обеспечивающих доступ к этим воспоминаниям, от других ассоциативных сетей памяти. При этом не происходит нового обучения и соответствующая психокорректирующая информация не может ассоциативно связываться с изолированной информацией о травматическом событии.

В результате, негативные эмоции, образы, ощущения и представления из прошлого пациента проникают в его настоящее, вызывая сильный душевный и физический дискомфорт. Использование в ходе проведения процедуры ДПДГ повторяющихся серий движений глаз, по мнению автора метода, приводит к «разблокированию» изолированной нейронной сети мозга, где хранится травматический опыт, который подвергается десенсибилизации и ускоренной когнитивной переработке. Воспоминания, имеющие высокий отрицатель-

ный эмоциональный заряд переходят в нейтральную форму, а соответствующие им представления и убеждения пациентов приобретают конструктивный характер.

Целью метода ДПДГ является обнаружение неосознаваемых пациентами конфликтов и «болевых точек», которые имеют отношение к произошедшему психотравмирующему опыту, выведение их на уровень осознания в целостном виде; максимальное отреагирование, понимание проявляемых чувств. Важно также научить пациентов, оперированных по поводу онкологических заболеваний, «отделению» перенесенного травматического опыта от своей личности, трансформирование его с целью овладения ситуацией. Такой комплексный подход помогает пациенту справиться с болезненным состоянием целостно и эффективно.

Метод ДПДГ состоит из девяти стадий:

1. Анализ психотравмирующего опыта: клиника и планирование психотерапии.
2. Подготовка: установление отношений; объяснение сущности процесса ДПДГ; обучение релаксации, предупреждение о возможности обострения опыта.
3. Определение предмета воздействия: идентификация травматического переживания; негативные представления (отрицательное самоопределение); положительные представления (положительное самоопределение).
4. Определение выраженности негативного эмоционального реагирования и телесного дискомфорта шкала субъективных единиц беспокойства; баллы в момент воспоминания (1–10); место сосредоточения физических ощущений при воспоминании о травматических событиях.
5. Десенсибилизация.
6. Инсталляция положительного представления.
7. «Сканирование» тела.
8. Завершение: возвращение после сеанса в спокойное состояние; ознакомление о продолжающейся переработке; ведение дневника с записями беспокоящих воспоминаний.
9. Переоценка: проводится перед началом каждого сеанса; новый материал прорабатывается с учетом предшествующего материала и имеющегося положительного эффекта [7].

ИПТ проводится в несколько этапов: на первом сеансе, пациенты, как правило, демонстрируют стремление к игнорированию настоящей ситуации, уклонение от обсуждения болезненного материала, желание жить прошлым с отрицанием каких либо перспектив в будущем. После установления продуктивного терапевтического контакта выявляются наиболее психотравмирующие воспоминания, которые подвергаются тщательной переработке методом ДПДГ. В необходимых случаях для активизации необходимых для эффективной переработки внутренних ресурсов, предварительно используются гипнотические погружения в приятные (ресурсные) воспоминания, которые завершаются постгипнотическими суггестиями, направленными на обретение пациентами этого опыта спокойствия, уверенности, радости в настоящем. В ходе ДПДГ при проработке психотравмирующего материала также применяются другие эриксоновские технологии: техника «безопасное место»; мощный переформирующий подход, включающий вопрос «у какого человека, в данном случае, были бы другие чувства и состояние?»; многоуровневые послания, в том числе терапевтические метафоры, активизирующего и мобилизующего характера, которые применялись не только в гипнотическом трансе, но и в бодрствующем состоянии (например, при использовании техники «тройная спираль») [8].

В процессе проработки материала проявляется улучшение имеющегося состояния, возрастает значимость доверия к себе и окружающим, интеграция, как с собственными возможностями, так и возможностями окружающих в проявлении помощи; разрешение актуальных в данный период проблем. Максимально важным среди всех эмоциональных способностей является показатель, отражающий появившу-

юся значимость в жизни пациента вопросов веры в помощь и изменения мировоззрения относительно активной позиции в процессе собственной реабилитации.

