

НАУЧНЫЕ ОБЗОРЫ

УДК 615.8:616-006-08-059

*А.Ю. Васильева***ОСОБЕННОСТИ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПОДХОДА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

Донецкий государственный медицинский университет им. М. Горького

Ключевые слова: больные злокачественными новообразованиями, психотерапевтический подход, особенности эмоционального состояния

Согласно данным последних сессий ВОЗ вопрос онкологических заболеваний в мире признан приоритетным в силу стремительного роста заболеваемости во всем мире. Так, по данным ВОЗ, в 2000 году количество онкологических больных в мире достигло 10 миллионов, а к 2020 году эксперты предсказывают рост количества онкологических больных до 20 млн. ежегодных случаев [1].

Пациент, впервые услышавший от врача о вероятном наличии онкологического заболевания, уже на этом этапе попадает в острейшую психотравмирующую ситуацию, заключающуюся в угрозе тяжелой операции, длительного изнурительного лечения, потери важного органа, неопределенности прогноза. Известие об обнаружении опухоли резко меняет всю жизнь больного и его близких. N. Peseschkian [2], отмечая интенсивность эмоционального напряжения при постановке диагноза «рак», пишет, что заболевший воспринимает его как «послание смерти». Другие авторы говорят о «психологическом кризисе» онкологических больных, который характеризуется тревогой, чувством безнадёжности, неопределенности, одиночества, пессимистичной оценкой будущего [3]. По данным Е.Ф. Бажина и А.В. Гнездилова [4], от 92 до 100% больных злокачественными новообразованиями страдают различными психическими расстройствами. Согласно N.C. Lovejoy и M. Matteis [5], только депрессия обнаруживается у трети онкологических больных. Онкологическое заболевание нередко рассматривается больными как не только физическая патология, но и как эмоциональная катастрофа, тотально нарушающая функционирование человека как личности. Результаты проведенных L.R. Degoratis [6] исследований показали, что пациенты онкологического профиля подвергаются значитель-

ному психологическому дистрессу и психическим заболеваниям, показатель распространенности которых колеблется в пределах 23-47%. Аналогичные данные были получены в исследовании, проведенном S. Greer [7]. Было наглядно продемонстрировано, что дистресс можно смягчить, а риск развития тревожного состояния или депрессивного расстройства свести к минимуму, если во время беседы с пациентом анализировать, в какой именно информации он нуждается, более тонко и избирательно сообщать плохое известие и оказывать психологическую поддержку пациентам и членам их семей, начиная с момента установления диагноза [8,9].

Детальное изучение психического и психологического состояния больных со злокачественными новообразованиями выявило наличие различных по клиническим проявлениям и степени выраженности психогенных реакций, смешанных психогенно-соматогенных и преимущественно соматогенных расстройств. Степень выраженности психогенных реакций может отличаться не только у разных больных, но и варьировать у одного и того же пациента на определенных этапах заболевания. Наиболее эмоционально насыщенными для пациентов являются момент постановки и верификации диагноза, начало лечения и обнаружение пролонгации заболевания. Еще В.Н. Герасименко [10-14] отмечал особенности психологического состояния онкологически больного в зависимости от периодов заболевания. Первый из них – поликлинический или диагностический, который начинается от момента первого контакта больного с онкологической службой: направление на консультативный осмотр онкологом, решение вопроса о необходимости специализированного противоопухолевого лечения в стационарных условиях. Этот этап является для пациентов наи-

более психотравмирующим. Типичным является общее беспокойство, выраженная тревога, ощущение полной безнадежности, бесперспективности существования, мысли о неизбежной скорой и мучительной смерти. Иногда наблюдаются вспышки ярости, гнева, злобы, сопровождающиеся агрессией, направленной на ближайшее окружение. Как правило, на этом этапе проведение психотерапевтических мероприятий затруднительно в виду состояния пациентов – они практически недоступны какому-либо виду психотерапевтического вмешательства.

