

## МЕДИЦИНСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ / MEDICAL PSYCHOLOGY

Научная статья / Research Article

<https://doi.org/10.11621/TEP-24-06>

УДК/UDC 159.9.072

### Представления о болезни у пациентов с острыми лейкозами и лимфомами: сравнительное исследование

Л.В. Есина<sup>1,2</sup>✉, Д.Э. Выборных<sup>1</sup>, Е.И. Рассказова<sup>3,4</sup>, Э.Г. Гемджян<sup>1</sup>,  
Е.Е. Звонков<sup>1</sup>, И.А. Лукьянова<sup>1</sup>, Т.Н. Моисеева<sup>1</sup>, А.У. Магомедова<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Национальный медицинский исследовательский центр гематологии Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>2</sup>Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России, Москва, Российская Федерация

<sup>3</sup>Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова, Москва, Российская Федерация

<sup>4</sup>Научный центр психического здоровья, Москва, Российская Федерация

✉ [esina.lv@mail.ru](mailto:esina.lv@mail.ru)

#### Резюме

**Актуальность.** Представления о болезни определяют успешную адаптацию пациента в условиях хронического соматического заболевания.

**Цель.** Целью исследования было выявление представлений о болезни у пациентов с острыми лейкозами и лимфомами и их сравнение.

**Выборка.** В исследовании приняли участие 109 человек, из них 58 пациентов с лимфомами в возрасте от 19 до 64 лет ( $M_{\text{возраст}} = 42,22$ ;  $SD = 11,17$ ; 41 женщина) и 51 пациент с острыми лейкозами в возрасте от 18 до 64 лет ( $M_{\text{возраст}} = 35,12$ ;  $SD = 12,90$ ; 28 женщин).

**Методы.** В исследовании применялись психодиагностические методики «Опросник восприятия болезни» (IPQ-R), «Шкала тревоги о здоровье» (HAI), «Опросник убеждений в отношении тела и здоровья» (САВАН) и «Шкала поведения в болезни» (SAIB). Для обработки количественных данных использовались методы описательной статистики и сравнения групп (t-критерий Стьюдента).

**Результаты.** Сравнительный анализ полученных данных показал, что пациенты с острыми лейкозами испытывают трудности с идентификацией болезни, более уверены в негативном влиянии болезни и в ее нестабильном течении, а также более склонны к переоценке выраженности симптомов по сравнению с пациентами с лимфомами.

**Выводы.** Основными мишенями психологической работы с пациентами с острыми лейкозами являются представления об идентичности болезни, ее нестабильном течении и негативных последствиях, склонность к переоценке выраженности симптомов и недооценке важности профилактического



поведения, связанного с лечением и приемом лекарственных средств. Общими мишенями психологической работы для пациентов с острыми лейкозами и лимфомами являются представления о краткосрочном течении болезни и негативные эмоциональные переживания по поводу болезни.

**Ключевые слова:** острый лейкоз, лимфома, представления о здоровье/болезни, восприятие болезни, тревога о здоровье, поведение в болезни

**Для цитирования:** Есина, Л.В., Выборных, Д.Э., Рассказова, Е.И., Гемджян, Э.Г., Звонков, Е.Е., Лукьянова, И.А., Моисеева, Т.Н., Магомедова, А.У. (2024). Представления о болезни у пациентов с острыми лейкозами и лимфомами: сравнительное исследование. *Теоретическая и экспериментальная психология* 17(1), 103–122. <https://doi.org/10.11621/TEP-24-06>

## Illness representations in patients with acute leukemia and lymphoma: a comparative study

Liubov V. Esina <sup>1,2</sup>✉, Dmitry E. Vybornykh<sup>1</sup>, Elena I. Rasskazova<sup>3,4</sup>, Eduard G. Gemdzhian<sup>1</sup>, Evgeny E. Zvonkov<sup>1</sup>, Irina A. Lukyanova<sup>1</sup>, Tatyana N. Moiseeva<sup>1</sup>, Aminat U. Magomedova<sup>1</sup>

<sup>1</sup>National Research Center for Hematology, Moscow, Russian Federation

<sup>2</sup>I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russian Federation

<sup>3</sup>Lomonosov Moscow State University, Moscow, Russian Federation

<sup>4</sup>Mental Health Research Centre, Moscow, Russian Federation

✉ [esina.lv@mail.ru](mailto:esina.lv@mail.ru)

### Abstract

**Background.** Illness representations determine a patient's successful adaptation in the context of chronic somatic illness.

**Objective.** The study had its purpose to investigate and compare the illness representations in the patients with acute leukemia and lymphoma.

**Study Participants.** The study involved 109 respondents: 51 patients with acute leukemia aged 18 to 64 years ( $M_{age} = 35.12$ ;  $SD = 12.90$ ; 28 women) and 58 patients with lymphoma aged 19 to 64 years ( $M_{age} = 42.22$ ;  $SD = 11.17$ ; 41 women).

**Methods.** The study implemented the following methods: "Illness Perception Questionnaire-Revised" (IPQ-R), "Health Anxiety Inventory" (HAI), "Cognitions About Body and Health Questionnaire" (CABAH), and the "Scale of Assessment of Illness Behavior" (SAIB). Descriptive statistics and group comparison methods (Student's t-test) were used to process quantitative data.

**Results.** A comparative analysis of the data obtained showed that patients with acute leukemia have more difficulty in identifying the disease, were more certain about the

negative impact of the disease and its unstable course, were more likely to overestimate symptom severity, and paid more attention to implementing treatment- and medication-related behaviors compared to patients with lymphomas.

**Conclusion.** The main targets of psychological work with patients with acute leukemia are their ideas about the disease identity, its unstable course and negative consequences, their tendency to overestimate the symptom severity and underestimate the importance of preventive behavior associated with treatment and medication. Common targets of psychological work with patients with acute leukemia and lymphoma are their ideas about the short-term course of the disease and negative emotional experiences about their disease.

**Keywords:** acute leukemia, lymphoma, illness/health representations, illness perception, health anxiety, illness behavior

**For citation:** Esina, L.V., Vybornykh, D.E., Rasskazova, E.I., Gemdzhian, E.G., Zvonkov, E.E., Lukyanova I.A., Moiseeva T.N., Magomedova, A.U. (2024). Illness representations in patients with acute leukemia and lymphoma: a comparative study. *Theoretical and experimental psychology*, 17(1), 103–122. <https://doi.org/10.11621/TEP-24-06>