Уже после второго-третьего сеансов пациенты отмечают успех в самостоятельной повседневной работе, предложенной психотерапевтом, когда они без руководства врача могут пошагово проводить переформирование проблемной ситуации и испытывать те же полноценные состояния, что и во время психотерапевтических сессий. К четвертому-пятому сеансу проведенное психотерапевтическое лечение достигало целевых показателей. У пациентов проявлялась собранность и уравновешенность в повседневной жизни, возможность контролировать себя во время неожиданных ситуаций, так как включался алгоритм нового научения. Проведенная психотерапия помогла им скорректировать отношение к реальности, выработать навыки принятия решений и самоорганизации, что улучшает показатели КЖ. Психотерапевтическая работа проводится в специально оборудованном кабинете. Сессии носят индивидуальный характер, проводились 1–3 раза в неделю, количество встреч 3–5, длительность занятий – 1–1,5 часа.

Когнитивно-поведенческая психотерапия (КПТ)

В работе с пациентами используется информативное разъяснение и логичное доказательство актуальных вопросов, связанных с болезнью, которые они ошибочно трактовали, в соответствии с положениями Р. Dubois, В. Е. Рожнова [9, 10].

Цель КПТ: правильное освещение характера болезни, причин ее возникновения, прогноза, характера предпринимаемого лечения, правил поведения больного, которые способствуют преодолению болезни.

Определение внутренней картины болезни и разделения её три основных уровня: сенсорный, эмоциональный и интеллектуальный.

Определение сенсорного уровня внутренней картины болезни включает: совокупность ощущений и восприятия тех изменений в организме, которые возникают в связи с онкологическим заболеванием; эмоционального уровня внутренней картины включает: исследование эмоционального реагирования и его интерпретации, опираясь на сведения, которыми располагал пациент о диагнозе, анализах, обследованиях и лечении; интеллектуального уровня внутренней картины болезни: проводилось с помощью интерпретации и обсуждения суждений о болезни, режима лечения и отношения к нему.

Этапы проведения КПТ:

1. На первом этапе выясняются неправильности мышления пациента, ставшие причиной дезадаптации, выявлялся характер конфликта между личностью и средой, осуществляется всестороннее изучение личности пациента. Непосредственно в психотерапевтический этап работы включаются составление и осуществление плана коррекции мышления, разрешения конфликта, закрепления полученных результатов.

2. На втором этапе проводится разъяснительная психотерапия, которая давала пациенту ту информацию о болезни, маршрутах лечения, лечебном режиме и профилактике рецидивов, которая нужна ему, чтобы правильно осуществлять лечебные мероприятия, назначаемые врачом.

Выяснение концепции болезни пациента, и его представлений о собственной способности влиять на симптомы, затрагивало следующие аспекты:

когнитивное преодоление – понимание причин стресса, осмысление ситуации и включение ее образа в целостное представление субъекта о себе, своем окружении и взаимосвязях с ним; поиск и оценку возможных средств, которые могут быть мобилизованы для преодоления стресса, поиск конструктивных стратегий преодоления и поддержки;

эмоциональное преодоление – осознание и принятие своих чувств и эмоций, потребностей и желаний, овладение социально приемлемыми формами проявления чувств, контроль динамики переживания;

поведенческое преодоление – перестройка поведения, коррекция стратегий и планов, задач и режимов деятельности;

социально-психологическое преодоление – изменение направленности личности, коррекция жизненных ценностей, расширение пространства социальных ролей, позиций и межличностных отношений [4,6,7].

Лечение пациентов с помощью с РПТ заключалось в выяснении и коррекции иррациональных суждений, разъяснении больному особенностей течения заболевания, необходимости систематического лечения с использованием медикаментозных методов и немедикаментозных методов.

