

ТИПЫ ВОСПРИЯТИЯ БОЛЕЗНИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Сидорова А.С.¹, Дубинский А.А.², Лысенко Н.Е.³

¹ Сидорова Анастасия Сергеевна

младший научный сотрудник Лаборатории психогигиены и психопрофилактики; федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кропоткинский пер., д. 23, Москва, 119034, Россия. Тел.: 8 (495) 637-18-20.

E-mail: sidorova.a@serbsky.ru

² Дубинский Александр Александрович

кандидат психологических наук, научный сотрудник Лаборатории психогигиены и психопрофилактики; федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кропоткинский пер., д. 23, Москва, 119034, Россия. Тел.: 8 (495) 637-18-20.

E-mail: aleksandr-dubinskij@yandex.ru

³ Лысенко Надежда Евгеньевна

кандидат психологических наук, старший научный сотрудник Лаборатории психогигиены и психопрофилактики; федеральное государственное бюджетное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Кропоткинский пер., д. 23, Москва, 119034, Россия. Тел.: 8 (495) 637-18-20.

E-mail: nlisenko@yandex.ru

Аннотация. Статья посвящена выявлению типов восприятия болезни у больных шизофренией. Были обследованы 32 человека с поставленным диагнозом F20.0 («шизофрения параноидная»). Длительность заболевания составила 0,5—18 лет (средняя длительность — 6 лет). Диагностический комплекс включал специфические методики на выявление особенностей когнитивного, эмоционального и поведенческого уровней восприятия болезни. Были выявлены 3 типа восприятия болезни и их взаимосвязь с индивидуально-психологическими особенностями пациентов: первому типу свойственно позитивное переформулирование ситуации болезни, второму типу — сочетание склонности фиксироваться на негативных сторонах болезни и ее принятие, третий тип характеризует фиксация на негативном значении болезни и ее непринятие. Обсуждены возможности применения результатов на практике, например разработка на основе полученных данных профилированных программ психосоциального лечения и реабилитации.

Ключевые слова: восприятие болезни; шизофрения; внутренняя картина болезни.

УДК 159.9:616.895.8

Библиографическая ссылка

Сидорова А.С., Дубинский А.А., Лысенко Н.Е. Типы восприятия болезни у больных шизофренией // Медицинская психология в России. – 2020. – Т. 12, № 3. – С. 7. doi: 10.24412/2219-8245-2020-3-7

Поступила в редакцию: 12.11.2019 Прошла рецензирование: 06.04.2020 Опубликована: 13.06.2020

Введение

Особая значимость задачи создания профилированных психосоциальных вмешательств в отношении больных шизофренией обусловлена их лидирующей позицией по распространенности и тяжести социальных последствий среди других психических расстройств [5; 6]. На 2016 год численность больных шизофренией в России составляла 452,7 тыс. чел., в 2017 году от общего числа инвалидов по психическому заболеванию доля пациентов с диагнозом «шизофрения» составила 33,3% [8]. Также выявлена высокая рецидивность госпитализаций больных шизофренией — каждый пятый пациент повторно госпитализируется [3].

Следует добавить, что больных шизофренией характеризуют высокие показатели некомплаентного поведения. По данным ВОЗ (2017), 90% проживающих в развивающихся странах пациентов не соблюдают терапевтический режим. В связи с чем 50% больных не получают надлежащей помощи [Там же]. Выявлена низкая информированность больных шизофренией (85,9%) о симптомах, динамике, лечении заболевания [1; 9]. Высокий уровень информированности влияет на формирование положительной установки на реабилитацию и формирование внутренней картины болезни (ВКБ) [1; 7], которая должна быть адекватной, соответствовать тяжести состояния и отражать необходимые знания о болезни [4]. Обыденные представления о болезни (концепция болезни) опосредуют поведение в ситуации болезни, выражающееся в своевременном обращении за помощью, соблюдении медицинских рекомендаций, режима и регулярного наблюдения. В связи с чем актуальным представляется изучение особенностей восприятия болезни пациентами с целью ее последующей коррекции.

Если говорить о восприятии болезни в рамках когнитивистского подхода, как о перцепции, то данный термин шире, чем ВКБ. Таким образом, и на наш взгляд целесообразно говорить о восприятии болезни, которая включает все уровни ВКБ (когнитивный, эмоциональный, мотивационный), кроме чувственного.