Второй этап – поступление в онкологический стационар – заключается в адаптации пациента в отделении, знакомство с условиями пребывания, режимом отделения, медицинским персоналом и другими пациентами. На этом этапе наблюдается некоторое снижение интенсивности переживаний. Это, прежде всего, связано с формированием у пациентов психологической защиты: пациент допускает мысль о наличии у себя тяжелого соматического заболевания, возможно даже онкологического, успокаивая себя тем, что находится в специализированном стационаре под наблюдением квалифицированных специалистов, которые сделают все, чтобы помочь. Формирование таких установок, их стимулирование и поддержание является на этом этапе важнейшим моментом психотерапевтического воздействия. Большую роль играют беседы разъяснительного характера лечащего врача с пациентом, осмотры, назначение и проведение различных исследований, консультативные осмотры другими специалистами. Это создает у пациента впечатление активного, тщательного, многостороннего, а главное интенсивного изучения состояния его здоровья, что в свою очередь является важнейшей предпосылкой успешности проводимой терапии. В случае, когда пациент какое-то время предоставлен сам себе и не задействован в диагностическом процессе, ухудшается психическое состояние, утяжеляется степень имеющейся психогении. Это связано, главным образом, с изменившимся содержанием переживаний: страх неизбежной и тяжелой смерти сменяется нетерпением, желанием как можно скорее подвергнуться радикальному лечению, и пролонгация диагностического этапа кажется пациенту «преступной тратой драгоценного времени», так как может быть упущен уникальный момент – время, когда опухоль может быть радикально удалена. Самыми тяжелыми для пациента являются первые дни пребывания в стационаре, когда происходит адаптация

к изменившимся условиям.

Третий этап – предоперационный или предтерапевтический – охватывает период от момента информирования пациента о дне начала противоопухолевой терапии (дне оперативного вмешательства, начала химиотерапии и лучевой терапии) до наступления собственно этого дня. При получении информации о дате операции у некоторых больных возникает негативное к ней отношение: появляются мысли о недостаточно реализованных других видах противоопухолевой терапии. Подобные переживания невольно провоцируются уже прооперированными пациентами, имеющими калечащие последствия от подобного рода терапии. Основной задачей психотерапевтического воздействия на данном этапе является успокоение пациентов путем индивидуальной рациональной психотерапии, направленной на коррекцию жизненных установок.

Четвертый этап – послеоперационный (у пациентов, которым проводилось оперативное вмешательство) – от момента завершения операции до восстановления способности к самообслуживанию. Характерной особенностью данного этапа является редукция выраженности всех негативно окрашенных эмоциональных переживаний пациентов. Для большинства пациентов операция является временным психологическим облегчением состояния – своего рода переломным моментом, после которого пациента ждет выздоровление. Психотерапевтическая коррекция на этом этапе направлена на формирование и поддержание позитивных психологических установок пациента.

Пятый этап – выписка – от момента подготовки пациента к выписке и охватывает дальнейшее пребывание дома. Этот этап производит обманчивое впечатление самого легкого из всех этапов пребывания пациентов в онкологическом стационаре, поскольку пациенты испытывают чувство облегчения, когда после стольких эмоциональных потрясений они выписываются домой. Однако большинство пациентов также испытывают неуверенность в своем будущем, сомнительным представляется возобновление прежней трудовой деятельности, тревожна перспектива возвращения домой в качестве инвалида. В высшей степени психотравмирующими являются предположения пациентов о неполном, частичном выздоровлении, об отсутствии эффективных радикальных средств лечения, необходимость дальнейшего наблюдения онкологами и продолжения противоопухолевой терапии пу-

тем адьювантной химио- и лучевой терапии. Подобная информация должна преподноситься пациенту максимально щадяще с соблюдением психотерапевтической направленности беседы лечащим врачом.

Общей чертой выделенных периодов является неопределенность исхода ситуации и тревожное ожидание личностью грядущих событий [15]. Такую ситуацию пациент не может сам разрешить, поскольку ее исход ему неподвластен.