Проводится анализ коррекции иррациональных суждений, отслеживается проведенная работа и те изменения, которые получены пациентами во время психотерапевтической сессии. У пациентов начинает проявляться навык проведения анализа и поиска возможных средств, для преодоления возникающих стрессовых ситуаций, самоподкрепления и поддержки.

В ходе КПТ происходит адаптивная модификация проблемно-решающего поведения путем формирования активного сотрудничества пациентов с врачами и психологами в диагностическом и лечебном процессе, активном поиске поддержки в социальной среде.

Психотерапевтическая работа проводится в специально оборудованном кабинете. Сессии носят индивидуальный и групповой характер (в группе 6–10 чел) с частотой встреч 2–3 раза в неделю, количество встреч – 10–15, средняя продолжительность – 60 минут.

Психодинамически ориентированная психотерапия в индивидуальной, семейной и групповой формах (ПДП) [11, 12]

Цель: привлечение в психореабилитационный процесс значимых лиц из семьи и социального окружения пациентов [11].

Этапы проведения ПДП:

1. На первом этапе (в период подготовки к оперативному лечению) основная цель: обеспечение активного сотрудничества пациентов с врачами и психологами на диагностическом этапе и в ходе подготовки к операции.

Форма работы: индивидуальная.

1. Методы: когнитивно-поведенческая психотерапия, психообразование, основная цель которого – формирование комплайенса (лечебного взаимодействия, основанного на принципах партнерства), осуществляется:

1.1. формирование активного сотрудничества пациентов с врачами и психологами на диагностическом этапе и в ходе лечебного процесса;

1.2. эмоциональная поддержка;

1.3. формирование мотивации к проведению реабилитационной работы;

1.4. повышение психологической компетентности по вопросам развития заболевания, особенностей протекания, соматопсихических и психосоматических факторов;

1.5. реадaptация в различных сферах жизни;

1.6. повышение самоуважения и самооценки пациентов.

Форма работы: индивидуальная, групповая психотерапия.

2. Цель второго этапа (начиная с раннего послеоперационного периода) – привлечение в психореабилитационный процесс значимых лиц в семье и окружении пациентов, в процессе которого происходит:

2.1. проводится обсуждение роли межличностных конфликтов на психологическое и соматическое состояние человека, проговаривание собственных чувств, отношений и предостережений, связанных с заболеванием и стереотипами по отношению к онкологической патологии;

1.2. осуществляется формирование конструктивного супружеского взаимодействия, разрешения конфликтов, доверительных, поддерживающих взаимоотношений в семье;

1.3. происходит построение общих жизненных планов и стратегий преодоления данной стрессовой ситуации.

Форма работы: семейная, групповая психотерапия.

3. Цель третьего этапа (в поздний послеоперационный период) – коррекция патогенной эмоционально-личностной predisпозиции, в ходе которой происходит:

3.1. нормализация психоэмоционального состояния: пациенты обучаются адекватно выражать свои чувства, в частности, связанные с изменением внешности, ограничениями, связанными с состоянием здоровья, нарушением прежнего образа жизни;

3.2. стимуляция и активация гармоничного типа отношений к болезни;

3.3. дезактуализация неадаптивных психологических защит (регрессии, вытеснения, соматизации, замещение, проекции, реактивного образования, отрицания) и формирование новых защитных стратегий с расширением механизмов психологической защиты высшего порядка (интеллектуализации, реструктуризации конфликта, переосмысление фрустрирующей ситуации, компенсации);

Форма работы: семейная, групповая психотерапия.

4. Цель четвертого этапа (в поздний послеоперационный период): закрепление результатов и динамики процесса реабилитации с целью использования полученного опыта в привычной социальной жизни.

