

EMOTIONAL-BEHAVIORAL REACTIONS AND PSYCHOSOMATIC EXPERIENCES OF PATIENTS WITH LEUKEMIA AS AN INTERNAL PICTURE OF DISEASE IN UZBEK POPULATION CHILDREN

Abdumukhtarova M.Z.¹, Arzikulov A. Sh.² , Sultanova F. Kh.³, Sabirova N. R.⁴

OPEN ACCESS
IJSP

1 doctoral student of the department of Andijan State Medical Institute

2 Professor of the Department of Pediatrics of the Andijan State Medical Institute, Doctor of Medical Sciences

3 Assistant of the Department of Pediatrics, Andijan State Medical Institute

4 Assistant of the Department of Pediatrics, Andijan State Medical Institute

Annotation: The problem of internal picture of disease (IPD) in children with acute leukemia (AL) has not only medical, but also psychological aspects. The psychological study of the personality characteristics of a sick child is one of the ways to reveal the IPD. The purpose of this research work: to study and analyze the clinical and psychological characteristics of IPD and personality in patients with acute leukemia in children of the Uzbek population to optimize psychotherapy, psychocorrection and the processes of their medical and social rehabilitation. Material and Methods: 41 children aged from 7 to 15 years with acute leukemia were examined. The examination program included: experimental, medical and psychological examination of the emotional personal sphere. Results: in patients with AL children of the Uzbek population, the level of personality neuroticism is increased. A complex and dynamic structure of the internal picture of the disease is formed. As a rule, it negatively affects the behavior and mental state of children, interferes with the treatment process and even more maladjusts patients. Such stable personal characteristics as emotional-volitional instability, passivity, self-doubt, lack of sociability, dependence on others, reduced opportunities for social adaptation skills have been identified. Conclusions: The identified personality characteristics significantly reduce the resistance to frustration in a sick child and determine his behavior at the stages of the treatment process. The used psychodiagnostic methods of examination make it possible to determine the psychological characteristics of a sick child, which makes it possible to carry out differentiated psychotherapeutic and psychocorrective work with patients with AP and are of great importance for optimizing the process of their medical and social rehabilitation.

Key words: acute leukemia, children, personality, psychology, emotionality.

Academic Editor: Arzikulov A.
Professor, Andijan State Medical Institute

Received: 01 June 2022
Accepted: 15 June 2022
Published: 24 June 2022

Publisher's Note: IJSP stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.



Copyright: © 2022 by the authors. Licensee IJSP, Andijan, Uzbekistan. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY-NC-ND) license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Введение: На развитие и течение заболевания, эффективность медицинской и социальной реабилитации значительное влияние оказывает внутренняя картина болезни (ВКБ), т.е. отражение болезни в переживаниях больного [1, 2, 3, 4, 5]. Формирование ВКБ у детей отличается от такового у взрослых и тем больше, чем младше ребенок [6]. К основным ее составляющим у детей относятся объективные проявления заболевания, его длительность, особенности эмоционального реагирования больного ребенка на течение болезни, уровень интеллектуального функционирования, степень его информированности о болезни, наличие побочных стрессоров. Проблема ВКБ у детей больных острым лейкозом (ОЛ), имеет не только медицинские, но и психологические аспекты [7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14].

В зависимости от содержания ВКБ может быть либо положительным, либо отрицательным фактором. Она влияет на проявления заболевания и его течение, на отношения в семье, успеваемость, общее психическое состояние ребенка, оказываясь нередко причиной душевных конфликтов, приводящих иногда к невротическим насло-

ниям, присоединяющимся к психосоматическому заболеванию [15]. В последние годы в связи с успехами лечения увеличилась продолжительность жизни детей, больных лейкозом. В то же время частые и длительные госпитализации, отрыв от родителей, изнуряющая хроническая болезнь, массивное и интенсивное лечение создают очень сложную структуру ВКБ, формирование которой во многом мешает лечению и социально дезадаптирует ребенка [16,17]. Психологическое изучение личностных особенностей больного ребенка является одним из способов раскрытия ВКБ.

Цель работы: изучение и анализ клинико-психологических особенностей ВКБ и личности у больных острым лейкозом детей узбекской популяции для оптимизации психотерапии, психокоррекции и процессов их медицинской и социальной реабилитации.

Материал и методы: Обследован 41 ребенок в возрасте от 7 – до 15 лет с острым лейкозом в активной фазе - 22 детей (из них 3 – в терминальной стадии) и в состоянии клинико-гематологической ремиссии- 19 детей. Полученные при обследовании данные сопоставляли с характеристиками педагогов, данных на каждого больного.

