

УДК 616.895.8 – 08

## Критика к болезни у больных шизофренией (медицинский и социальный аспекты)

В.А. Руженков, О.В. Жигулина, О.А. Ефремова, Н.К. Ржевская, Л.И. Захарова  
ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет»

**Резюме.** В обзоре рассматриваются клинические и социально-психологические аспекты критичности к болезни больных шизофренией. Анализируются факторы, определяющие степень критичности, и влияние осознания заболевания на комплаентность.

**Ключевые слова:** шизофрения, критика, инсайт, осознание болезни, комплаентность.

### INSIGHT OF ILLNESS BY PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA (MEDICAL AND SOCIAL ASPECTS)

V.A. Ruzhenkov, O.V. Zhigulina, O.A. Efremova, N.K. Rzhetskaya, L.I. Zakharova  
Belgorod State National Research University  
Department of Psychiatry, Narcology and Clinical psychology

**Summary.** The clinical and psychosocial aspects of insight of illness by patients with schizophrenia are considered in the review. The factors which determine the degree of insight and the impact of awareness of the disease on compliance are analyzed.

**Key words:** schizophrenia, insight, awareness of the disease, compliance.

**Критика** (от фр.: critique из древнегреческого – kritikē – «искусство разбирать, судить») – разбор (анализ), обсуждение чего-либо с целью дать оценку (Википедия, Slogos.ru).

В вопросе о содержательной стороне дефиниции «критика» в психиатрической литературе нет исчерпывающего ответа, хотя это термин традиционно используется в клинической психиатрии. Б.М. Теплов (1954) считает, критичность одним из главных качеств ума – умение строго оценивать работу мысли, тщательно взвешивать все доводы за и против намечающихся гипотез и подвергать эти гипотезы всесторонней проверке. Сходной точки зрения придерживаются и Р.А. Garety (1998).

Дефиниция «критика» в отечественной психиатрии подразумевает оценочное отношение пациента к своим психопатологическим проявлениям, способность к продуктивному, целенаправленному постижению собственного забо-

левания и его симптомов. Однако клиническая традиция использования указанного термина несущественно отличается от обиходного значения этого слова, так как подразумевает лишь способность понимать и принимать негативную оценку собственного психического статуса, т.е. способность к критике своих психических переживаний (Иржевская В.П. с соавт., 2008).

Нарушение критичности больных при шизофрении является наиболее частым симптомом и встречается, по данным разных авторов от 84,1% (Н.А. Наджаров с соавт., 1987) до 95% случаев (С.Ю. Циркин, 1994; I. Landmark et al., 1990); другие авторы (W. Carpenter et al., 1973; Р.Н. Lysaker, 1995; J. McEvoy, 1998) приводят цифры 30–90%. В то же время адекватность суждений о собственной болезни традиционно является важным диагностическим и прогностическим критерием оценки состояния психически больных (Б.В. Зейгарник, 1962, 1971, 1986;

В.В. Николаева, 1972; И.И. Кожуховская, 1978). Осознание психической болезни традиционно рассматривалось как однородный и стабильный феномен, проявляющийся как признание собственной болезни и ее симптомов (G.E. Bertios, 1994). Влияние осознания болезни на динамику заболевания проявляется в сфере медицинского поведения пациента (комплаентности), а также связано с качеством жизни и долгосрочным прогнозом заболевания (J.P. McEvoy, 1989, 1998; A.S. David, 1998). Установлено (Г.В. Бурковский, 1990), что у пациентов, имеющих слабую мотивацию на лечение, имела место не критичность к симптомам, пассивность и безинициативность в поведении. В то же время пациенты, которые активно стремились к лечению в условиях стационара, критически относились к заболеванию.

Патогенетической основой нарушения критики некоторые авторы (А.И. Плотицер, 1970) считают недостаток сенсорно-гностических компонентов психоза, преобладание функционально изолированной симптоматики, дезинтеграцию мышления, абулию, дезаффектацию и снижение интеллекта, а также склонность к диссимуляции (А.С. Познанский, 1966).

Попытка систематизации имеющихся данных о критичности больных шизофренией, проведенная И.М. Кожуховской (1972), обнаруживает, что представление о критичности не является однозначным. Можно рассматривать несколько отдельных аспектов понятия критичность.

Первый – *критичность к своим суждениям, действиям и высказываниям*. Этот вид критичности является важной характеристикой мышления.

Второй аспект – *критичность к себе, к оценке своей личности*. Это представление о критичности приобретает более глубокий личностный смысл – понимание своего места и роли в жизни, своих достоинств и недостатков.