## Введение

Восприятие пациентом своей болезни играет значимую роль в его успешном повседневном функционировании: совладании с болезнью, соблюдении связанного со здоровьем поведения и переживании негативных эмоциональных состояний (Рассказова, 2014). В зарубежной психологии для описания саморегуляции пациента в условиях болезни применяется модель Х. Левенталя, согласно которой пациент, основываясь на опыте социального взаимодействия и личном опыте, делает выводы о своем состоянии, создает и меняет собственные представления относительно идентичности, причин, течения, последствий и лечения болезни. Такие репрезентации (не только когнитивные, но и эмоциональные) в немалой степени определяют возможности пациента совладать с ситуацией и его поведение (например, соблюдение медицинских рекомендаций), психологическое благополучие, качество жизни, общую успешность терапии и пр. (Leventhal et al., 2003; Рассказова, 2014; Рассказова и др., 2020). С нашей точки зрения, данная модель позволяет довольно полно описать внутреннюю картину болезни (ВКБ) пациента. ВКБ в отечественной психологии определяется как продукт собственной активности пациента в условиях соматического неблагополучия, отчасти оказывающий влияние на исход заболевания, лечение и повседневное функционирование (Сokolova, 1995). В.В. Николаева выделила четыре уровня ВКБ: сенситивный уровень, как правило, характеризует телесные ощущения, общее телесное самочувствие; эмоциональный уровень — эмоциональные реакции на болезнь, реакции на значимые события; интеллектуальный уровень объединяет информацию о болезни, собственный опыт болезни пациента, его представления о лекарствах, процессе лечения, результатах и др.; мотивационный уровень содержит представления пациента о дальнейшей жизни и психосоциальном функционировании (Николаева, 1987).

Представления о болезни активно изучаются у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями, в том числе и злокачественными заболеваниями системы крови (ЗСК). Острые лейкозы и лимфомы представляют собой онкологические заболевания кроветворной системы. Они различаются по течению болезни, прогнозу и протоколам лечения. Так, острые лейкозы характеризуются быстрым размножением незрелых клеток крови (бластов) в костном мозге, что приводит к их накоплению и вытеснению ими зрелых клеток. Такие процессы проявляются анемией, астеническими расстройствами и снижением иммунитета (повышенной склонностью к инфекционным заболеваниям). Лимфомы же представляют собой онкологическое поражение лимфатической системы. Заболевание может затрагивать лимфатические узлы или другие органы лимфатической системы. В зависимости от типа лимфом, они могут прогрессировать сравнительно медленно или, наоборот, быстро. Лечение острых лейкозов и лимфом различается по терапевтическим протоколам, выбор методов зависит от типа и стадии заболевания. Прогноз (ожидаемая длительность и характер течения болезни) для острых лейкозов и лимфом варьируется в зависимости от множества факторов, включая тип заболевания, стадию, возраст пациента, общее состояние здоровья и ответ на лечение.

В ряде исследований изучалось отношение пациентов с данными заболеваниями к своей болезни. Так, пациенты с Т-клеточной лимфомой оценивали свое заболевание как длительное, но не оказывавшее значимых негативных последствий на повседневное функционирование, трудно контролируемое самостоятельно, но контролируемое при помощи лечения, а также сообщали о недостаточном понимании своей болезни и переживании негативных эмоций по поводу болезни (Eder et al., 2016). В исследовании Т. Уэстбрука с соавторами на примере пациентов с хроническим лимфолейкозом было показано, что представления о болезни также различались в зависимости от стадии заболевания и лечения: пациенты с рецидивирующим или резистентным течением заболевания в большей степени соотносили соматические симптомы с проявлениями болезни и оценивали ее как имевшую негативные последствия для повседневного функционирования. Причем ранее было выявлено, что представления о последствиях в данных группах связаны с истощаемостью, переживанием стресса и астеническими расстройствами, эмоциональные переживания по поводу болезни — с переживанием стресса, а идентичность болезни — с астеническими расстройствами (Westbrook et al., 2016). В более поздней работе этого исследователя было показано, что пациенты, находившиеся под наблюдением врачей, в меньшей степени объясняли свои соматические ощущения наличием основного заболевания и были убеждены в хроническом и длительном течении болезни, тогда как пациенты, впервые получавшие лечение, были более уверены в возможности личного контроля и контроля при помощи лечения (Westbrook et al., 2019). Схожие результаты были получены Д. Шурманс с соавторами: пациенты, соотносившие симптомы с болезнью, ощущавшие ее негативные последствия и плохо

понимавшие свою болезнь, а также уверенные в возможности контролировать болезнь при помощи назначенной врачом терапии, как правило, чаще сообщали об истощаемости (Schoormans et al., 2020). Напротив, исследование Н. Аррато с соавторами показало, что те пациенты с хроническим лимфолейкозом, которые не испытывали симптомы заболевания и негативные эмоции, а также считавшие, что болезнь не имеет последствий для жизни, в меньшей степени страдали от симптомов депрессии и стресса в связи с онкологическим заболеванием (Arrato et al., 2022). Можно предположить, что низкая степень осведомленности об идентичности болезни в сочетании с другими субъективными представлениями в таком случае выступала фактором-протектором переживания негативных эмоциональных состояний.

Исследования представлений о болезни у пациентов с онкогематологическими заболеваниями в доступной нам литературе немногочисленны. Поскольку представления о болезни и связанные с ограничениями здоровья эмоциональные переживания определяют успешность функционирования и психосоциальной адаптации пациентов, нам представляется важным и актуальным уточнение мишеней психокоррекционного и психопрофилактического вмешательства в лечении пациентов с такими онкологическими заболеваниями, как острый лейкоз и лимфома. Более глубокое понимание различий психологического восприятия болезни пациентами способно повысить уровень их психосоциальной адаптации и, возможно, эффективность лечения основного заболевания (Великанов и др., 2020).

Цель работы — исследование представлений о болезни у пациентов с острыми лейкозами и лимфомами и их сравнение.

В связи с ограниченным количеством исследований по данной теме как в зарубежной, так и в отечественной литературе, наши гипотезы носили эксплораторный характер. Мы предположили, что пациенты с острыми лейкозами и лимфомами отличаются друг от друга по следующим показателям:

1. Представления о болезни: идентичность, цикличность, последствия, возможности контролировать болезнь лично и при помощи лечения.
2. Тревога о здоровье и страх последствий болезни.
3. Представления о теле и здоровье: катастрофизация, автономные ощущения, телесная слабость и соматосенсорная амплификация.
4. Поведение в болезни: субъективная оценка необходимости выполнения терапевтических действий, последствий болезни, склонность к отслеживанию признаков нарушения функционирования организма.

### **Методы исследования**

Со всеми пациентами проводилось обследование, включавшее клиническую беседу с психиатром, интервью с психологом и заполнение бланков психометрических методик. Продолжительность обследования с каждым пациентом составляла от 45 до 60 минут. Исследование проводилось в течение 5 месяцев.