Для изучения индивидуально-типологических и личностных особенностей детей, кроме клинических и педагогических наблюдений, использовались традиционные экспериментально – психологические методы, позволяющие наиболее дифференцированно подходить к анализу личности больного ребенка. Все экспериментально – психологические методы, включенные в психодиагностический комплекс, были адаптированы и рестандартизированы в социально – культуральных условиях региона Ферганской долины республики Узбекистан [18].

Результаты: Из представленных данных (табл. 1) следует, что у больных детей ОЛ снижен показатель общительности – «экстраверсия – интраверсия» ($13,5 \pm 0,4$ и $13,1 \pm 0,35$; $P < 0,05$ у мальчиков и девочек). Учитывая эти личностные особенности больных, необходимо задавать им вопросы более конкретно и целенаправленно, что позволяет выявить многочисленные жалобы, являющиеся важными симптомами заболевания. Показатель эмоциональной нестабильности (нейротизма) у больных детей был достоверно повышен, особенно у больных мальчиков. ($14,6 \pm 0,7$ и $13,7 \pm 0,4$ у мальчиков и девочек). Дети неохотно вступали в контакт. Многие дети, например, на вопрос, болит ли у них что – нибудь, нередко отвечают отрицательно.

В табл. 2. приводятся данные обследования больных детей ОЛ методом Кеттеля [19]. Результаты обследования по опроснику Айзенка [20] и опроснику Кеттеля, отражающему конкретные личностные характеристики больных детей по многим факторам совпадают, что подтверждается высокой корреляционной связью личностного фактора «А» и «Экстраверсия-интраверсия» ($r = +1,0$) и фактора «С» и нейротизма положительной корреляцией ($r = +1,0$). Например, у больных с ОЛ выявлена достоверная тенденция к снижению оценок по факторам, отражающим уровень общительности и эмоциональной стабильности (факторы «А» и «С» $3,8 \pm 0,1$ и $4,3 \pm 0,2$ у мальчиков и девочек, $P < 0,001$). У больных мальчиков достоверно ($P < 0,001$) отмечаются низкие оценки по фактору «Е» ($2,3 \pm 0,1$ и $3,2 \pm 0,15$ у мальчиков и девочек), отражающему конформность, послушность, повышенную

зависимость от взрослых и детей, пассивность. Достоверно высокая оценка по фактору «Д» $6,2 \pm 0,4$ и $6,0 \pm 0,5$ ($P < 0,001$) делают их эмоционально неуравновешенными, несдержанными. Высокая оценка по данному фактору у больных позволяет говорить о повышенной возбудимости или сверх активности на слабые провоцирующие стимулы. Для них характерна отвлекаемость, недостаточная концентрация внимания. Тенденция к снижению оценок по фактору «Н» $3,4 \pm 0,3$ и $4,0 \pm 0,3$ ($P > 0,05$) у больных детей подчеркивает их большую застенчивость, повышенную чувствительность. Фактор «Q» и Q4 ($7,5 \pm 0,3$; $7,5 \pm 0,4$ и $7,2 \pm 0,1$; $7,0 \pm 0,5$ $P < 0,001$) отражают степень внутреннего конфликта, связанного с жизненными неудачами ребенка. Резко повышенные оценки у больных ОЛ по фактору «Q4» позволяют говорить о склонности их к ипохондрии, фобиям, повышенной тревожности, что является основой возникновения невротичности. Повышенные оценки по фактору «Q4» $7,2 \pm 0,1$ и $7,0 \pm 0,5$ ($P < 0,001$) свидетельствуют о преобладании в поведении больных нервного напряжения. У больных могут наблюдаться бурные эмоциональные реакции раздражения по незначительному поводу, пониженный фон настроения, больные легко выводились из душевного равновесия. На основании результатов исследования 12 основных факторов Кетелля, нами приводится усредненный тип профиля личности больных детей ОЛ. Как видно из рис. 1 усредненный профиль детей ОЛ достоверно отличается от таковой здоровой популяции школьников.