На любом этапе лечения у больного имеются психологические защитные ресурсы, помогающие адаптироваться к сложившейся ситуации, и они должны быть использованы в психотерапевтической работе с этими пациентами. Факторы, которые помогают психологической адаптации или препятствуют ей, были изучены и оценены в исследованиях Р. Maguire, А. Howell [16]. Среди них – факторы адаптации, обусловленные болезнью, больным человеком, обществом, и факторы, предрасполагающие к плохой адаптации. К факторам адаптации, обусловленным болезнью, относятся, прежде всего, стадия заболевания, локализация опухоли, основные клинические симптомы и прогноз заболевания; требуемое лечение, побочные эффекты терапии и возможные осложнения; изменение структуры и функции тела. К факторам адаптации, обусловленным самим больным человеком, можно выделить следующие: интраперсональные (эмоциональные, философские, религиозные влияния и убеждения); социальные (человек в обществе, общественное положение, семейный статус, наличие детей); интерперсональные (семья и внутрисемейные взаимоотношения, друзья, социальная поддержка); психологические взаимоотношения с медицинским персоналом. К факторам адаптации, обусловленным обществом, относятся следующие: открытое обсуждение диагноза или его секретность; знание возможности и вариантов лечения и прогноза. Среди факторов, препятствующих адаптации, необходимо отметить социальную изоляцию, низкий социально-экономический статус, пессимизм в отношении к жизни, отсутствие надежды на выздоровление, недавние потери, стрессы, психологические травмы, ригидность приспособляемости, сопутствующие психические заболевания, употребление психоактивных веществ.

По наблюдениям Е. Кьблер-Росс [17] в поведении онкологических больных можно выделить несколько этапов психологической переработки той жизненной ситуации, в которой они оказались. Установлено, что большинство больных

проходит через пять основных стадий психологической реакции: отрицание или шок; гнев; «торговля»; депрессия и принятие.

Первая стадия (отрицание или шок) очень типична. Пациент не верит, что у него есть потенциально смертельная болезнь. Отрицание действует как психологический защитный механизм, предохраняющий сознание от невыносимых мыслей и переживаний. Пациент начинает ходить от специалиста к специалисту, перепроверяя полученные данные, делает анализы в различных клиниках. В другом варианте пациент может испытывать шоковую реакцию и вообще больше не обращается в больницу.

В.А. Ромасенко и К.А. Скворцов [18] связывают анозогнозию у онкологических больных с токсическим влиянием далеко зашедшей болезни. По мнению J. Bronner-Husar [19], У. Fleigenberg [20], А. Peck [21], механизмом, обеспечивающим психологическую защиту больного, является вытеснение, понимаемое с позиций психоанализа.

Вторая стадия (гнев) характеризуется выраженной эмоциональной реакцией, обращенной на врачей, общество, родственников. Больного охватывает гнев: он может вылиться в ярость, возмущение или зависть к тем, кто здоров.

Третья стадия — это попытки «выторговать» как можно больше дней жизни у самых разных инстанций, попытка заключить сделку с судьбой.

На четвертой стадии пациент понимает всю тяжесть своей ситуации. Как правило, наступает депрессия: впадает в отчаяние и ужас, у него опускаются руки, перестает бороться, теряет интерес к житейским проблемам, оставляет свои обычные дела, отдаляется от людей, закрывается дома и оплакивает свою судьбу.

Пятая стадия — это наиболее рациональная психологическая реакция, но до неё далеко не каждый доходит. Больные мобилизуют свои усилия, чтобы, несмотря на заболевание, продолжать жить с пользой для близких. Лишь немногим больным удается дожить до заключительной стадии - принятия.

Следует отметить, что вышеперечисленные стадии не всегда идут в установленном порядке. Больной может остановиться на какой-то стадии или даже вернуться на предыдущую. Таким образом, знание этих стадий необходимо для правильного понимания того, что делается в душе человека, столкнувшегося со смертельной болезнью, и соответствующей психологической и психотерапевтической коррекции на всех эта-

пах лечебно-диагностического процесса [22].

Получены убедительные данные многочисленных научных исследований, подтверждающие эффективность психосоциальных вмешательств у больных онкологического профиля, о чем свидетельствуют некоторые оценки исходов заболевания [23,24].

Большинство предлагаемых методов психологического воздействия как вспомогательного средства в дополнение к специальной врачебной помощи пациентам с недавно установленным диагнозом онкологического заболевания направлены на то, чтобы предотвратить дистресс и улучшить способы совладания с ним. Доказано, что пациенты, у которых преобладающий стиль совладания характеризуется “тревожной поглощенностью” или “беспомощностью”, часто плохо адаптируются. Кроме того, они подвержены более высокому риску развития психического заболевания, чем пациенты, которые способны позитивно переоценить свое затруднительное положение и в процессе преодоления дистресса демонстрируют “бойцовский дух” [25]. Такие бихевиоральные техники как, например, специальная релаксация и управляемое воображение, положительно влияют на настроение и качество жизни во время лечения [26]. Клиническая полезность (например, меньшее количество жалоб на боли, реже наблюдаемая тошнота, вызываемая химиотерапией, меньшее количество случаев отказа от лечения, уменьшение количества консультаций у врачей общей практики и консультантов) и терапевтическая эффективность (например, стойкая психологическая адаптация) таких психологических вмешательств уже не вызывают сомнений [27, 8].