В последнее время экстенсивно разрабатывались проблемы, связанные с личностными особенностями больных, приверженностью лечению, особенностями мотивационной сферы, когнитивных функций и мышления. Однако значительно меньше уделяют внимание проблеме внутренней картины болезни и восприятию болезни лицами с шизофренией в отечественных исследованиях по сравнению с зарубежными. Так, в рамках изучения когнитивного аспекта восприятия болезни было выявлено, что больные шизофренией характеризуют последствия болезни как негативные, сопровождающиеся непониманием симптомов заболевания, а также оценивают эффективность лечения на низком уровне. Причины заболевания, по мнению пациентов, связаны как с религиозными убеждениями, так и с экономическим, медико-психологическим и социальным неблагополучием [10; 11; 12; 13; 14; 15; 16; 17].

Учет особенностей восприятия болезни у больных шизофренией позволит разрабатывать профилированные эффективные психопрофилактические и психосоциальные вмешательства, направленные на сохранение уровня социальной адаптации и психологического благополучия пациентов, что определило **цель** настоящей работы как выявление типов восприятия болезни у больных шизофренией во взаимосвязи с их индивидуально-психологическими особенностями.

Материалы и методы исследования

Были обследованы 32 человека в возрасте 20—65 лет (средний возраст $\pm 36,4$, 16 мужчин, 16 женщин) с поставленным диагнозом F20.0 («шизофрения параноидная»). Длительность заболевания составила 0,5—18 лет (средняя длительность — 6 лет). Экспериментальные материалы, представленные в данном исследовании, получены в Психиатрической клинической больнице № 4 им. П.Б. Ганнушкина и в Психоневрологическом диспансере № 19. Клиническую оценку состояния пациентов в соответствии с критериями МКБ-10 проводили врачи-психиатры.

Методический комплекс включал в себя следующие методики:

1. Опросник «Когнитивные представления о болезни» (Н.А. Сирота, Д.В. Московченко, 2014). Содержит шкалы «Принятие», «Воспринимаемые преимущества», «Беспомощность».
2. Опросник «Способы совладающего поведения» Р. Лазаруса (1988) в адаптации Т.Л. Крюковой, Е.В. Куфтяк, М.С. Замышляевой (2004), включающий шкалы: «Конфронтационный копинг», «Дистанцирование», «Самоконтроль», «Поиск социальной поддержки», «Принятие ответственности», «Бегство — избегание», «Планирование решения проблемы», «Положительная переоценка».
3. Опросник уровня агрессивности Басса — Перри» (на русском языке адаптирован и валидизирован в 2002—2004 гг. С.Н. Ениколоповым, Н.П. Цибульским). Включает шкалы «Гнев», «Физическая агрессия», «Враждебность», а также интегральный показатель агрессивности.
4. Краткий опросник восприятия болезни (Brief IPQ) Е. Broadbent. Методика позволяет оценить степень переживаемого психологического дистресса от заболевания. Каждый пункт опросника оценивает один из аспектов восприятия болезни: последствия болезни, течение болезни (временная перспектива), личный контроль, контроль лечения заболевания, идентификация симптомов болезни, эмоциональные реакции на заболевание, обеспокоенность болезнью (сочетает в себе эмоциональные и когнитивные представления), понимание причин болезни.
5. «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» (Symptom Check List-90-Revised — SCL-90-R) в адаптации Н.В. Тарабриной (2001). Предназначен для оценки психологического симптоматического статуса. Опросник включает следующие шкалы: SOM (соматизация), О-С (обсессивно-компульсивная симптоматика), INT (межличностная сензитивность), DEP (депрессия), ANX (тревога), HOS (враждебность), FHOV (фобическая тревога), PAR (параноидность), PSY (психотизм).

Статистическая обработка данных проводилась с помощью дескриптивной статистики, однофакторного дисперсионного анализа, кластерного анализа. Анализ данных проводился с помощью статистических пакетов SPSS 17.0, Microsoft Office Excel 2007.

Результаты исследования и обсуждение

Первым этапом анализа было выявление типов восприятия болезни пациентов с помощью кластерного анализа (метод k-means). Выделение гомогенных групп обследуемых проводилось на основе показателей опросника «Когнитивные представления о болезни». Результаты кластерного анализа по группе пациентов представлены в таблице 1 и на рисунке 1.