Кривая профиля этой группы больных характеризуется выраженными «шкалами» и «провалами», что наглядно характеризует особенности личности и актуальное психическое состояние детей с ОЛ. Выраженный «пик» по шкале фактора «Q» и не менее выраженность «пиков» факторов «Q4», «Д», «G» отражают степень невротизации больного ребенка. «Провалы» по шкале факторов «А», «С» и «Д» указывают на тенденцию к аутизации личности. Эмоциональное состояние детей с ОЛ можно характеризовать как состояние повышенной раздражительности и эмоциональной лабильности. В целом кривая профиля указывает на преобладание нервного напряжения в поведении детей ОЛ. Как видно из табл. 2. и кривой профиля личности детей ОЛ, выделяются некоторые половые различия в реагировании на болезнь, и проявляются в том, что девочки быстрее адаптируются к своим новым жизненным условиям и эмоциональная переработка у них более объективна. Эти особенности не противоречат общепринятым представлениям о том, что у девочек раньше формируется социальная зрелость, они лучше справляются с повседневными задачами.

В целом полученные данные методом Айзенка и Кетелля указывают на достаточно высокий уровень невротизации личности при ОЛ. С целью прогноза поведения больных в фрустрационных ситуациях, мы исследовали устойчивые характеристики их фрустрационных реакций (реакций индивида на различного рода барьеры, блокирующие их деятельность). Был использован адаптированный и ре-стандартизированный детский вариант методики Розенцвейга.

У больных ОЛ, по сравнению со здоровыми детьми количество без обвинительных реакций было снижено ($9,6 \pm 0,6$ и $9,5 \pm 0,9$ у девочек и мальчиков), что свидетельствует о недостаточно адекватном ре-

агировании на фрустрацию (табл. 3). У больных детей по сравнению со здоровыми, было достоверно увеличено количество самообвинительных реакций ($5,21 \pm 0,28$ и $5,5 \pm 0,29$; $P < 0,001$). При анализе типов реагирования выявлено, что у детей, больных ОЛ наблюдается достоверное снижение количества препятственно-доминантных ($6,8 \pm 0,5$ и $4,9 \pm 0,6$) и самозащитных реакций ($9,5 \pm 0,4$ и $9,4 \pm 0,9$; $P < 0,05$), что является показателем силы или слабости личности. Как было сказано высокий процент этих реакций свойствен детям эмоционально зрелым, уверенным в себе, низкий процент характеризует внутреннюю беспомощность ребенка, неспособность справиться с жизненными трудностями. У больных детей ОЛ отчетливо повышается разрешающий тип реагирования ($7,7 \pm 0,5$ и $9,8 \pm 0,3$; $P < 0,001$). Тип реакции принимает форму требования помощи от других лиц. Если же ребенок берется решить ситуацию сам, то, как правило, это происходит пассивно или же он считает, что время и ход событий приведут к нему сами.

Наиболее распространенным приемом исследования личности является метод Роршаха [21]. По данным литературы, только в США с помощью этого метода ежегодно обследуют около 1 млн. человек.

Метод Роршаха характеризует внутреннюю психологическую сферу индивидуума, в то время как большинство клинических диагнозов основывается на «открытом» поведении. Преодоление этого противоречия становится возможным при тщательном клиническом диагнозе, основанном на длительном наблюдении и данных объективных исследований. Зачастую метод Роршаха выявляет такую степень дезорганизации личности, которую обычные наблюдения обнаружить не могут. Именно в этом наибольшее практическое достоинство метода как вспомогательного средства диагностики. Анализируя результаты, полученные с помощью метода Роршаха у больных детей ОЛ, можно отметить общее повышение продуктивности (R) табл. 4. Различия в количестве целостных (W) интерпретаций больных ОЛ и здоровых статистически достоверны $9,1 \pm 0,8$ и $10,4 \pm 0,4$. ($P < 0,05$). У больных ОЛ больше целостных (W) интерпретаций стимульного материала. Учитывая, что общее количество ответов у больных ОЛ значимо больше, чем у здоровых, мы представили эти показатели в процентах от числа ответов. В таком случае получается, что процент W – интерпретации у больных ОЛ ниже (сост. 59% и 73%) табл. 4 и 5.

Обсуждения полученных результатов: Таким образом, больным ОЛ наиболее присущ обобщающий подход к интерпретации слабо структурного материала и различия в количестве целостных интерпретаций в сторону увеличения не соответствует действительности, что подтверждается анализом детерминант. В группе больных ОЛ выявлены некоторые особенности формообразования, или «четкости перцепции». В этой группе отчетливо снижение положительных «F + %», с повышением отрицательных форм «F - %» ($P < 0,001$). Для больных характерны частые интерпретации больших деталей стимульного материала «Д» ($P > 0,05$), а затем на ее основе давать обобщающее толкование. Наблюдается снижение количества популярных (Pop) интерпретаций и отсутствие оригинальных (Orig) ответов, что укладывается в синдром «нестандартности» актуализируемых свойств и признаков при исследовании мышления. Творческая, интеллекту-

альная продуктивность (М) у больных детей с ОЛ не страдает (0,4 и 0,25 соответственно у больных и здоровых).