Третий аспект – *критичность к своим психопатологическим переживаниям* (к галлюцинациям, к бреду, к иным болезненным переживаниям). Этот вид критичности часто рассматривается в психиатрии как показатель позитивной динамики заболевания и критерий выздоровления.

В клиническом аспекте больных шизофренией разделяют на имеющих высокий и низкий уровень критичности (В.М. Банщиков, 1968; В.А. Жмуров, 1994). Считается, что отсутствие

критики к болезни является рано возникающим и некурабельным симптомом шизофрении (И.Т. Виктор, 1968), что связано с негативной симптоматикой (В.С. Чудновский, 1985), а степень выраженности критичности к болезни – является показателем прогрессивности и длительности эндогенного процесса. В то же время другие авторы считают, что прогноз течения болезни и влияние ее на социальную адаптацию не зависят от критичности (McEvoy et al., 1989).

Анализ литературных данных показал, что на сегодняшний день отсутствует единый подход к определению и классификации критичности больных шизофренией. Большинство авторов рассматривают ее как уровень понимания болезни: полное понимание болезни, формальное понимание, частичное понимание и анозогнозия (В.М. Банщиков, 1968; В.А. Жмуров, 1986).

Анализируя отношение больных шизофренией к имеющейся у них психопатологической симптоматике – критерий отношение к болезни, Ю.А. Каргополов и М.И. Мацкевич (1983)? выделили 4 типа критичности:

1. Полная анозогнозия.
2. Некритичность к прошлым приступам с признанием себя больным в настоящее время.
3. Некритичность к текущей симптоматике с формальным признанием болезни в прошлом.
4. Смешанный вариант.

Описывая особенности формирования критики при различных типах становления ремиссии у больных с острыми приступами шизофрении, Л.С. Свердлов (1989) установил, что параллельно с ослаблением тревоги, страха, растерянности происходят изменения в структуре сознания больного, в сфере субъективной реальности. Это проявляется (Т.Я. Хвиливицкий, 1977) в феноменах «актуализации противоположного знания», элементах «хроно» и «топокритики» (здесь больного не преследуют, а там, за пределами палаты – преследовали и будут преследовать). По мере того, как из глобального недифференцированного переживания вычленяется и включается в «картину мира» телесное «Я» и его психические элементы, выступающие в непосредственной чувственной данности. Именно на этом этапе и происходит первое противопоставление «Я» и патологических переживаний.

При последующем снижении аффективной напряженности формируется более глубокий уровень рефлексии. Оцениваются и сопоставляются поступки, переживания и их взаимосвязь. Таким образом контурируется поведенческий уровень «Я». Чаще всего объектом критики становятся патологические проявления более глубокого уровня.

По мере снижения аффективной напряженности и чувственной насыщенности патологических переживаний, постепенно формируется внутренняя, субъективная картина болезни. Содержанием же ее становятся соматические проявления, феномены, непосредственно затрагивающие телесное «Я» больного, наиболее тягостные и постыдные для него события и переживания. Важно отметить, что на формирование внутренней картины болезни существенное влияние оказывают естественные биологические ритмы – суточный, а у женщин – связанный с менструальным циклом (Л.С. Сverdlov, 1981).

Г.Т. Красильников (1991, 1993), исследующий нарушения критичности у больных шизофренией, установил, что синдром не критичности довольно сложен по структуре, тесно связан с процессом осознания болезни, а шире – с нарушением личностного самосознания. В большом разнообразии проявлений не критичности автор выделил несколько типов отражающих особенности нарушения критического самосознания и осознания болезни. Сюда вошли 7 типов:

1. Полная нозогнозия.
2. Признание отдельных признаков заболевания.
3. Сдвиг болезни в прошлое.
4. «Соматизация» или «психологизация» болезни.
5. Формально-логическое («вынужденное») признание болезни.
6. Аутоанозогнозия.
7. Гетероанозогнозия («тотальная анозогнозия»).