Таблица 1

Результаты кластерного анализа по группе пациентов

| Конечные центры кластеров | | | |
|-----------------------------|---------|-------|-------|
| Шкалы | Кластер | | |
| | 1 | 2 | 3 |
| Принятие | 16,64 | 10,90 | 10,69 |
| Воспринимаемые преимущества | 17,18 | 7,20 | 9,23 |
| Беспомощность | 13,00 | 10,00 | 19,08 |

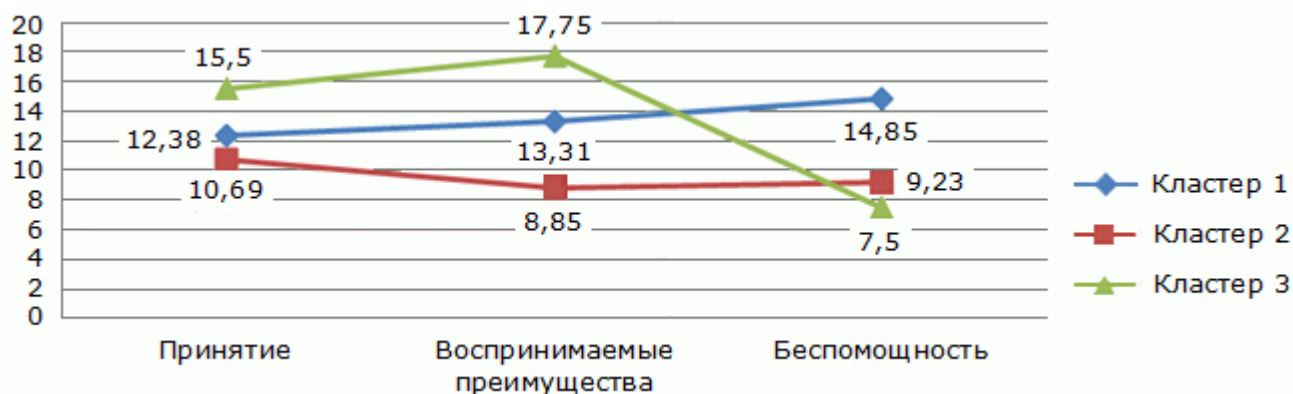


Рис. 1. Средние значения показателей опросника «Когнитивные представления о болезни» в выделенных кластерах по группе пациентов

Количество обследуемых, вошедших в каждый кластер, приблизительно одинаковое (таблица 2).

Таблица 2

Число наблюдений в каждом кластере

| | | |
|----------------------|---|--------|
| Кластер | 1 | 11,000 |
| | 2 | 10,000 |
| | 3 | 13,000 |
| Валидные | | 34,000 |
| Пропущенные значения | | 0,000 |

Лиц, вошедших в *первый кластер*, отличали максимально выраженные показатели по шкале «Воспринимаемые преимущества». То есть лица, вошедшие в эту группу, склонны использовать когнитивные стратегии, отражающие позитивное переформулирование ситуации болезни. Кроме того, в этом кластере по двум другим шкалам: «Принятие» и «Беспомощность» — также были выявлены более высокие баллы по сравнению с другими группами.

Лиц, вошедших во *второй кластер*, характеризуют минимальные показатели по шкалам «Принятие» и «Беспомощность» и средний показатель по шкале «Воспринимаемые преимущества», кроме того, профиль данного кластера носит вид плато. Лицам из данной группы свойственно, с одной стороны, фиксироваться на негативных сторонах болезни, сомневаться в качестве оказываемого лечения и воспринимать болезнь как неконтролируемое состояние, с другой — принятие имеющейся ситуации, использование когнитивных стратегий снижения негативного смысла болезни.

Лиц, вошедших в *третий кластер*, отличали максимальные показатели по шкале «Беспомощность», минимальные — по шкале «Воспринимаемые преимущества». То есть больным данной группы свойственно фиксироваться на негативном значении болезни при ее непринятии, что является неэффективной когнитивной стратегией.

Следующим этапом анализа полученных результатов было проведение однофакторного дисперсионного анализа, с помощью которого были выявлены переменные, вносящие значимый вклад в отнесение обследованных в выделенные кластеры. Полученные результаты представлены в таблицах 3, 4 и на рисунке 2.