В исследовании были использованы следующие методики, направленные на оценку представлений о болезни, ее причинах, собственном теле и здоровье, а также поведения в болезни:

1. Опросник восприятия болезни IPQ-R (Moss-Morris et al., 2002; Рассказова, 2016). Пациент оценивает утверждения, направленные на выявление различных убеждений о болезни и возможных ее причинах, по 5-балльной шкале (1 — полностью не согласен; 5 — полностью согласен). Шкала идентичности болезни представляет собой разницу между количеством повседневных симптомов и симптомов, которые пациент относит к заболеванию. Показатель, равный 0, свидетельствует о хорошей идентичности болезни.
2. Шкала тревоги о здоровье HAI (Salkovskis et al., 2002; Рассказова, 2013; Желонкина и др., 2014) состоит из 14 пунктов, направленных на оценку беспокойства о здоровье, осведомленности о телесных ощущениях и их изменениях, и 4 пунктов, направленных на определение страха развития и последствий серьезного заболевания (при его наличии). Пациенту предлагается оценить утверждения и выбрать один ответ, максимально точно описывающий состояние пациента за последние 6 месяцев. Ответы оцениваются от 0 до 3 баллов.
3. Опросник убеждений в отношении тела и здоровья САВАН (Rief et al., 1998; Rief, Hiller, 2003; Рассказова, 2013) разработан с целью оценки отношения пациента к своему телу и здоровью, выражающегося, например, в склонности пациента преувеличивать телесные ощущения, фиксировать автономные ощущения и др. Пациенту предлагается оценить 39 утверждений в соответствии с 4-балльной шкалой (1 — полностью не согласен; 4 — полностью согласен).
4. Шкала оценки поведения в отношении болезни SAIB (Rief et al., 2003; Рассказова, 2013). Методика включает в себя 25 утверждений, оценивающих действия пациента в ситуации болезни. Пациенту предлагается оценить утверждения в соответствии с 4-балльной шкалой (1 — полностью не согласен; 4 — полностью согласен).

Обработка данных проводилась при помощи программы SPSS Statistics 26 и включала методы описательной статистики и сравнения групп с использованием t-критерия Стьюдента с проверкой соответствия распределения данных нормальному распределению при помощи критерия Колмогорова — Смирнова, а также равенства дисперсий при помощи критерия равенства дисперсий Ливиня.

### **Выборка**

В исследование было включено 109 пациентов (51 пациент с диагнозом «острый лейкоз» и 58 пациентов с диагнозом «лимфома») на сроке наблюдения не менее 3 месяцев с момента установки диагноза. Все пациенты обследовались в клинических отделениях ФГБУ НМИЦ гематологии Минздрава РФ.

В группу пациентов с острыми лейкозами были включены пациенты с ремиссией заболевания и благоприятным прогнозом, проходившие поддерживающий курс химиотерапии в условиях дневного стационара. В группу пациентов с лимфомами были включены пациенты с ремиссией заболевания, наблюдавшиеся в амбулаторных условиях.

В исследование не были включены пациенты с агрессивными лимфомами (Alaggio et al., 2022), а также пациенты с манифестными психотическими расстройствами, психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ (F10 — F19), шизофренией и бредовыми расстройствами (F20, F22 — F29), умственной отсталостью (F70 — F79).

Группа пациентов с острыми лейкозами включала 51 человека от 18 до 64 лет (средний возраст  $Me_{\text{возраст}} = 35,12$ ;  $SD = 12,90$ ;  $Mo = 20$ ), из них 23 (45,1%) — мужчины. До постановки диагноза они ощущали недомогание от 0 до 12 месяцев ( $Me_{\text{суб. стаж заболевания}} = 1,88$ ;  $SD = 1,90$  (мес.);  $Mo = 1$ ). 26 (51%) пациентов имели высшее образование.

Группа пациентов с лимфомами включала 58 человек в возрасте от 19 до 64 лет ( $Me_{\text{возраст}} = 41,22$ ;  $SD = 11,17$ ;  $Mo = 27$ ), из них 17 (29,3%) мужчин. До постановки диагноза они ощущали недомогание от 0 до 72 месяцев ( $Me_{\text{суб. стаж заболевания}} = 7,57$ ;  $SD = 12,36$  (мес.);  $Mo = 1$ ). 48 (82,8%) пациентов имели высшее образование.

Диагнозы пациентов представлены в Таблице 1.

**Таблица 1**  
**Гематологические диагнозы обследованных пациентов**

Диагноз	Количество пациентов (%)
<b>Острые лейкозы</b>	
Острый лимфобластный лейкоз	18 (35,3)
Острый миелобластный лейкоз	17 (33,3)
Острый промиелоцитарный лейкоз	16 (31,4)
<b>Всего</b>	<b>51 (46,8)</b>
<b>Лимфомы</b>	
Лимфома Ходжкина	33 (56,9)
Фолликулярная лимфома I, II и IIIа цитологического типа	12 (20,7)
Лимфома из клеток мантийной зоны без признаков неблагоприятного прогноза	6 (10,4)
Диффузная В-крупноклеточная лимфома без признаков неблагоприятного прогноза	5 (8,7)
Макроглобулинемия Вальденстрема	2 (3,4)
<b>Всего</b>	<b>58 (53,2)</b>
<b>Итого</b>	<b>109 (100)</b>

**Table 1**  
**Hematologic diagnoses of the studied patients**

Diagnosis	Number of patients (%)
<b>Acute leukemia</b>	
Acute lymphoblastic leukemia	18 (35.3)
Acute myeloblastic leukemia	17 (33.3)
Acute promyelocytic leukemia	16 (31.4)
<b>Total</b>	<b>51 (46.8)</b>
<b>Lymphomas</b>	
Hodgkin's lymphoma	33 (56.9)
Follicular lymphoma of cytologic type I, II, and IIIa	12 (20.7)
Mantle cell lymphoma with no evidence of poor prognosis	6 (10.4)
Diffuse large B-cell lymphoma no evidence of poor prognosis	5 (8.7)
Waldenström macroglobulinemia	2 (3.4)
<b>Total</b>	<b>58 (53.2)</b>
<b>Total</b>	<b>109 (100)</b>

### Результаты исследования

Сравнительный анализ представленных групп пациентов показал следующие результаты. Группы различались по возрасту ( $t(df) = -2,65 (107)$ ,  $p < 0,05$ ,  $d$  Коэна = 0,51), уровню образования ( $\chi^2(df) = 12,57 (1)$ ,  $p = 0,00$ ,  $\varphi^2 = -0,34$ ,  $V^3 = 0,34$ ), субъективному стажу заболевания ( $t(df) = -3,46 (60,07)$ ,  $p < 0,01$ ,  $d$  Коэна = 0,64) и ощущениям, связанным с болезнью ( $t(df) = -2,11 (100,70)$ ,  $p < 0,05$ ,  $d$  Коэна = 0,41), но не различались по полу.

Пациенты с лимфомами предъявляли больше жалоб, связанных с болезнью, по сравнению с пациентами с острыми лейкозами.

Среди пациентов с острыми лейкозами определить локализацию болезни смогли 30 человек (58,8%), а среди пациентов с лимфомами — 46 человек (79,3%) ( $\chi^2(df) = 5,40 (1)$ ,  $p = 0,02$ ,  $\varphi^2 = 0,22$ ,  $V^3 = 0,22$ ). Из них о диффузной, неопределенной локализации («в душе», «где-то в области сердца», «по всему телу», «в животе, а потом расходится по всему телу» и др.) сообщали 18 (35,3%) пациентов с острыми лейкозами и 10 (17,2%) пациентов с лимфомами, а о локальной, определенной («в костном мозге», «в средостении», в лимфатических узлах шеи» и др.) — 12 (23,5%) и 36 (62,1%), соответственно ( $\chi^2(df) = 16,36 (2)$ ,  $p = 0,00$ ,  $\varphi^2 = 0,39$ ,  $V^3 = 0,39$ ).