Результаты анализа выявили у больных ОЛ тенденцию к увеличению по сравнению со здоровыми, количества интерпретаций растительного содержания (PI = 4,85% и 6,5%, $P > 0,05$ соответственно у здоровых и больных) «неодушевленные предметы» (Ovg), (Ovg = 7,3% и 14,5%, $P > 0,01$ у здоровых и больные) и ответы анатомического содержания (Anat = 5,7% и 8,0%, $P > 0,01$ у здоровых и больных). Эти результаты, наряду со снижением количества популярных интерпретаций, отсутствием оригинальных ответов, большим количеством W – ответов и деталей («Д») стимульного материала, очевидно, отражают внутреннее состояние личности больного с ОЛ и по всей вероятности являются признаками специфическими. У больных детей ОЛ это соотношение 1,12: (5,1 ± 0,6) правостороннее и, следовательно, аффективность у них оценивается как неустойчивая и возможности адаптации к окружающей среде, возможно и к физическим, психологическим изменениям, возникшие вследствие ОЛ, слабые. Анализ изучения типов переживания при ОЛ (табл № 6), показал, что большинство больных относится к экстратенсивному типу переживания (77,9%±6,47; $P < 0,001$), а меньшинство к коартивному (12,5%±5,16; $P < 0,001$), интраверсивные и амбивальные тенденции обнаружены только у 4,8%±3,3 соответственно обследованных. Как видно из рисунка тип переживания при ОЛ в целом расширенный.

В расширенном типе наибольший удельный вес принадлежит экстратенсивно – эгоцентрическому типу (73,1 %), активность которого полностью определяется внешними побуждениями. Кинестетические интерпретации отмечались у 12,4% обследованных больных и только у 2,4% они количественно превосходили цветочные ответы. Как видно, у обследованных нами больных интроверсивная направленность заметно не выражена и, лишь 12,5% обследованных больных с тенденцией к коартивности (суженный) социально более адаптированы.

Таким образом, анализ содержания интерпретаций больных ОЛ показывает общее повышение продуктивности (R), больше целостных (W) интерпретаций стимульного материала, присущность обобщающего подхода к интерпретации слабо структурного материала. Наблюдается снижение показателя положительных форм “F +,” увеличение отрицательных “F –”, частые интерпретации больших деталей “Д”, отсутствие оригинальных (Orig), уменьшение количества популярных (Pop) ответов, тенденция к увеличению интерпретации «растительного» содержания «PI», «неодушевленных» предметов (Ovg) и ответы “анатомического” (Anat) содержания. Соотношения FC: (CF +C) правосторонне, преобладание экстратенсивного типа переживания, больше цветочных, нежели кинестетических ответов. Полученные результаты исследования личности больных детей ОЛ по методике Роршаха, позволяют сделать следующие выводы: для больных детей ОЛ более характерно репродуктивное, чем творческое мышление, лабильная аффективность, поверхностные контакты с окружающей средой что, является невротическими признаками.

Выводы: таким образом, у больных с ОЛ детей узбекской популяции, повышен уровень невротизации личности. Образуется слож-

ная и динамичная структура внутренней картины болезни. Она, как правило, отрицательно влияет на поведение и психическое состояние детей, мешает лечебному процессу и еще больше дезадаптирует больных. Выявлены такие стабильные личностные характеристики, как эмоционально – волевая неустойчивость, пассивность, неуверенность в своих силах, необщительность, зависимость от окружающих, сниженные возможности навыков социальной адаптации.

Это в значительной степени снижает у больного ребенка устойчивость к фрустрациям и определяет его поведение на этапах лечебного процесса. Используемые психодиагностические методы обследования позволяют определить психологические особенности больного ребенка, что дает возможность проводить дифференцированную психотерапевтическую и психокоррекционную работу с больными ОЛ и имеют большое значение для оптимизации процесса их медицинской и социальной реабилитации.

Таблица 1.

Средние оценки показателей (в баллах) по опроснику Айзенка у детей контрольной группы и больных ОЛ ($M \pm m$).