Рассматривая с психодинамических позиций «внутреннюю картину самосознания» больных шизофренией Л.Н. Собчик (2007) отмечает, что у них нарушена функция супер-Эго – внутриличностная структура, опосредованно реализующая сращивание «Я» с социальным окружением. Сильное супер-Эго в норме подавляет спонтанность произвольных, подвластных им-

пульсивным желаниям акций. Слабое супер-Эго снижает самоконтроль и способствует прорыву спонтанных реакций, усилению импульсивных высказываний и поступков. Если супер-Эго не сформировано или разрушено, то индивид становится свободным от социальной ответственности, он не ощущает нюансов в контактах с окружением. При сохранном интеллекте он лишь формально, на уровне рассудочных умозаключений может понимать, как надо действовать или высказываться, чтобы не было выраженного диссонанса и чтобы быть похожим на других или по крайней мере не слишком от них отличаться. Автор высказывается предположение, что пустое рассуждательство (резонерство) проявляется как гиперкомпенсаторная тенденция, но при этом на уровне чувств созвучности с окружением не происходит.

Исследования уровня самосознания у больных шизофренией показало большую роль процессов самосознания в социальной адаптации больных (В.С. Чудновский, 1994). Установлено, что степень и характер семейно-бытовой и трудовой адаптации при всех формах заболевания зависят от уровня самосознания не в меньшей, а иногда и в большей степени, чем от клинических, биологических свойств болезни, ее стадии и типа течения. Без учета роли самосознания психически больного невозможно представить себе как субъекта, активно участвующего в реабилитационном процессе, способного в той или иной степени самостоятельно интерпретировать события и свои взаимоотношения с окружающими людьми, принимать собственные, а не навязанные со стороны решения и брать за них ответственность. По нашему мнению, именно на активное стимулирование способности больных осознавать свою роль человека, страдающего психическим заболеванием и состоящего под психиатрическим наблюдением, должны быть направлены усилия социально-психологической службы реабилитации. Только с учетом роли самосознания больной представляется не как пассивный объект реабилитационных воздействий, а как активный партнер в реабилитационном процессе.

На сегодняшний день в зарубежной клинической психиатрической практике используется слово «инсайт» (от нем.: Einsicht; англ. insight – понимание, осознание, усмотрение; «sight» – ви-

дение), означающее мгновенное ясное понимание сути проблемы или ситуации, достигаемое интуитивно. Современные научные представления об инсайте демонстрируют очевидную связь между восприятием его в науке и обыденном сознании (Иржевская В.П. с соавт., 2008; A. Levis, 1934; Amador X.F., David A.S., 1998; Amador X.F., Kronengold H., 1998).

Термин «осознание» здесь имеет специфический смысл – «формирование у пациента адекватных суждений о себе и своем душевном состоянии, совпадающих с культурно-социальной реальностью сообщества, частью которого он является». Таким образом, инсайт – адекватная оценка собственного болезненного состояния в соответствии с заключением специалистов-психиатров, а нарушение инсайта – нереалистичное представление о себе и собственном состоянии при полном или частичном отрицании медико-социальных суждений о своем психическом здоровье (В.П. Иржевская с соавт., 2007–2008).

В аспекте подхода к классификации инсайта, в зарубежной литературе также нет единого подхода. Так, A. David et al. (1990) выделяет три типа инсайта:

1. По отношению к болезни – осознание болезни.
2. По способности оценить психопатологическую симптоматику – способность оценить наличие психических расстройств.
3. И третий тип – отношению к лечению, согласие на лечение.

Аналогичной точки зрения придерживаются и отечественные авторы (О.В. Лапина, В.Э. Пашковский, 1999).

Роль инсайта в болезненном процессе неоднозначна. Если определить инсайт более широко, включая способность к саморегуляции, то пациенты с осознанием факта болезни в период госпитализации ведут себя более упорядоченно (Н.В. Roback, S.I. Abramowitz, 1979). Авторами выделены следующие типы инсайтов:

- Полный инсайт. Характеризуется признанием себя психически больным, трактовкой болезненных переживаний как симптомов психического расстройства и признанием в необходимости в лечении. Авторы считают, что он наблюдается в интермиссиях фазных и рекуррентных

психозов, а также по выходе из острых транзиторных психических расстройств.

- Частичный инсайт. Отмечается относительное признание факта душевного расстройства. Несмотря на дезактуализацию психических расстройств, некоторые ответы больных показывают, что болезнь уже включилась в систему личности.
- Псевдоинсайт. Характеризуется употреблением услышанных от персонала или других лиц психиатрических терминов, без учета их реального содержания и значимости для себя. При формальном согласии с врачом больной реально не осознает ни тяжести своего заболевания, ни необходимости лечения.
- Бредовая анозогнозия. Пациенты утверждают, что они здоровы, а больными их делают врачи.
- Отсутствие инсайта. Характеризуется полным отрицанием душевного заболевания. Однако и здесь инсайт нельзя считать однородным, и пациенты, категорически отрицающие у себя психические расстройства, нередко соглашались на прием лекарств, чтобы успокоиться, высказывали желание обсудить свои проблемы с психологом.