Таблица 3

Результаты однофакторного дисперсионного анализа в выделенных кластерах
(по группе пациентов)

| Дисперсионный анализ | | | | | | |
|----------------------------------------------------------------|----------------|--------------------|---------|--------------------|--------|-------|
| Параметр | | Сумма квадратов | ст. св. | Средний квадрат | F | Знач. |
| Обсессивно-компульсивные симптомы | Между группами | 6,250 | 2 | 3,125 | 4,151 | 0,025 |
| | Внутри групп | 23,336 | 31 | 0,753 | | |
| | Итого | 29,586 | 33 | | | |
| Способ совладающего поведения «Принятие ответственности» | Между группами | 23,844 | 2 | 11,922 | 3,742 | 0,035 |
| | Внутри групп | 98,774 | 31 | 3,186 | | |
| | Итого | 122,618 | 33 | | | |
| Оценка последствий болезни | Между группами | 80,339 | 2 | 40,170 | 6,927 | 0,003 |
| | Внутри групп | 179,778 | 31 | 5,799 | | |
| | Итого | 260,118 | 33 | | | |
| Идентификация болезни | Между группами | 73,127 | 2 | 36,563 | 5,035 | 0,013 |
| | Внутри групп | 225,138 | 31 | 7,263 | | |
| | Итого | 298,265 | 33 | | | |
| Эмоциональные реакции | Между группами | 121,510 | 2 | 60,755 | 7,718 | 0,002 |
| | Внутри групп | 244,020 | 31 | 7,872 | | |
| | Итого | 365,529 | 33 | | | |
| Обеспокоенность болезнью | Между группами | 127,877 | 2 | 63,938 | 19,721 | 0,000 |
| | Внутри групп | 100,506 | 31 | 3,242 | | |
| | Итого | 228,382 | 33 | | | |

Таблица 4

Значимые различия средних значений дисперсий параметров в выделенных кластерах

| Параметр | Номер кластера | N | Среднее | Стандарт. отклонение | Минимум | Максимум |
|----------------------------------------------------------------|-------------------|----|-------------|-------------------------|---------|----------|
| Обсессивно-компульсивные симптомы | 1 кластер | 11 | 1,08 | 0,66 | 0,40 | 2,10 |
| | 2 кластер | 10 | 0,80 | 0,92 | 0,10 | 3,10 |
| | 3 кластер | 13 | 1,80 | 0,97 | 0,30 | 3,60 |
| Способ совладающего поведения «Принятие ответственности» | 1 кластер | 11 | 6,27 | 0,90 | 5,00 | 8,00 |
| | 2 кластер | 10 | 5,10 | 1,91 | 1,00 | 8,00 |
| | 3 кластер | 13 | 7,15 | 2,19 | 4,00 | 11,00 |
| Оценка последствий болезни | 1 кластер | 11 | 5,09 | 2,47 | 1,00 | 10,00 |
| | 2 кластер | 10 | 7,70 | 2,58 | 2,00 | 10,00 |
| | 3 кластер | 13 | 8,69 | 2,21 | 4,00 | 10,00 |
| Идентификация болезни | 1 кластер | 11 | 5,36 | 2,84 | 0,00 | 8,00 |
| | 2 кластер | 10 | 6,90 | 3,45 | 0,00 | 10,00 |
| | 3 кластер | 13 | 8,85 | 1,77 | 4,00 | 10,00 |

| | | | | | | |
|--------------------------|-----------|----|-------------|------|------|-------|
| Эмоциональные реакции | 1 кластер | 11 | 3,45 | 2,81 | 0,00 | 7,00 |
| | 2 кластер | 10 | 6,80 | 3,26 | 1,00 | 10,00 |
| | 3 кластер | 13 | 7,85 | 2,41 | 3,00 | 10,00 |
| Обеспокоенность болезнью | 1 кластер | 11 | 4,82 | 2,36 | 0,00 | 7,00 |
| | 2 кластер | 10 | 8,30 | 1,89 | 4,00 | 10,00 |
| | 3 кластер | 13 | 9,31 | 1,03 | 7,00 | 10,00 |