Результаты сравнительного анализа показателей психодиагностических методик представлены в Таблице 2.



**Таблица 2**

**Показатели представлений о болезни и ее причинах, здоровье и теле, тревоги о здоровье, поведения в болезни у пациентов с острыми лейкозами и лимфомами**

Шкалы	Острые лейкозы		Лимфомы		t (df)	d Коэна
	М <sub>шкалы</sub>	SD	М <sub>шкалы</sub>	SD		
<b>Представления о болезни и ее причинах (IPQ-R)</b>						
Идентичность заболевания	1,16	1,35	0,47	0,94	3,06 (87,89)**	0,59
Длительность	2,77	1,03	2,89	0,89	-0,64 (107)	0,12
Цикличность	2,78	0,96	2,18	0,98	3,24 (107)**	0,62
Последствия	3,46	0,95	3,01	1,12	2,24 (107)*	0,43
Личный контроль	3,50	0,84	3,39	0,94	0,64 (107)	0,12
Контроль лечения	4,45	0,58	4,35	0,66	0,80 (107)	0,16
Понимание болезни	3,75	0,99	4,07	0,85	-1,85 (107)	0,35
Эмоциональные репрезентации	3,19	1,19	2,89	1,00	1,39 (107)	0,27
Психологические причины	2,46	0,90	2,60	0,90	-0,85 (107)	0,16
Факторы риска	1,91	0,61	2,11	0,64	-1,73 (107)	0,32
Иммунитет	3,16	0,90	3,15	0,97	0,04 (107)	0,01
Случайность	2,25	0,85	2,16	0,80	0,57 (107)	0,11
<b>Тревога о здоровье</b>						
Тревога о здоровье	0,91	0,41	0,86	0,46	0,56 (107)	0,11
Страх последствий	0,38	0,32	0,46	0,43	-1,03 (104,44)	0,21
<b>Представления о теле и здоровье (САВАН)</b>						
Катастрофизация	2,38	0,45	2,28	0,29	1,23 (83,91)	0,26
Автономные ощущения	2,40	0,60	2,22	0,51	1,75 (107)	0,32
Телесная слабость	2,46	0,53	2,30	0,61	1,41 (107)	0,28
Непереносимость телесных симптомов	2,37	0,54	2,32	0,60	0,45 (107)	0,09
Привычки, связанные со здоровьем	3,01	0,63	2,95	0,65	0,47 (107)	0,09
Соматосенсорная амплификация	2,54	0,49	2,33	0,49	2,29 (107)*	0,43
<b>Поведение в болезни (SAIB)</b>						
Проверка диагноза	2,20	0,57	2,27	0,66	-0,64 (107)	0,11
Выражение жалоб	2,37	0,45	2,26	0,47	1,23 (107)	0,24
Лечение / прием лекарств	2,25	0,59	1,98	0,61	2,32 (107)*	0,45
Последствия болезни	2,23	0,43	2,21	0,45	0,20 (107)	0,05
Сканирование тела на предмет нарушений	2,42	0,59	2,37	0,63	0,43 (107)	0,08

*Примечания.* \*\* — Различия значимы на уровне 0,01 (двухсторонняя).

\* — Различия значимы на уровне 0,05 (двухсторонняя).

**Table 2**  
**Indicators of representations of illness and its causes, health and body, health anxiety, and illness behavior in patients with acute leukemia and lymphoma**

Scales	Acute leukemia		Lymphomas		t (df)	Cohen's d
	M <sub>scales</sub>	SD	M <sub>scales</sub>	SD		
<b>Representations of illness and its causes (IPQ-R)</b>						
Identity of illness	1.16	1.35	0.47	0.94	3.06 (87.89)**	0.59
Acute/chronic timeline	2.77	1.03	2.89	0.89	-0.64 (107)	0.12
Cyclical timeline	2.78	0.96	2.18	0.98	3.24 (107)**	0.62
Consequences	3.46	0.95	3.01	1.12	2.24 (107)*	0.43
Personal control	3.50	0.84	3.39	0.94	0.64 (107)	0.12
Treatment control	4.45	0.58	4.35	0.66	0.80 (107)	0.16
Illness coherence	3.75	0.99	4.07	0.85	-1.85 (107)	0.35
Emotional representations	3.19	1.19	2.89	1.00	1.39 (107)	0.27
Psychological attributions	2.46	0.90	2.60	0.90	-0.85 (107)	0.16
Risk factors	1.91	0.61	2.11	0.64	-1.73 (107)	0.32
Immunity	3.16	0.90	3.15	0.97	0.04 (107)	0.01
Accident	2.25	0.85	2.16	0.80	0.57 (107)	0.11
<b>Health anxiety</b>						
Health anxiety	0.91	0.41	0.86	0.46	0.56 (107)	0.11
Fear of consequences	0.38	0.32	0.46	0.43	-1.03 (104.44)	0.21
<b>Representations of the body and health (CABAH)</b>						
Catastrophizing	2.38	0.45	2.28	0.29	1.23 (83.91)	0.26
Autonomous sensations	2.40	0.60	2.22	0.51	1.75 (107)	0.32
Bodily weakness	2.46	0.53	2.30	0.61	1.41 (107)	0.28
Intolerance to bodily sensations	2.37	0.54	2.32	0.60	0.45 (107)	0.09
Health habits	3.01	0.63	2.95	0.65	0.47 (107)	0.09
Somatosensory amplification	2.54	0.49	2.33	0.49	2.29 (107)*	0.43
<b>Illness behavior (SAIB)</b>						
Verification of diagnoses	2.20	0.57	2.27	0.66	-0.64 (107)	0.11
Expression of symptoms	2.37	0.45	2.26	0.47	1.23 (107)	0.24
Medication	2.25	0.59	1.98	0.61	2.32 (107)*	0.45
Consequences of illness	2.23	0.43	2.21	0.45	0.20 (107)	0.05
Scanning	2.42	0.59	2.37	0.63	0.43 (107)	0.08

Notes. \*\* — Differences are significant at the 0.01 level (two-sided).

\* — Differences are significant at the 0.05 level (two-sided).

Рассмотрим исследуемые показатели у пациентов двух сравниваемых групп.

### ***Представления о болезни***

Пациенты с острыми лейкозами соотносили с основным заболеванием меньше неприятных ощущений, которые испытывали ежедневно, по сравнению с пациентами с лимфомами. Пациенты с лимфомами, напротив, в большей степени склонялись к тому, что такие ощущения были обусловлены болезнью. Хотя в целом пациенты в исследуемых группах оценивали свое заболевание как стабильное и приносящее негативные последствия для повседневного функционирования, пациенты с острыми лейкозами были менее уверены в том, что болезнь не сопровождается частыми обострениями, и высказывали большую уверенность в негативном влиянии болезни по сравнению с пациентами с лимфомами (Таблица 2).