G. Lamot, A. Grzywa (1997) подчеркивают позитивное значение полноценного инсайта для течения и лечения психических заболеваний.

Ряд авторов высказывают сомнение о наличии связи психопатологии и уровня инсайта (M.J. Cuesta, V. Peralta, 1994; G. Debowska, 1998; D.S. O'Leary, 2000; K.N. Thompson, 2001; T.E. Smith, 2000; G. Donohoe, 2004; M. Brune, 2005). Существует и противоположная точка зрения (R. Kemp, A. David, 1996), согласно которой уровень инсайта находится в значимой, отрицательной корреляции с продуктивными и негативными симптомами, а также с уровнем «общей психопатологии» (симптоматики, неспецифичной для шизофрении) по методике PANSS. В других исследованиях (R.W. Goldberg et al., 2001; R.J. Drake et al., 2004) указывается на связь уровня инсайта с симптомами депрессии и тревоги. Установлено, что депрессивные состояния в структуре шизофрении значительно чаще встречаются у пациентов с высоким уровнем инсайта (Т.Н. McGlashan, W.T. Carpenter, 1976).

Сходные данные приводит и X.F. Amador et al. (1998), выявившие, что у пациентов с аффективными и тревожными расстройствами высокий уровень инсайта наблюдается в 90% случаев. Особенности эмоционально-волевой сферы пациентов с высоким уровнем инсайта дают представление о возможных негативных последствиях осознания болезни для эмоциональной жизни пациентов. Симптомы, тревоги, депрессии и апатии могут служить примером тех переживаний, связанных с осознанием болезни, которые пациенты с нарушением инсайта пытаются избежать (В.П. Иржевская с соавт., 2007–2008). Депрессивные расстройства как нарушения эмоционально-волевой сферы распространены при шизофрении в 25–54% случаев, а их распространенность на продромальном этапе, в острой фазе и ремиссии заболевания говорит о депрессии как одном из осевых расстройств (А.Б. Смулевич, 2007). Наряду с этим (О. Moore, 1991) обнаруживается значимая связь между депрессивной симптоматикой и улучшением осознания болезни у пациентов с шизофренией.

Что касается вопроса о возможности оказания влияния на критичность больных шизофренией, то в литературе имеются сведения (McEvoy, 1989), что у больных, прошедших курс психообразовательной работы, уровень понимания болезни был достоверно выше, чем в контрольной группе (не посещавших

занятия). На возможность оптимизации отношения к болезни психотерапевтическими методами указывали и другие авторы (Э.Г. Кельмикшейт, 1978; Y. Alanen, 1985). P.N. ahadum, M. Marshall. (2008) сделали попытку установить выраженность инсайта при лечении антипсихотическими средствами двух групп: депо-нейролептиками и принимаемыми внутрь атипичными нейролептиками. Авторы установили, что у больных, которые лечились принимаемыми внутрь антипсихотиками, инсайт был выражен статистически достоверно больше, чем у тех, которые получали депо-препараты.

Таким образом, литературные данные, посвященные проблеме критики (отношения) к болезни свидетельствуют о неоднозначности и недостаточной разработанности данной проблемы. Отсутствует согласованная точка зрения на роль критического отношения к болезни в ее динамике и прогнозу, а также влиянии на социальную адаптацию. Отмечается положительная взаимосвязь критичности и согласия пациента на лечение. Сказанное мотивирует проведение комплексных клинико-психопатологических и клинико-психологических и социально-психологических исследований данного феномена, а также разработку эффективных психофармакологических и психотерапевтических методов оптимизации критического отношения к болезни.