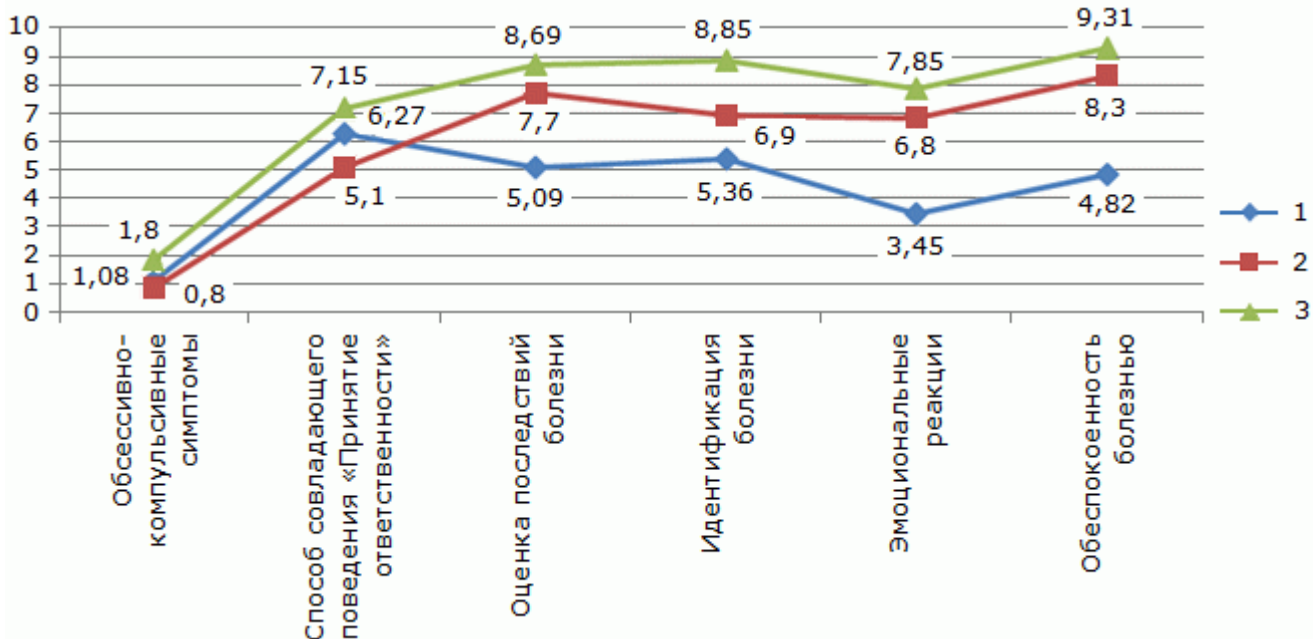


Рис. 2. Средние значения вошедших в анализ переменных, которые вносят значимый вклад в отнесение больных шизофренией в выделенные кластеры

Было выявлено, что лиц, вошедших в *первый кластер*, значимо отличают средние показатели по шкалам симптоматического реагирования на стресс «Обсессивно-компульсивные симптомы»; минимальные показатели по шкалам опросника восприятия болезни «Оценки последствий болезни» и «Обеспокоенность болезнью», «Идентификация болезни» и «Эмоциональные реакции»; промежуточные показатели по таким копинг-стратегиям, как «Принятие ответственности». Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что первый тип восприятия болезни больных шизофренией характеризует использование когнитивных стратегий, отражающих позитивное переформулирование ситуации болезни, минимальная степень обеспокоенности заболеванием, минимальная оценка влияния болезни на эмоциональное состояние и понимание симптомов болезни. Индивидуально-психологические особенности, присущие данному типу, представлены средней выраженностью навязчивостей как реакции на дистресс и принятие ответственности во фрустрирующих ситуациях.

Лиц, вошедших во *второй кластер*, значимо отличают минимальная выраженность показателей «Обсессивно-компульсивных симптомов» (однако данный результат превышает нормативные значения), «Принятия ответственности», что говорит об адаптивном варианте применения данной стратегии совладающего поведения. Выявлена средняя выраженность таких показателей восприятия болезни, как «Оценка последствий болезни», «Идентификация симптомов болезни», «Эмоциональные реакции» и

«Обеспокоенность болезнью» по сравнению с другими кластерами. То есть второй тип восприятия болезни характеризуют, с одной стороны, фиксация на негативных сторонах болезни, сомнения в качестве оказываемого лечения, восприятие болезни как неконтролируемого состояния, с другой — принятие имеющейся ситуации, использование когнитивных стратегий снижения негативного смысла болезни; средняя степень обеспокоенности болезнью, влияния на эмоциональное состояние и понятности проявлений заболевания. Индивидуально-психологические особенности, присущие данному типу, характеризуют следующие параметры: минимальное проявление обсессивно-компульсивных симптомов, при признании своей роли в возникновении проблемы и ответственности за ее решение.