Пути достижения цели:

4.1. осознание пациентами связей психических переживаний и телесных функций, особенностей трансформаций различных эмоций в телесные процессы;

4.2. осознание пациентом и коррекция наиболее актуальных дезадаптивных стереотипов (представлений, переживаний и поведения) относительно значимых жизненных позиций и своего заболевания;

4.3. осознание и использование пациентами положительных личностных ресурсов и активизация их творческих возможностей для достижения конструктивных изменений;

4.4. выработка новых навыков контроля и преодоления психоэмоциональных аспектов болезни, а также стрессовых жизненных ситуаций, повышение самооценки;

4.5. обсуждение изменений в чувствах, эмоциях, убеждениях и поведении пациентов, произошедших в начале лечения под влиянием целенаправленной коммуникации.

Форма работы: семейная, групповая психотерапия, индивидуальное психологическое сопровождение.

Эффективность психотерапевтической работы оценивается по:

– клиническому улучшению (динамическая оценка психического состояния больных до и после курса психотерапии);

– положительной динамике ряда психометрических показателей (до и после курса психотерапии);

– формированию адекватного восприятия имеющегося заболевания (изменение внутренней картины болезни);

– регистрируемому у пациентов улучшению качества жизни.

– отсутствию или уменьшению предъявляемых жалоб и отмечаемому пациентами субъективному изменению душевного и физического самочувствия в лучшую сторону.

В конечном итоге, основное направление предложенной индивидуализированной программы психотерапии – обучение пациентов способам самопомощи в повседневной жизни и стрессовых ситуациях, что позволяло справляться с возникающими проблемами и препятствиями [12].

Литература

1. Aaronson, N. K. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology / N. K. Aaronson, A. Cull, S. Kaasa // *Int. J. Ment. Health.* – 1994. – Vol. 23. – P. 75–96.

2. Малкина-Пых, И. Г. Психосоматика: Новейший справочник / И. Г. Малкина-Пых. – М.: Изд-во Эксмо; СПб.: Сова, 2003. – 928 с.

3. Макаров, В. В. Избранные лекции по психотерапии / В. В. Макаров. – 2-е изд. – М.: Акад. Проект, 2000. – 332 с.

4. Григорьева, И. В. Медико-психологическая помощь и особенности внутренней картины болезни пациентов с раком щитовидной железы / И. В. Григорьева, С. А. Игумнов // *Медико-психологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях* – 2009. – № 5. – С. 27–32.

5. Temoshok, L. Personality, coping style, emotion and cancer: to-wards an integrative model / L. Temoshok // *Cancer Surv.* – 1987. – Vol. 6. – P. 545–567.

6. Григорьева, И. В. Применение метода десенсибилизации и переработки движениями глаз (ДПАГ) у пациентов с раком щитовидной железы в отдаленном послеоперационном периоде / И. В. Григорьева // *Психотерапия и клиническая психология.* – 2008. – № 4 (27). – С. 36–39.

7. Григорьева, И. В. Клинико-психопатологические и социально-психологические особенности у пациентов, оперированных по поводу рака щитовидной железы / И. В. Григорьева, С. А. Игумнов // *Рос. психиатр. журн.* – 2009. – № 1. – С. 73–76.

8. Эрикссон, М. Стратегии психотерапии / М. Эрикссон. – СПб.: Летний сад, 1999. – 512 с.

9. Рожнов, В. Е., Мацанов А. К. Психотерапия в онкологии / Под ред. В. Е. Рожнова // *Руководство по психотерапии.* – 2-е изд. – Ташкент: Медицина. – 1979. – С. 559–571.

10. Рожнов, В. Е. Руководство по психотерапии / В. Е. Рожнов – 3-е изд., доп. перераб. – Ташкент: Медицина, 1985. – 283 с.

11. Linden, M. Patient education, crisis intervention, psychotherapy: talking medicine/ M. Linden // *MMW Fortschr. Med.* – 2011. – Vol. 153, N 3. – P. 28–30.

12. Игумнов, С. Психотерапия пациентов, оперированных по поводу рака щитовидной железы / С. Игумнов, И. Григорьева. – Saarbrücken: Lambert, 2014. – 140 с.

Поступила 30.06.2014 г.