Исследуемые группы не различались по представлениям о длительности, возможности контролировать болезнь как самостоятельно, так и при помощи лечения, пониманию болезни, а также эмоциональным переживаниям по поводу болезни. Для групп с острыми лейкозами и лимфомами характерны общие паттерны: хотя они сообщали о понимании своей болезни и воспринимали ее как кратковременную, контролируемую как самостоятельно, так и при помощи существующих методов лечения, в том числе назначенной врачом схемы терапии, все пациенты сообщали о негативных эмоциональных переживаниях по поводу заболевания.

Представления о причинах, из-за которых могло развиться заболевание, также не различались в исследуемых группах: все пациенты были уверены в том, что болезнь развилась из-за проблем с иммунитетом, а не по причине психологических факторов, воздействия факторов риска и случайного стечения обстоятельств.

### ***Тревога о здоровье и страх последствий заболевания***

В целом показатели тревоги о здоровье и страха последствий оказались ниже среднего и не различались в двух группах (Таблица 2). Все пациенты проявляли низкий уровень тревоги о здоровье и страха последствий болезни.

### ***Представления о теле и здоровье***

Уровень соматосенсорной амплификации у пациентов в исследуемых группах был ниже среднего и значимо различался (Таблица 2). Пациенты с острыми лейкозами оказались более склонны к переоценке выраженности симптомов по сравнению с пациентами с лимфомами.

Для всех пациентов были характерны общие паттерны (Таблица 2), а именно: им не было свойственно преувеличение телесных ощущений, фиксирование автономных ощущений, оценка своего физического состояния как слабого, а телесных ощущений как непереносимых; пациенты обеих групп сообщали о необходимости выполнения привычных ритуалов, связанных с поддержанием здоровья.

### ***Поведение в болезни***

Хотя все пациенты демонстрировали неуверенность в необходимости совершения действий, направленных на лечение и прием лекарственных средств, пациенты с острыми лейкозами, по сравнению с пациентами с лимфомами, были более

уверены в важности данных действий, что, согласно содержанию оцениваемых утверждений, могло проявляться в более выраженном стремлении пациентов с острыми лейкозами быть рядом с людьми, которые могли бы оказать им необходимую помощь, использовать нетрадиционные методы лечения и контролировать наличие необходимых лекарств (Таблица 2).

Для пациентов с острыми лейкозами и лимфомами было не характерно постоянное обращение к врачам с целью подтверждения имеющегося или поиска дополнительного диагноза, активное предъявление жалоб окружающим людям, в том числе медицинским работникам. Они в большей степени оценивали последствия для жизни как незначительные для функционирования и были менее склонны к постоянному сканированию своего тела на наличие неприятных ощущений и нарушений функционирования.

### **Обсуждение результатов**

#### ***Представления о болезни у пациентов с острыми лейкозами в сравнении с пациентами с лимфомами***

Предложенная нами *первая гипотеза* нашла частичное подтверждение: группы с острыми лейкозами и лимфомами различались только по представлениям об идентичности заболевания, цикличности, последствиях. В целом для пациентов с острыми лейкозами и лимфомами характерны общие представления о болезни: они считают свое заболевание кратковременным, контролируемым лично и при помощи лечения, понимают ее и переживают негативные эмоции по поводу болезни. Пациенты с острыми лейкозами, в отличие от пациентов с лимфомами, в меньшей степени соотносят ощущения с симптомами заболевания, а также в большей степени уверены в цикличном течении и негативных последствиях болезни, что может быть обусловлено, с одной стороны, чрезмерным вниманием к изменению своего физического благополучия, а с другой стороны, — этапом заболевания и переживанием негативных эмоций (Koenigsmann et al., 2006; Westbrook et al., 2019; Schoormans et al., 2020; Arrato et al., 2022). Отчасти наши результаты отличаются от результатов предыдущих исследований, где пациенты с лимфомами сообщали о длительности болезни, ее непонимании, незначительных последствиях и сложностях личного контроля (Eder et al., 2016). В нашем исследовании пациенты с острыми лейкозами и лимфомами были уверены в том, что болезнь могла развиваться из-за проблем с иммунитетом, тогда как в ранее проведенных зарубежных исследованиях пациенты с острыми лейкозами затруднялись назвать причину появления болезни, сообщали о беспомощности в ее определении (Koenigsmann et al., 2006). Возможно, такое расхождение связано с развитием информационных ресурсов в целом, с популяризацией и доступностью медицинских знаний на современном этапе.

#### ***Тревога о здоровье у пациентов с острыми лейкозами в сравнении с пациентами с лимфомами***

*Вторая гипотеза* не нашла своего подтверждения: пациенты с острыми лейкозами и лимфомами не различались между собой и проявляли низкий уровень

тревоги о здоровье и страха последствий болезни. Однако, в работе К.А. Абуэлгасим с соавторами было продемонстрировано наличие у пациентов с онкогематологическими заболеваниями высокого уровня тревоги, причинами которой являлись, в частности, сопутствующие заболевания и семейные проблемы (Abuelgasim et al., 2016). Как правило, высокий уровень тревоги о здоровье у пациентов с хроническими соматическими заболеваниями в ряде случаев может способствовать излишней настороженности к телесным ощущениям и их негативной интерпретации, что способствует чрезмерной соматической чувствительности (неадекватному восприятию соматических ощущений как интенсивных и патологических) (Barsky, Wyshak, 1990). Полученные нами результаты, предположительно, могут быть объяснены постепенной адаптацией пациентов к тяжелому соматическому заболеванию и смещением фокуса внимания на другие, субъективно более значимые, сферы жизни.

#### ***Представления о собственном теле и здоровье у пациентов с острыми лейкозами в сравнении с пациентами с лимфомами***

*Третья гипотеза* принимается частично, то есть, подтверждена в отношении показателя соматосенсорной амплификации: пациенты с острыми лейкозами оказались более склонны, по сравнению с пациентами с лимфомами, к переоценке выраженности симптомов. Соматосенсорная амплификация выступает как детерминанта поведения пациента в болезни, способствует неадекватному восприятию нормальных телесных симптомов и заставляет пациента интерпретировать нормальные ощущения как симптомы патологического процесса, что может являться значимым фактором, способствующим формированию ипохондрических расстройств (Смулевич и др., 2008), и позволяет рассматривать данную когнитивную особенность как одну из мишеней психокоррекционного и психопрофилактического вмешательства с целью психосоциальной адаптации пациента и повышения эффективности лечения (Barsky, Wyshak, 1990). При острых лейкозах и лимфомах были выявлены общие паттерны: пациенты были менее склонны к преувеличению телесных симптомов, к переживанию ощущений, в норме редко рефлекслируемых человеком, к оценке состояния своего здоровья как слабого, по сравнению с окружающими людьми, и к восприятию телесных ощущений как непереносимых. Более того, не отмечалось и склонности к фиксации данных симптомов и формированию порочного круга необъяснимых соматических ощущений, что было замечено у пациентов общесоматических отделений с постоянно повторяющимися симптомами (Barends et al., 2020). С нашей точки зрения, данные особенности могут выступать факторами-протекторами снижения качества жизни пациентов. Однако, характерная для обеих групп недооценка необходимости соблюдения действий, связанных с заботой о здоровье, может являться маркером снижения приверженности лечению в целом у данных пациентов, что ведет к ухудшению течения болезни и снижению эффективности терапии. В связи с этим необходимо дальнейшее изучение проблемы приверженности лечению у исследуемых групп пациентов.