Показатели	Данные стандартизации		Больные ОЛ	
	М	Д	М	Д
Экстраверсия – Интраверсия	15,1±0,4	14,3±0,4	13,5±0,4*	13,1±0,35*
Нейротизм (психоэмоциональная нестабильность)	12,6±0,5	13,3±0,5	14,6±0,7*	13,7±0,4*

Отмеченные звездочкой (*) - достоверные различия по отношению к здоровым $P < 0,05-0,001$.

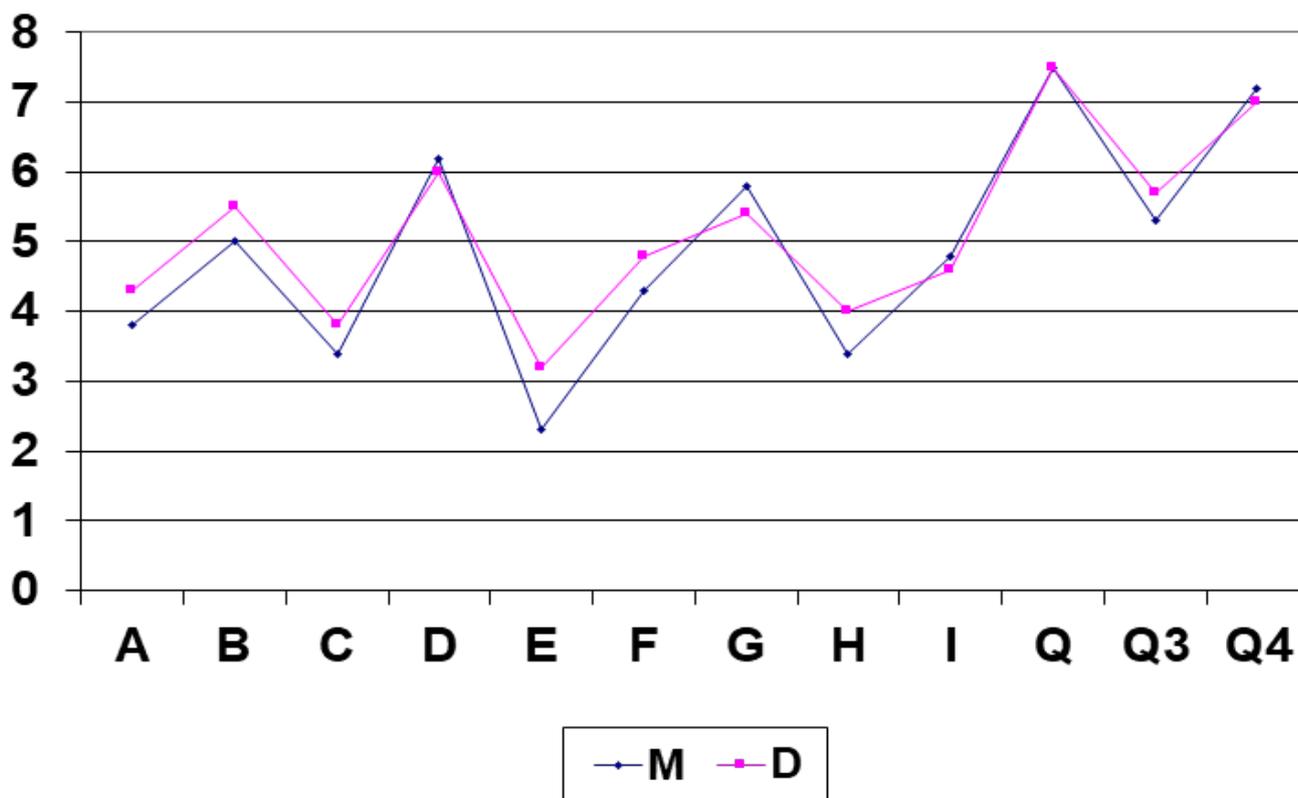
Таблица 2.

Средние значения личностных факторов Кеттеля у больных ОЛ ($M \pm m$).