К эффективным методам психологического воздействия относятся также и краткосрочное ориентированное на информацию, психологическое консультирование, когнитивная психотерапия для пациентов с более тяжелой депрессией и групповая психотерапия в качестве более долгосрочного метода лечения [1].

Конечно, готовых и пригодных для всех рекомендаций не существует. В каждом случае психотерапевтический подход индивидуален, но основа выздоровления у всех одинаковая – это не пассивное ожидание излечения, а активная, совместно с врачами, борьба за свое здоровье.

Исследователями была выявлена зависимость между продолжительностью жизни онкологического больного и его отношением к болезни. Так, S. Greer [27] показал, что у пациентов реагирующих на онкологическое заболевание «от-

рицанием», готовых «сопротивляться» болезни на всех этапах лечения, продолжительность жизни выше, чем у пациентов с противоположным стереотипом поведения, т.е. неспособных адаптироваться к жизни после установления диагноза и пассивно подчиняющихся обстоятельствам.

Значение психотерапии в комплексном лечении больных с онкологическими заболеваниями всё более возрастает. Применение психотерапевтических методов в лечении злокачественных новообразований позволяет, прежде всего, повысить качество жизни пациентов, оптимизировать проведение лечебно-реабилитационного процесса и улучшить их социально-психологическую адаптированность к семейному, бытовому и производственному окружению [28, 29], хотя имеется ряд работ, в которых высказывается предположение о возможном непосредственном влиянии психотерапевтических воздействий на механизмы саногенеза при опухолевых процессах посредством активизации иммунной системы, впервые описанными К. Саймонтоном, С. Саймонтоном [30], чья онкопсихотерапевтическая программа является в онкологии наиболее известной и признанной. Она помогает активизировать самоисцеляющий потенциал пациента, способствует увеличению эффективности проводимой противоопухолевой терапии. Значительно уменьшает побочные эффекты во время лечения, чем, безусловно, улучшает психологическое и физическое состояние пациентов.

Проведение больным онкологического профиля различных видов психотерапевтического воздействия (сознательная саморегуляция, терапия прослушиванием специально подобранной музыки и звуков природы в состоянии мышечной релаксации (метод Natura Sound Therapy – NST), релаксация, креативная визуализация, медитация, биологически обратная связь, аутосуггестивная терапия и т.д.) является предпосылкой обретения больными необходимого для борьбы с болезнью психологического комфорта.

Особое внимание в работе с пациентами должно уделяться объяснению больным, проходящим противоопухолевое лечение, положительных и необходимых для выздоровления механизмов воздействия полихимиотерапии или лучевой терапии, с последующим ориентированием пациентов на позитивное принятие указанного лечения.

В проводившихся исследованиях [31] была доказана связь между пониманием и мотивированностью больного к позитивному принятию

противоопухолевого лечения, и эффективность проведения этого лечения, а также уменьшением побочных негативных эффектов.

Как отмечает Д.С. Чернавский [32], положительный успех психотерапии возможен при соблюдении следующих обязательных условий: во-первых, пациент должен знать о своем состоянии; во-вторых, у пациента должна возникать уверенность, что ему повезло (например, как раз найдено новое лекарство и именно этим препаратом проводится противоопухолевое лечение); в-третьих, уровень ожидания положительного эффекта не должен быть слишком высоким, а время ожидания должно быть достаточно большим (в противном случае стимул исчезает, наступает разочарование, надежда уменьшается) и даже в случае несовпадения положительного прогноза с реальностью должна оставаться надежда на то, что в будущем ожидаемый результат наступит. Выполнение первого условия зависит в основном от врача, второго и третьего – в большей степени от пациента и его социального окружения. Перечисленные условия дополнительные (в смысле принципа дополнительности Бора). Так, второе означает, что пациент должен смириться со своим положением, не ожидать скорейшего выздоровления и не предпри-