В *третьем кластере* обнаружена максимальная выраженность «Обсессивно-компульсивных симптомов», копинг-стратегии «Принятие ответственности», «Оценки последствий болезни», «Идентификации болезни», «Эмоциональных реакций» и «Обеспокоенности болезнью». Таким образом, третий тип восприятия болезни больными шизофренией характеризует склонность к восприятию болезни в негативном ключе, ее непринятие и чрезмерная обеспокоенность, выраженное влияние болезни на эмоциональное состояние и жизненные обстоятельства при полном понимании симптомов болезни. К индивидуально-психологическим особенностям, присущим данному типу, относятся: сильная выраженность навязчивостей как реакция на дистресс, неоправданная самокритика, переживание чувства вины и неудовлетворенности собой при возникновении трудной ситуации.

Заключение

В результате исследования было выявлено 3 типа восприятия болезни у больных шизофренией. *Первый тип* отличает позитивное переформулирование ситуации болезни, сопряженное со средней выраженностью навязчивостей, стремлением к пониманию зависимости между собственными действиями и их последствиями, склонностью искать причины трудностей в собственных недостатках и ошибках. *Второму типу* восприятия болезни свойственно фиксироваться на негативных сторонах заболевания при попытке ее принятия. Средняя степень обеспокоенности болезнью, ее влияния на эмоциональное состояние сочетается с минимальными проявлениями навязчивости и признанием своей ответственности в ее возникновении. *Третий тип* отличает фиксация на негативном значении болезни и ее непринятие, связанное с выраженным влиянием заболевания на эмоциональное состояние при полном понимании симптомов болезни. Сильная выраженность навязчивостей сочетается с переживанием чувства вины во фрустрирующих ситуациях.

Таким образом, чем сильнее пациенты переживают и ощущают проявления своей болезни, чем больше она влияет на эмоциональное состояние и жизненную ситуацию в целом, тем более они склонны фиксироваться на ее проявлениях, и, возможно, винить себя в ее возникновении и других неудачах. Пациенты, которые объективно оценивают проявление имеющихся симптомов и прогнозируют их возможные последствия, винят себя в его возникновении.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что для большей эффективности психосоциального лечения больных шизофренией важным является включение в психореабилитационные мероприятия учета особенностей восприятия болезни с целью их последующей коррекции. Разработка программ психосоциального лечения и реабилитации, учитывающих особенности когнитивных репрезентаций болезни, совладающего поведения, эмоциональных и симптоматических реакций на болезнь каждого пациента, позволит повысить уровень комплаентности больных, сохранить их уровень социальной адаптации.