Группа обслед.	Пол	Факторы личностных свойств											
		A	B	C	D	E	F	G	H	I	Q	Q3	Q4
Острый Лейкоз	М (25)	3,8* ±0,1	5,0 ±0,25	3,4 ±0,2	6,2 ±0,4*	2,3 ±0,1*	4,3 ±0,4	5,8 ±0,25	3,4 ±0,3	4,8 ±0,25	7,5 ±0,3*	5,3 ±0,4	7,2 ±0,1*
	Д (16)	4,3 ±0,2*	5,5 ±0,3	3,8 ±0,4	6,0 ±0,5*	3,2 ±0,15	4,8 ±0,4*	5,4 ±0,3	4,0 ±0,3	4,6 ±0,3	7,5 ±0,4*	5,7 ±0,4	7,0 ±0,5*
Данные станд	М (239)	6,0 ±0,4	5,0 ±0,27	4,34 ±0,42	4,2 ±0,13	3,64 ±0,35	4,64 ±0,25	4,7 ±0,15	5,53 ±0,27	5,6 ±0,3	4,6 ±0,26	5,48 ±0,2	4,0 ±0,3
	Д (230)	6,0 ±0,3	5,4 ±0,29	3,9 ±0,9	2,8 ±0,42	3,0 ±0,48	3,0 ±0,3	5,7 ±0,16	5,4 ±0,23	5,4 ±0,2	4,9 ±0,27	6,1 ±0,42	4,1 ±0,3

Отмеченные звездочкой (*) - достоверные различия по отношению к здоровым $P < 0,05-0,001$.

Рисунок 1.



Усредненный профиль личностных свойств больных детей ОЛ узбекской популяции.

Таблица . 3.

Варианты эмоционального реагирования здоровых и больных ОЛ узбекской популяции в конфликтных ситуациях.

Группа Обследованных	Пол	Направленность реакции			Тип реагирования		
		Е Внешнеобвинительные	І Самообвинительные	М Безобвинительные	ОД Препятвен. доминантный	ЕД Самозащитный	ІР Разрешающий
Больные ОЛ	М (25)	9,6±0,6*	7,8±0,5*	6,5±0,5	6,8±0,5*	9,5±0,6	7,7±0,5*
	Д (16)	9,5±0,9	9,0±0,6*	5,2±0,6	4,9±0,6*	9,4±0,9	9,8±0,3
Данные стандартизации	М (207)	11,07±0,5	5,21±0,28	8,43±0,46	7,51±0,47	10,7±0,51	5,58±0,29
	Д (211)	10,16±0,45	5,5±0,29	8,32±0,49	7,2±0,45	10,3±0,52	6,48±0,28

Отмеченные звездочкой (*) - достоверные различия по отношению к здоровым P<0,05-0,001.

Таблица 4.

Средние значения показателей Роршаха у больных и здоровых школьников узбекской популяции.

Показатели	Детерминанты интерпретации																
	R	W	D	M	CF	FC	C	F	F+	F-	F±	H	Hd	A	Ad	Dd	Do
Больные ОЛ																	
Мср.	16*	9,1	6,7	0,4*	5,5	1,3	0,6	15,1*	7,5	8*		1,0	0,32	9,3	0,5	1,2	1,4
	17*	10,4	6,5	0,25*	7,1			16*	8,2	8,7*		0,8	0,25	8,9	0,6	0,4	0,8
&	5,6	4,0	4,6	0,5	4,3	2,8	1,0	5,6	2,5	4,8		0,7	0,25	4,6	0,7	0,5	0,6
	5,9	3,1	3,4	0,3	3,4			4,2	2,8	4,5		0,8	0,3	3,4	0,6	0,3	0,6
±m	1,1	0,8	0,9	0,1	0,9	0,6	0,2	1,1	0,5	1,0		0,1	0,05	0,9	0,15	0,1	0,2
	1,5	0,8	0,9	0,07	0,9			1,0	0,7	1,7		0,2	0,07	0,9	0,1	0,1	0,2
Результаты стандартизации																	
Мср	10	7,35	8,35	0,75	2,2	0,19	0,55	9,6	6,8	2,55	0,3	0,9	0,07	5,1	0,6	0,6	0,5
	10,3	7,4	2,7	0,85	2,9	0,17	0,55	10,1	7,55	1,7	0,3	0,75	0,1	4,7	1,5	0,15	0,6
&	1,9	1,7	2,1	0,35	1,65	0,4	0,35	2,0	2,1	1,2	0,3	0,45	0,1	1,35	0,19	0,45	0,4
	2,35	1,9	2,15	0,3	1,65	0,35	0,2	2,07	2,5	1,3	0,2	0,7	0,4	1,8	0,22	0,35	0,37
±m	0,4	0,4	0,45	0,11	0,35	0,08	0,25	0,45	0,45	0,3	0,04	0,09	0,09	0,35	0,04	0,07	0,12
	0,45	0,4	0,45	0,9	0,4	0,08	0,12	0,5	0,6	0,3	0,5	0,19	0,08	0,4	0,06	0,07	0,06

Примечание: В числителе приведены показатели мальчиков, в знаменателе – девочек.
Отмеченные звездочкой (*) - достоверные различия по отношению к здоровым $P < 0,05-0,001$.