нимать для этого активных шагов, а терпеливо продолжать назначенное лечение. Третье условие означает, что смирение не должно привести к пассивному ожиданию конца и жажда жизни должна сохраняться на достаточно высоком уровне. Существуют и дополнительные условия, которые в отдельных случаях становятся необходимыми: концентрация энергии в виде гнева, необходимая для работы с визуализированным образом опухоли (с возможным в дальнейшем «уточнением» гнева до чувства терпения – обязательное третье условие); в случае, когда у пациента есть высоко значимая проблема потери близкого человека, работы, веры, необходим возврат надежды на полноценную жизнь без потерян (или возврат потерянного); умение принимать жизнь в любом ее виде, смирение.

Исходя из вышеизложенного, очевидна необходимость использования различных психотерапевтических методов в комплексном лечении больных злокачественными новообразованиями, что в свою очередь не только повысит эффективность противоопухолевой терапии, но и будет способствовать формированию адаптивных механизмов психологической защиты, и, в конечном итоге, повысит качество жизни онкологических пациентов.

Г.Ю. Васильева

ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОТЕРАПЕВТИЧНОГО ПІДХОДУ У КОМПЛЕКСНОМУ ЛІКУВАННІ ПАЦІЄНТІВ ОНКОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ

Донецький державний медичний університет ім. М. Горького

У статті наведено загальні особливості психологічного та емоційного стану хворих на онкологічну патологію відповідно до різних етапів лікувально-діагностичного процесу, основні напрямки та методи психотерапевтичного підходу у комплексному лікуванні цього контингенту хворих, обгрунтовано необхідність застосування різних методів психотерапевтичного втручання задля підвищення ефективності протипухлинного лікування. (Журнал психіатрії та медичної психології. — 2006. — № 1 (16). — С. 126-131).

A.Yu. Vasylyeva

PECULIARITIES OF PSYCHOTHERAPUTIC WAY IN THE COMPLEX TREATMENT OF THE ONKOLOGICAL PATIENTS

Donetsk state medical university by M.Gorky

The general peculiarities of the psychological and emotional conditions of the ontological patients depend of the different stage of the diagnostic and treatment; the general ways and methods psychotherapy of these patients are in the article. Necessity of the using various methods of the psychotherapy for decreasing effects of the antitumour therapy is ground. (The Journal of Psychiatry and Medical Psychology. — 2006. — № 1 (16). — P. 126-131).

Литература

1. Montgomery C. Psycho-oncology: a coming of age? // Psychiatric Bulletin 1999. – N 23. - P. 431-435
2. Peseschkian N. Психосоматика и позитивная психотерапия // М.: Медицина, 1996. – 464 с.
3. Блинов Н.Н., Чулкова В.А. Роль психоонкологии в лечении онкологических больных // Вопросы онкологии. – 1996. – Т. 42. - № 5. – С.86-89.
4. Бажин Е.Ф., Гнездилов А.В., Цейтин Г.П. О медико-психологической работе в онкологических учреждениях // Методические рекомендации. – Ленинград, 1987. – 21 с.
5. Lovejoy N.C., Matteis M. Cognitive-behavioral interventions to manage depression in patients with cancer: research and theoretical initiatives // Cancer Nurs. – 1997. – V. 20. - N 3. – P. 155-167.
6. Degoratis L.R., Morrow G.R., Fetting J. et al. The prevalence