Литература

1. Мальцева Е.В. Социально-психологический статус и клиничко-реабилитационные аспекты больных параноидной шизофренией молодого трудоспособного возраста: автореф. дис. ... кан. мед. наук. – СПб., 2015. – 25 с.
2. Николаева В.В., Арина Г.А. Клиничко-психологические проблемы психологии телесности // Психологический журнал. – 2003. – Т. 24, № 1. – С. 119–126.
3. Петров Д.С. Роль семьи в лечении и реабилитации лиц с психическими расстройствами (комплексное медико-социальное и клиничко-психиатрическое исследование): автореф. дис. ... док. мед. наук. – М., 2012. – 26 с.
4. Психические расстройства: диагностика и терапия в общемедицинской практике, 2007 [для врачей, оказывающих первич. мед.-санитар. помощь] / гл. ред. Ю.А. Александровский. – М.: Ассоциация медицинских обществ по качеству, 2007. – 269 с.
5. Смулевич А.Б., Ильина Н.А. Концепции шизофрении – современные подходы – оценки и дискуссии (по материалам XV Всемирного конгресса по психиатрии, Буэнос-Айрес, 18–22 сентября 2011 г.) // Психиатрия и психофармакотерапия. – 2012. – Т. 14, № 1. – С. 4–9.
6. Снежневский А.В. Шизофрения (Цикл лекций 1964 г.) / отв. ред. В.С. Ястребов. – М.: МЕДпресс информ, 2016. – 160 с.
7. Типы восприятия болезни у родственников больных шизофренией / В.Г. Булыгина, М.Ю. Стрюцкова, А.С. Сидорова [и др.] // Психическое здоровье. – 2019. – № 2. – С. 24–32.
8. Федеральная служба государственной статистики (Росстат). Здравоохранение в России. 2017: стат. сборник. – М., 2017. – 170 с. [Электронный ресурс]. – URL: https://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf (дата обращения: 20.09.2019).
9. Ханько А.В. Психологическая адаптация к болезни пациентов с первыми приступами шизофрении: автореф. дис. ... кан. психол. наук. – СПб., 2014. – 25 с.
10. Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a «need for care» / E. Peters, T. Ward, M. Jackson [et al.] // World Psychiatry. – 2016. – Vol. 15, № 1. – P. 41–52.
11. Diefenbach M.A., Leventhal H. The common-sense model of illness representation: Theoretical and practical considerations // Journal of Social Distress and the Homeless. – 1996. – Vol. 5, № 1. – P. 11–38.
12. Illness Perceptions in Patients of Schizophrenia: A Preliminary Investigation from Lahore, Pakistan / S. Hussain, N. Imran, U.A. Hotiana [et al.] // Pakistan Journal of Medical Sciences. – 2017. – Vol. 33, № 4. – P. 829–834. doi: 10.12669/pjms.334.13128
13. Jacob J.A., Kuruvilla A. Quality of life and explanatory models of illness in patients with schizophrenia // Indian Journal of Psychological Medicine. – 2018. – Vol. 40, № 4. – P. 328–334.
14. Meyer D., Leventhal H., Gutmann M. Common-sense model of illness: The example of hypertension // Health Psychology. – 1985. – Vol. 4, № 2. – P. 115–135.
15. Ong H.C., Ibrahim N, Wahab S. Psychological distress, perceived stigma, and coping among caregivers of patients with schizophrenia // Psychology Research and Behavior Management. – 2016. – Vol. 9. – P. 211–218. doi: 10.2147/PRBM.S112129
16. Science and recovery in schizophrenia / J.A. Lieberman, R.E. Drake, L.I. Sederer [et al.] // Psychiatric Services. – 2008. – Т. 59, № 5. – P. 487–496.
17. The defense mechanisms and a subjective perception of mental illness among the daily ward patients with schizophrenia and depressive disorders / P. Lazewski-Banaszak, K. Nitsch-Staszczuk, S. Kalinowska [et al.] // European Psychiatry. – 2019. – Vol. 56, Suppl. – P. S687. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2019.01.004

Types of perception of illness in patients with schizophrenia

Abstract Sidorova A.S.¹

E-mail: sidorova.a@serbsky.ru

Dubinsky A.A.¹

E-mail: aleksandr-dubinskij@yandex.ru

Lysenko N.E.¹

E-mail: nlisenko@yandex.ru

¹ V. Serbsky National Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology

23 Kropotkinskiy per., Moscow, 119034, Russia

Phone: +7 (495) 637-18-20

Abstract. The study is devoted to the identification of types of perception of the illness in patients with schizophrenia. 32 people were examined with a diagnosis of "paranoid schizophrenia" (F20.0, ICD 10). The duration of the disease was 0.5–18 years (average duration – 6 years). The diagnostic complex included specific methods to identify the features of the cognitive, emotional and behavioral levels of perception of the illness. 3 types of perception of the disease and their relationship with individual psychological characteristics of patients were identified. The first type is characterized of a positive reframe of the situation of the illness. The second type is characterized of a combination of the tendency to concentrate on the negative aspects of the illness and its acceptance. The third type is characterized the fixation on the negative value of the illness and its failure. The possibilities of applying the results in practice are discussed. For example, the development of profiled programs of psychosocial treatment and rehabilitation based on the obtained data is discussed.

Key words: perception of the illness; schizophrenia; internal picture of the disease.

For citation

Sidorova A.S., Dubinsky A.A., Lysenko N.E. Types of perception of illness in patients with schizophrenia. *Med. psihol. Ross.*, 2020, vol. 12, no. 3, p. 7. doi: 10.24412/2219-8245-2020-3-7 [in Russian, abstract in English].