Таблица 5.
Типы личности (переживания) у больных ОЛ и здоровых узбекской популяции (в%).

Тип переживания	Больные ОЛ	Здоровые
1. Экстратенсивный	77,9±6,47*	58,35±2,25
А) чистый	73,1±6,92*	55,8±2,27
Б) смешанный	4,8±3,33	2,6±0,72
2. Интраверсивный	4,8±3,33	6,3±1,11
А) чистый	2,4±2,39	4,55±0,95
Б) смешанный	2,4±2,39	1,7±0,59
3. Амбиквальный	4,8±3,33	6,1±1,10
4. Коартивный	12,5±5,16	29,25±2,08

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Шишкова И.М. Понятие о внутренней картине здоровья // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. - 2017. - № 1 (16). - С.48-55. [Shishkova I.M. The concept of the internal picture of health // Personality in a changing world: health, adaptation, development. - 2017. - No. 1 (16). - P.48-55] <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=340>
2. Смирнова Э.В. Внутренняя картина здоровья в социально-психологическом контексте // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. - 2017. - №2 (17). [Smirnova E.V. Internal picture of health in the socio-psychological context // Personality in a changing world: health, adaptation, development. - 2017. - No. 2 (17)] <http://humjournal.rzgmu.ru/art&id=266>
3. Фисун Е.В., Мирошкин Р.Б. Коррекция эмоционально-поведенческих проблем у детей, перенесших онкологическое заболевание, методами краткосрочной стратегической терапии. Психология и психотерапия семьи 2017; (1): 24-31. [Fisun E.V., Miroshkin R.B. Correction of emotional and behavioral problems in children who have had cancer using short-term strategic therapy methods. Psychology and psychotherapy of the family 2017; (1): 24-31] <http://familypsychology.ru>
4. Цейтлин Г.Я. Детская онкология: психологические проблемы. Сборник тезисов I Съезда Ассоциации онкопсихологов России. М.: Издательский центр АНО «Проект СО-действие»; 2009. С. 38-40. [Zeitlin G.Ya. Pediatric oncology: psychological problems. Collection of abstracts of the I Congress of the Association of Oncopsychologists of Russia. M.: Publishing Center ANO «Project CO-Action»; 2009. S. 38-40]
5. Грибкова И.В., Степанова В.Н., Завьялов А.А. Психологическая реабилитация в детской онкологии. Вопросы гематологии/онкологии и иммунопатологии в педиатрии. 2020;19(3):151-157 [Gribkova I.V., Stepanova V.N., Zavyalov A.A. Psychological rehabilitation in pediatric oncology. Issues of hematology/oncology and immunopathology in pediatrics. 2020;19(3):151-157] <https://doi.org/10.24287/1726-1708-2020-19-3-151-157>
6. Руслякова Е.Е. Внутренняя картина здоровья детей младшего и старшего школьного возраста // Психолого-педагогическое сопровождение дошкольного и общего образования: Монография. - Уфа: Аэтерна, 2015. - 216с. С. 104-116; 207-212. [Ruslyakova E.E. Internal picture of the health of children of primary and secondary school age //