- of psychiatric disorders among cancer patients // *Journal of the American Medical Association*. - 1983. - N 249. - P. 751-757.
7. Greer S. Psycho-oncology: its aims, achievements and future tasks // *Psycho-oncology*. - 1994. - N 3. - P. 87-102.
 8. Fallowfield L., Ford S., Lewis S. No news is not good for news: information preferences of patients with cancer // *Psycho-oncology*. - 1995. - N 4. - P. 197-202.
 9. Butow P.N., Kazemi J.N., Beeneey L.J. et al. When the diagnosis is cancer // *Cancer*. - 1996. - N 77. - P. 2630-2637.
 10. Герасименко В.Н. Реабилитация онкологических больных. - М.: Медицина, 1977. - 144 с.
 11. Герасименко В.Н., Артюшенко Ю.В., Дорогова Е.В. Организация реабилитации онкологических больных. // *Вопр. онколог.* - 1981. - № 7. - С. 9-13.
 12. Герасименко В.Н., Дорогова Е.В., Артюшенко Ю.В., Тхостов А.Ш. Медико-психологические аспекты реабилитации онкологических больных // *Вест. хир.* - 1981. - № 8. - С. 110-113.
 13. Герасименко В.Н., Тхостов А.Ш., Артюшенко Ю.В. К вопросу о психологической реабилитации онкологических больных // *Вестн. АМН СССР*. - 1981. - № 8. - С. 90-92.
 14. Герасименко В.Н. Реабилитация онкологических больных. - М.: Медицина, 1988. - 272 с.
 15. Тхостов А.Ш. Психологический анализ изменений личности при некоторых онкологических заболеваниях: Дис. ... канд. психол. наук - М., 1980. - 18 с.
 16. Maguire P., Howell A. Improving the psychological care of cancer patients. // *Psychiatric Aspects of Physical Disease* (eds A. House, R. Mayou, C. Mallinson). London: Royal College of Physicians and Royal College of Psychiatrists. - 1995. - 238 p.
 17. Кьблер-Росс Е. Interviews mit Sterbender Kreuz-Verlad. Berlin, 1986. - 256 p.
 18. Ромасенко В.А., Скворцов С.А. Нервно-психические нарушения при раке. М. 1966. - 371 с.
 19. Bronner-Husar J. Cancer rehabilitation // *Psychosomatics*. - 1971. - V. 12. - P. 133-138.
 20. Fleigenberg Y. *Psicologica sumunker pa cancervas dew.* - Stockolm, 1963. - 214 p.
 21. Peck A. Emotional reactions to having cancer // *Cancer (Philad.)*. - 1972. - V. 22. - P. 284-295.
 22. Крылов А.А., Крылова Г.С. Психологические и психосоматические проблемы онкологии // *Клиническая медицина*. - 2003. - № 8. - С. 57-59.
 23. Stein S., Hermanson K., Spiegel D. et al. New directions in psycho-oncology // *Current Opinion in Psychiatry*. - 1993. - N 6. - P. 838-846.
 24. Fawzy F.I., Arndt L.A. et al. Critical review of psychosocial interventions in cancer care // *Archives of General Psychiatry*. - 1995. - N 52. - P. 100-113.
 25. Greer S., Moorey S.A., Watson M. et al. Patients' adjustment to cancer: the Mental Adjustment to Cancer (MAC) scale vs. clinical ratings // *Journal of Psychosomatic Research*. - 1989. - N 33. - P. 373-377.
 26. Walker L.G., Walker M.B., Ogston K. Psychological, clinical and pathological effects of relaxation training and guided imagery during primary chemotherapy // *British Journal of Cancer*. - 1999. - N 80. - P. 262-268.
 27. Greer S., Baruch J.D.R. et al. Adjuvant psychological therapy for patients with cancer: a prospective randomised trial // *British Medical Journal*. - 1992. - N 304. - P. 675-680.
 28. Стукалова Л.А., Кравец Б.Б., Боков С.Н. О типологии отношения к психотерапевтическому лечению больных с онкологическими заболеваниями // *Сборник научных работ Украинского НИИ клинической и экспериментальной неврологии и психиатрии и Харьковской городской клинической психиатрической больницы № 15 (Сабуровой дачи)* / Под общ. ред. И. И. Кузько, П. Т. Петрюка. — Харьков, 1996. — Т. 3. — С. 354–356.
 29. Дудниченко А.С., Дышлевая Л.Н., Дышлевой А.Ю. О важности оценки психического состояния онкологических больных и членов их семей // *Проблемы медицинской науки та освіти*. — 2003. — № 3. — С. 46-47.
 30. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. — СПб.: Питер, 2001. — 288 с.
 31. Spigel D. Cancer and depression // *British Journal of Psychiatry*. - 1996. - N 168 (suppl. 30). - P. 109-116.
 32. Чернавский Д.С., Воронов М.В., Гримблат С.О., Родштат И.В. Психотерапия в комплексном лечении онкологической патологии // *Международный медицинский журнал*. - 2003. - № 4. - С.27-32.

Поступила в редакцию 12.09.2006