### ***Поведение в болезни у пациентов с острыми лейкозами в сравнении с пациентами с лимфомами***

*Четвертая гипотеза* также принимается частично. Для пациентов с острыми лейкозами и лимфомами было нехарактерно постоянное обращение к врачам с целью подтверждения имеющегося или поиска дополнительного диагноза, активное предъявление жалоб окружающим людям, в том числе медицинским работникам. Они в большей степени оценивали последствия для жизни как незначительные для функционирования и были менее склонны к постоянной оценке своего тела на наличие неприятных ощущений и нарушений функционирования. Несмотря на то, что пациенты с острыми лейкозами, по сравнению с пациентами с лимфомами, были более уверены в необходимости соблюдения мер в отношении лечения, все пациенты недооценивали важность таких действий. Этот результат отчасти не согласуется с результатами ранее проведенного исследования, где пациенты с лимфомой кожи, напротив, сообщали о необходимости общения по поводу болезни с окружающими людьми, уделяли внимание наличию и доступности лекарственных средств, а также часто обращались за помощью (Porkert et al., 2018). В других исследованиях поведения в болезни у онкогематологических пациентов было выявлено, что в первые недели после установления диагноза они отмечали необходимость восстановления контроля над своей болезнью и здоровьем посредством переоценки взгляда на жизнь и собственное будущее, изменения образа жизни, социальных ролей и др. Особое внимание уделялось роли значимых других (как членов семьи, так и медицинских работников) и необходимости получения постоянной эмоциональной поддержки, принятия пациента в любом физическом и эмоциональном состоянии, открытости и поощрения к ознакомлению с методами лечения в период болезни (Bulsara et al., 2004).

С нашей точки зрения, данные различия в поведении в болезни могут быть связаны, с одной стороны, с особенностями дизайна вышеупомянутых исследований, а также с самой ситуацией болезни: большим стажем заболевания, большей информированностью обследованных нами пациентов о болезни и ее проявлениях, принятием собственной болезни и адаптацией к изменившимся условиям жизни. Однако, с другой стороны, снижение показателей по шкалам поведения в болезни также могло быть обусловлено и выгоранием пациентов в условиях долгосрочной борьбы с хроническим заболеванием.

Таким образом, наше исследование носило поисковый характер с целью выявления различий психологического восприятия болезни у пациентов с лейкозами и лимфомами, поскольку, как было отмечено ранее, это существенно различающиеся заболевания. Пациенты с лейкозами, согласно нашим результатам, хуже соотносят свои соматические ощущения с симптомами болезни, считают лейкоз нестабильным заболеванием, приносящим больше негативных последствий, хотя и выражают большую уверенность в важности лечебных действий, по сравнению с пациентами с лимфомами. Можно предположить, что пациенты с острыми лейкозами уделяют больше внимания своему здоровью и лечению и более ори-

ентированы на помощь извне (в т.ч. от медицинских работников), что является благоприятным фактором для лечения. А характерные для пациентов с лимфомами представления о болезни могут, с одной стороны, позитивно сказываться на качестве жизни, а с другой, — выступать барьером для соблюдения необходимого протокола лечения. Следовательно, полученные в представленном исследовании данные актуальны и востребованы при разработке специфичных для лейкозов и лимфом стратегий психокоррекционного и психопрофилактического вмешательства, что поможет повысить эффективность терапии и качество жизни пациентов.

### **Выводы**

Полученные результаты позволяют сделать ряд выводов. Для пациентов с острыми лейкозами и лимфомами характерны представления о кратковременном течении заболевания и переживание негативных эмоций по поводу болезни, что должно выступать мишенью для психотерапевтической работы.

Несмотря на частичное сходство представлений о болезни у пациентов с лейкозами и лимфомами, существуют принципиальные различия в восприятии ими симптомов заболевания, цикличности течения, последствий, в переоценке выраженности симптомов, а также в отношении к лечению и приему лекарств.

Пациенты с острыми лейкозами более уверены в цикличном течении болезни и ее негативных последствиях, испытывают трудности с определением локализации болезни и соотношением повседневных телесоматических ощущений с симптомами заболевания, а также более склонны к переоценке соматических симптомов и их выраженности, по сравнению с пациентами с лимфомами, в связи с чем являются более нуждающейся в психологической работе группой.

**Ограничениями исследования** являются, во-первых, то, что подобранный комплекс методик позволяет оценить лишь содержание интеллектуального уровня, но не сенситивного, эмоционального и мотивационного уровня ВКБ у пациентов с острыми лейкозами и лимфомами и не позволяет дать полное описание ВКБ у обследованных пациентов. Во-вторых, представления о болезни могут варьировать в зависимости от возраста пациентов, типа заболевания и лечения, а также от личностных особенностей пациентов. Ограничения данной работы будут учтены при планировании дальнейших исследований.

### **Практическое применение**

Поскольку отношение пациента к болезни и здоровью является фактором, определяющим успешную адаптацию в ситуации заболевания и дальнейшее психосоциальное функционирование, полученные нами результаты могут быть использованы в рамках психокоррекционной и психопрофилактической работы с онкогематологическими пациентами как в условиях стационара, так и в амбулаторных условиях с учетом специфичных для острых лейкозов и лимфом особенностей представлений пациентов о болезни, теле, здоровье и своем поведении в болезни.

## Список литературы

Великанов, А.А., Столярова, А.А., Круглова, Н.Е. (2020). Роль психологической реабилитации в комплексной кардиореабилитации пациентов с ишемической болезнью сердца. *Национальный психологический журнал*, (4), 85–97. doi: 10.11621/nprj.2020.0407

Желонкина, Т.А., Ениколопов, С.Н., Ермушева, А.А. (2014). Адаптация русскоязычной версии методики Р. Salkovskis «Краткий опросник тревоги о здоровье» (Short Health Anxiety Inventory). *Теоретическая и экспериментальная психология*, 7(1), 30–37.

Николаева, В.В. (1987). Влияние хронической болезни на психику. Москва: Изд-во Московского Университета.

Рассказова, Е.И. (2013). Клинико-психологический подход к диагностике трудноквалифицируемых симптомов в рамках соматоформных расстройств. *Обзор психиатрии и медицинской психологии*, (3), 25–32.

Рассказова, Е.И. (2014). Понятие саморегуляции в психологии здоровья: новый подход или область применения? *Теоретическая и экспериментальная психология*, (1), 43–56. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-samoregulyatsii-v-psihologii-zdorovya-novyy-podhod-ili-oblast-primeneniya> (дата обращения: 10.05.2023).

Рассказова, Е.И. (2016). Русскоязычная апробация опросника восприятия болезни Р. Мосс-Моррис и др.: апробация на выборке больных с непсихотическими депрессиями. *Вестник Московского университета. Серия 14. Психология*, (1), 123–142.