- Psychological and pedagogical support of preschool and general education: Monograph. - Ufa: Aeterna, 2015. - 216s. pp. 104-116; 207-212.]
7. Wedekind M.F. The psychological effects of experiencing pediatric oncology. Knoxville: University of Tennessee; 2006.
8. Довбыш Д.В. Особенности внутренней картины болезни детей с онкологическими заболеваниями. Сборник тезисов V Всероссийского съезда онкопсихологов. М.: Издательский центр АНО «Проект СО-действие»; 2013. С. 27-9. [Dovbysh D.V. Features of the internal picture of the disease of children with oncological diseases. Collection of abstracts of the V All-Russian Congress of Oncopsychologists. M.: Publishing Center ANO «Project CO-Action»; 2013. S. 27-9.] <http://bit.ly/onco-thesis>
9. Бирюкова И.А. Психологические особенности детей, страдающих онкозаболеваниями. Известия высших учебных заведений. Уральский регион 2018; (1): 107-12. [Biryukova I.A. Psychological characteristics of children with cancer. News of higher educational institutions. Ural region 2018; (1): 107-12.]
10. Мирошкин Р.Б., Фисун Е.В., Бобровская А.В., Карапетян Л.А., Стригина М.И., Анимисова В.Н. Исследование психологического статуса у детей с разными онкологическими диагнозами на втором этапе реабилитации. Российский журнал детской онкологии и гематологии 2017; (спецвыпуск): 78-9. [Miroshkin R.B., Fisun E.V., Bobrovskaya A.V., Karapetyan L.A., Strigina M.I., Animisova V.N. Study of the psychological status in children with different oncological diagnoses at the second stage of rehabilitation. Russian Journal of Pediatric Oncology and Hematology 2017; (special issue): 78-9.] <http://psyjournal.ru/j3p/pap.php?id=20100305>
11. Сабирова А.В., Русанова Н.Н., Колосова О.С., Рагозинская В.Г. Психологические особенности и качество жизни детей с острым лимфобластным лейкозом в стадии длительной клинико-гематологической ремиссии. В сборнике: Вторые Тульские педиатрические чтения. Тула; 2003. С. 77-8. [Sabirova A.V., Rusanova N.N., Kolosova O.S., Ragozinskaya V.G. Psychological features and quality of life of children with acute lymphoblastic leukemia in the stage of long-term clinical and hematological remission. In the collection: Second Tula pediatric readings. Tula; 2003. S. 77-8.]
12. Цейтлин Г.Я., Сидоренко Л.В., Володин Н.Н., Румянцев А.Г. Организация медицинской и психолого-социальной реабилитации детей и подростков с онкологическими и гематологическими заболеваниями. Российский журнал детской гематологии и онкологии (РЖДГиО). 2014;(3):59-65. [Zeitlin G.Ya., Sidorenko L.V., Volodin N.N., Rumyantsev A.G. Organization of medical and psychological and social rehabilitation of children and adolescents with oncological and hematological diseases. Russian Journal of Pediatric Hematology and Oncology (RZhDGiO). 2014;(3):59-65.] <https://doi.org/10.17650/2311-1267-2014-0-3-59-65>
13. Khain A.E. Psychological aspects of pediatric hematopoietic stem cell transplantation. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya = Counseling Psychology and Psychotherapy*, 2015. Vol. 23, no. 1, pp. 116–125. (In Russ., abstr. in Engl.) <https://orcid.org/0000-0003-4217-1564>
14. Бяй Е.Г. Применение интегративного подхода в рамках психологической поддержки детей и их родителей, находящихся на лечении в онкологическом стационаре. Сборник тезисов V Всероссийского съезда онкопсихологов. М.: Издательский центр АНО «Проект СО-дей-

- ствии»; 2013. С. 11-6. [Byai E.G. Application of an integrative approach in the framework of psychological support for children and their parents who are being treated in an oncological hospital. Collection of abstracts of the V All-Russian Congress of Oncopsychologists. M.: Publishing Center ANO «Project CO-Action»; 2013. S. 11-6.]
15. Ткаченко И.В. Нейропсихологическая характеристика детей с онкологическими заболеваниями в периоде клинико-гематологической ремиссии. *Здравоохранение Дальнего Востока* 2009; 2 (40): 16-8. [Tkachenko I.V. Neuropsychological characteristics of children with oncological diseases in the period of clinical and hematological remission. *Healthcare of the Far East* 2009; 2(40):16-8.] <https://doi.org/10.24287/1726-1708-2020-19-3-151-157>
16. Meyler E., Guerin S., Kiernan G., Breatnach F. Conceptualizing recreation and leisure as a therapeutic intervention: The Irish context. *The Irish Psychologist* 2006;33(2):19.
17. Arzikulov A. SH. Comparativ age fatures of clinic and pathogenetic aspects of school disadaption/ *European Science Review*», 2016: № 7-8, 101-103.
18. Лурия Р.А. Внутренняя картина болезней и ятрогенные заболевания. -М.: Медицина, 1977. [Luria R.A. Internal picture of diseases and iatrogenic diseases. -M.: Medicine, 1977.]
19. Айзенк Г. Структура личности. — СПб. : Ювента ; М. : КСП+, 1999. — 464 с. [Eysenck G. Personality structure. - St. Petersburg. : Juventa; M. : KSP+, 1999. - 464 p.]
20. Капустина А. Н. Многофакторная личностная методика Р. Кэттелла. - СПб.: Речь, 2001. [Kapustina A. N. R. Cattell's multifactorial personality technique. - St. Petersburg: Speech, 2001.]
21. Роршах Г. Психодиагностика. Таблицы. — 2004. [Rorschach G. Psychodiagnostics. Tables. — 2004.]