Рассказова, Е.И., Емелин, В.А., Тхостов, А.Ш. (2020). Категоричные представления о причинах, проявлениях и последствиях коронавируса: психологическое содержание и связь с поведением. *Вестник Московского Университета. Серия 14. Психология*, (2), 62–82. <https://doi.org/10.11621/vsp.2020.02.04>

Смулевич, А.Б., Волель, Б.А., Медведев, В.Е., Терентьева, М.А., Фролова, В.И., Самушия, М.А., Выборных, Д.Э., Шафигуллин, М.Р. (2008). Развития личности при соматических заболеваниях (к проблеме нажитой ипохондрии). *Психические расстройства в общей медицине*, (2), 4–11.

Соколова, Е.Т. (1995). Особенности личности при пограничных расстройствах и соматических заболеваниях. Москва: SvR-Аргус.

Abuelgasim, K.A., Ahmed, G.Y., Alqahtani, J.A., Alayed, A.M., Alaskar, A.S., Malik, M.A. (2016). Depression and anxiety in patients with hematological malignancies, prevalence, and associated factors. *Saudi medical journal*, 37(8), 877–881. <https://doi.org/10.15537/smj.2016.8.14597>

Alaggio, R., Amador, C., Anagnostopoulos, I., Attygalle, A.D., Araujo, I.B.O., Berti, E., Bhagat, G., Borges, A.M., Boyer, D., Calaminici, M., Chadburn, A., Chan, J.K.C., Cheuk, W., Chng, W.J., Choi, J.K., Chuang, S.S., Coupland, S.E., Czader, M., Dave, S.S., de Jong, D., ... Xiao, W. (2022). The 5th edition of the World Health Organization Classification of Haematolymphoid Tumours: Lymphoid Neoplasms. *Leukemia*, 36(7), 1720–1748. <https://doi.org/10.1038/s41375-022-01620-2>

Arrato, N.A., Valentine, T.R., Byrd, J.C., Jones, J.A., Maddocks, K.J., Woyach, J.A., Andersen, B.L. (2022). Illness representations and psychological outcomes in chronic lymphocytic leukaemia. *British journal of health psychology*, 27(2), 553–570. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12562>



Barends, H., Claassen-van Dessel, N., van der Wouden, J.C., Twisk, J.W.R., Terluin, B., van der Horst, H.E., Dekker, J. (2020). Impact of symptom focusing and somatosensory amplification on persistent physical symptoms: A three-year follow-up study. *Journal of psychosomatic research*, (135), 110131. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110131>

Barsky, A.J., Wyshak, G. (1990). Hypochondriasis and somatosensory amplification. *British Journal of Psychiatry*, (157), 404–409. <https://doi.org/10.1192/bjp.157.3.404>

Bulsara, C., Ward, A., Joske, D. (2004). Haematological cancer patients: achieving a sense of empowerment by use of strategies to control illness. *Journal of clinical nursing*, 13(2), 251–258. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2003.00886.x>

Eder, J., Kammerstätter, M., Erhart, F., Mairhofer-Muri, D., Trautinger, F. (2016). Illness Perception in Primary Cutaneous T-cell Lymphomas: What Patients Believe About Their Disease. *Acta dermato-venereologica*, 96(3), 381–385. <https://doi.org/10.2340/00015555-2245>

Koenigsmann, M., Koehler, K., Regner, A., Franke, A., Frommer, J. (2006). Facing mortality: a qualitative in-depth interview study on illness perception, lay theories and coping strategies of adult patients with acute leukemia 1 week after diagnosis. *Leukemia research*, 30(9), 1127–1134. <https://doi.org/10.1016/j.leukres.2005.12.016>

Leventhal, H., Brissette, I., Leventhal, E.A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In L.D. Cameron, H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behaviour* (pp. 42–65). London: Routledge.

Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K., Horne, R., Cameron, L., Buick, D. (2002). The Illness-Revised Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1–16.

Porkert, S., Lehner-Baumgartner, E., Valencak, J., Knobler, R., Riedl, E., Jonak, C. (2018). Patients' Illness Perception as a Tool to Improve Individual Disease Management in Primary Cutaneous Lymphomas. *Acta dermato-venereologica*, 98(2), 240–245. <https://doi.org/10.2340/00015555-2819>

Rief, W., Hiller, W. (2003). A new approach to the assessment of the treatment effects of somatoform disorders. *Psychosomatics*, 44(6), 492–498. <https://doi.org/10.1176/appi.psy.44.6.492>

Rief, W., Hiller, W., Margraf, J. (1998). Cognitive aspects of hypochondriasis and the somatization syndrome. *Journal of abnormal psychology*, 107(4), 587–595. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.107.4.587>

Rief, W., Ihle, D., Pilger, F. (2003). A new approach to assess illness behaviour. *Journal of psychosomatic research*, 54(5), 405–414. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(02\)00401-4](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(02)00401-4)

Salkovskis, P.M., Rimes, K.A., Warwick, H.M., Clark, D.M. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological medicine*, 32(5), 843–853. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005822>

Schoormans, D., Jansen, M., Mols, F., Oerlemans, S. (2020). Negative illness perceptions are related to more fatigue among haematological cancer survivors: a PROFILES study. *Acta oncologica (Stockholm, Sweden)*, 59(8), 959–966. <https://doi.org/10.1080/0284186X.2020.1759823>

Westbrook, T.D., Morrison, E.J., Maddocks, K.J., Awan, F.T., Jones, J.A., Woyach, J.A., Johnson, A.J., Byrd, J.C., Andersen, B.L. (2019). Illness Perceptions in Chronic Lymphocytic Leukemia: Testing Leventhal's Self-regulatory Model. *Annals of behavioral medicine: a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 53(9), 839–848. <https://doi.org/10.1093/abm/kay093>

Westbrook, T.D., Maddocks, K., Andersen, B.L. (2016). The relation of illness perceptions to stress, depression, and fatigue in patients with chronic lymphocytic leukaemia. *Psychology & health*, 31(7), 891–902. <https://doi.org/10.1080/08870446.2016.1158259>

## References

Nikolaeva, V.V. (1987). The impact of chronic illness on the psyche. Moscow: Moscow Univ. Press. (In Russ.).

Rasskazova, E.I. (2013). Clinical and psychological approach to the diagnosis of difficult-to-qualify symptoms within somatoform disorders. *Obozrenie psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii (V.M. Bekhterev Review of Psychiatry and Medical Psychology)*, (3), 25–32. (In Russ.).

Rasskazova, E.I. (2014). The concept of self-regulation in health psychology: a new approach or a sphere of application? *Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya (Theoretical and experimental psychology)*, (1). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/ponyatie-samoreguljatsii-v-psihologii-zdorovya-novyy-podhod-ili-oblast-primeneniya> (review date: 10.05.2023). (In Russ.).

Rasskazova, E.I. (2016). Russian-language approbation of the illness perception questionnaire R. Moss-Morris et al.: approbation on a sample of patients with non-psychotic depression. *Moscow University Psychology Bulletin*, (1), 123–142. (In Russ.).

Rasskazova, E.I., Emelin, V.A., Tkhostov, A.Sh. (2020). Radical beliefs about the causes, manifestations and consequences of coronavirus: the psychological content and their relationship with behaviour. *Moscow University Psychology Bulletin*, (2), 62–82. (In Russ.).

Smulevich, A.B., Volel, B.A., Medvedev, V.E., Terent'eva, M.A., Frolova, V.I., Samushiya, V.A., Vybornykh, D.E., Shafigullin, M.R. (2008). Personality development in somatic diseases (to the problem of baited hypochondria). *Psikhicheskie rasstrojstva v obshchej praktike (Mental disorders in general medicine)*, (2), 4–11. (In Russ.).

Sokolova, E.T. (1995). Features of personality in borderline disorders and somatic diseases. Moscow: SvR-Argus. (In Russ.).

Velikanov, A.A., Stoljarova, A.A., Kruglova, N.E. (2020). The role of psychological rehabilitation in complex cardiac rehabilitation of patients with coronary heart disease. *National psychological journal*, (4), 85–97. (In Russ.).

Zhelonkina, T.A., Enikolopov, S.N., Ermusheva, A.A. (2014). Adaptation of the Russian version of the P. Salkovskis “Short Health Anxiety Inventory” (Short Health Anxiety Inventory). *Teoreticheskaya i eksperimental'naya psikhologiya (Theoretical and experimental psychology)*, 7(1). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/adaptatsiya-russkoyazychnoy-versii-metodiki-p-salkovskis-kratkiy-oprosnik-trevogi-o-zdorovie-short-health-anxiety-inventory> (access date: 10.05.2023). (In Russ.).

## ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Любовь Викторовна Есина**, ассистент кафедры педагогики и медицинской психологии Института психолого-социальной работы Первого Московского государственного медицинского университета им. И.М. Сеченова Минздрава России; медицинский психолог лаборатории по изучению психических и неврологических расстройств при заболеваниях системы крови Национального медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава России, Москва, Российская Федерация, esina.lv@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7253-5694>

**Дмитрий Эдуардович Выборных**, доктор медицинских наук, заведующий лабораторией по изучению психических и неврологических расстройств при заболеваниях системы крови Национального медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава России, Москва, Российская Федерация, dvyub@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0001-7506-4947>

**Елена Игоревна Рассказова**, кандидат психологических наук, доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии Московского государственного университета имени М.В. Ломоносова; старший научный сотрудник отдела клинической психологии Научного центра психического здоровья, Москва, Российская Федерация, e.i.rasskazova@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>

**Эдуард Георгиевич Гемджян**, биостатистик лаборатории по изучению психических и неврологических расстройств при заболеваниях системы крови Национального медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава России, Москва, Российская Федерация, edstat@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8357-977X>

**Евгений Евгеньевич Звонков**, доктор медицинских наук, заведующий отделом лимфопрлиферативных заболеваний Национального медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава России, Москва, Российская Федерация, dr.zvonkov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-2639-7419>

**Ирина Анатольевна Лукьянова**, кандидат медицинских наук, заведующая отделением дневного стационара онкологии и химиотерапии гемобластозов и депрессий кроветворения Национального медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава России, Москва, Российская Федерация, Irina.Donskova99@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-8337-2242>

**Татьяна Николаевна Моисеева**, кандидат медицинских наук, заведующая клинико-диагностическим отделением гематологии и химиотерапии с дневным стационаром Национального медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава России, Москва, Российская Федерация, taniamoiseeva@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0001-9591-8508>

**Аминат Умарасхабовна Магомедова**, доктор медицинских наук, врач-гематолог отделения химиотерапии лимфатических опухолей с блоком трансплантации костного мозга и гемопоэтических стволовых клеток с дневным стационаром Национального медицинского исследовательского центра гематологии Минздрава

России, Москва, Российская Федерация, maminat@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4263-8275>

#### ABOUT THE AUTHORS

**Liubov V. Esina**, Assistant at the Department of Pedagogy and Medical Psychology, Institute of Psychological and Social Work, I.M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University); Medical psychologist of the Laboratory for the Study of Mental and Neurological Disorders in Diseases of the Blood System, National Medical Research Center for Hematology, Moscow, Russian Federation, [esina.lv@mail.ru](mailto:esina.lv@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0001-7253-5694>;

**Dmitry E. Vybornykh**, Dr. Sci. (Medicine), The Head of the Laboratory for the Study of Mental and Neurological Disorders in Diseases of the Blood System, National Medical Research Center for Hematology, Moscow, Russian Federation, [dvyb@yandex.ru](mailto:dvyb@yandex.ru), <https://orcid.org/0000-0001-7506-4947>

**Elena I. Rasskazova**, Cand. Sci. (Psychology), Associate Professor at the Department of Neuro- and Pathopsychology, Faculty of Psychology, Lomonosov Moscow State University; Senior Researcher at the Department of Clinical Psychology, Mental Health Research Centre, Moscow, Russian Federation, [e.i.rasskazova@gmail.com](mailto:e.i.rasskazova@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-9648-5238>

**Eduard G. Gemdzhian**, Biostatistician of the Laboratory for the Study of Mental and Neurological Disorders in Diseases of the Blood System, National Medical Research Center for Hematology, Moscow, Russian Federation, [edstat@mail.ru](mailto:edstat@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-8357-977X>

**Evgeny E. Zvonkov**, Dr. Sci. (Medicine), the Head of the Division of Lymphoproliferative Diseases, National Medical Research Center for Hematology, Moscow, Russian Federation, [dr.zvonkov@gmail.com](mailto:dr.zvonkov@gmail.com), <https://orcid.org/0000-0002-2639-7419>

**Irina A. Lukyanova**, Cand. Sci. (Medicine), the Head of the Day Hospital of Oncology and Chemotherapy of Hemoblastosis and Hematopoietic Depressions, National Medical Research Center for Hematology, Moscow, Russian Federation, [Irina.Don-skova99@mail.ru](mailto:Irina.Don-skova99@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0002-8337-2242>

**Tatyana N. Moiseeva**, Cand. Sci. (Medicine), the Head of the Clinical and Diagnostic Department of Hematology and Chemotherapy with Day Hospital, National Medical Research Center for Hematology, Moscow, Russian Federation, [taniamoiseeva@mail.ru](mailto:taniamoiseeva@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0001-9591-8508>

**Aminat U. Magomedova**, Dr. Sci. (Medicine), Hematologist of the Department of Chemotherapy of Lymphatic Tumors with Bone Marrow and Hematopoietic Stem Cell Transplantation Unit with Day Hospital, National Medical Research Center for Hematology, Moscow, Russian Federation, [maminat@mail.ru](mailto:maminat@mail.ru), <https://orcid.org/0000-0003-4263-8275>

Поступила: 28.10.2023; получена после доработки: 08.12.2023; принята в печать: 05.02.2024.  
Received: 28.10.2023; revised: 08.12.2023; accepted: 05.02.2024.