### Список литературы

1. Банщикова В.М. Об отношении психически больных к своей болезни / В.М. Банщикова, И.А. Мизрухин, Я.П. Фрумкин // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1968. – Т. 68, № 6. – С. 871–875.
2. Жмуров В.А. Общая психопатология / В.А. Жмуров. – Иркутск : Изд-во Иркут. ун-та, 1986. – 280 с.
3. Зейгарник Б.В. Патология мышления / Б.В. Зейгарник. – М. : Изд-во Моск. ун-та, 1962. – 244 с.
4. Зейгарник Б.В. Личность и патология деятельности / Б.В. Зейгарник. – М. : МГУ, 1971. – 100 с.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология : [учеб. для вузов] / Б.В. Зейгарник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : МГУ, 1986. – 286 с. : граф.
6. Иржевская В.П. Качество когнитивного функционирования как фактор формирования осознания собственной болезни (инсайта) у больных шизофренией / В.П. Иржевская // Психология – наука будущего : материалы междунар. конф. мол. ученых, Москва, 1-2 нояб. 2007 г. / Ин-т психологии РАН ; под ред. А.Л. Журавлева, Е.А. Сергиенко. – М., 2007. – С. 175–177.
7. Иржевская В.П. Исследование связи клинического статуса и осознания собственной болезни (инсайта) у больных хронической шизофренией / В.П. Иржевская, Г.Е. Рупчев // Психиатрия XXI века: традиции и инновации : всерос. шк. молодых ученых в обл. психич. здоровья, Суздаль, 5-8 сент. 2007 г. : сб. тезисов / МНИИП Росздрава ; под ред. Я.К. Кочеткова [и др.] – М., 2007. – С. 109–111.
8. Проблема инсайта в современной патопсихологии / В.П. Иржевская, Г.Е. Рупчев, А.Ш. Тхостов [и др.] // Вопросы психологии. – 2008. – № 2. – С. 145–153.
9. Нарушение осознания психической болезни (инсайта): структура, динамика, механизмы / В.П. Иржевская, А.Ш. Тхостов, М.А. Морозова [и др.] // Вестник университета. Сер. I. Социология и управление персоналом / Гос. ун-т управления. – 2008. – № 12 (50). – С. 64–70.
10. Предметно-исторический анализ категории «осознание психической болезни» (инсайт) в психиатрии / В.П. Иржевская, Г.Е. Рупчев, М.А. Морозова [и др.] // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2008. – Т. 108, № 4. – С. 4–11.
11. Иржевская В.П. Связь нарушения осознания психической болезни и характеристик эмоционально-волевой сферы у пациентов с шизофренией / В.П. Иржевская, А.Ш. Тхостов, М.А. Морозова // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2009. – № 1 (47). – С. 47–52.
12. Иржевская В.П. Нарушения осознания психической болезни при шизофрении: автореф. дис. канд. психол. наук: 19.00.04 / В.П. Иржевская; Моск. гос. ун-т. – М., 2009. – 28 с.

13. Каргаполов Ю.А. К вопросу об анозогнозии при шизофрении / Ю.А. Каргаполов, М.И. Мацкевич // Актуальные вопросы психиатрии: материалы 1 науч. отчетной сессии СФ ВНЦПЗ АМН СССР, посвящ. 75-летию Томской обл. психиатр. больницы / НИИ психич. здоровья ТНЦ СО РАМН / ред. В. Я. Семке. – Томск, 1983. – С. 103–104.
14. Кельмишкейт Э.Г. Об одном из способов психологического преодоления болезни больными шизофренией / Э.Г. Кельмишкейт // Психология и медицина : материалы к симпозиуму. / Всесоюз. о-во невропатологов и психиатров, Ин-т психологии АН СССР [и др.] ; отв. ред.: В.М. Баншиков, Б.Ф. Ломов. – М., 1978. – С. 136–140.
15. Кожуховская И.И. Критичность психических больных / И.И. Кожуховская // Патопсихология : хрестоматия / Ун-т Рос. акад. образования ; сост. Н.Л. Белопольская. – 2-е изд., испр. и доп. – М., 2000. – С. 277–282.
16. Кожуховская И.И. О необходимости дифференцировать понятие «критичность» / И.И. Кожуховская // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1972. – Т. 72, № 11. – С. 871–876.
17. Зейгарник Б.В. Нарушение критичности в структуре деятельности / Б.В. Зейгарник, И.И. Кожуховская // Вестник Московского университета. Сер. 14. Психология. – 1978. – № 1. – С. 57–63.
18. Красильников Г.Т. Об аутистическом синдроме при шизофрении / Г.Т. Красильников // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1991. – Т. 91, № 7. – С. 87–89.
19. Красильников Г.Т. Нарушения критичности у больных шизофренией / Г.Т. Красильников // Социальная и клиническая психиатрия. – 1993. – Т. 3, вып. 4. – С. 53–58.
20. Международное исследование шизофрении по программе ВОЗ: задачи и методы исслед. / Р.А. Наджаров, Н.М. Жариков, С.Ю. Циркин [и др.] // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1987. – Т. 87, № 8. – С. 1192–1197.
21. Николаева В.В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях / В.В. Николаева // Проблемы патопсихологии: тез. докл. конф., Москва, янв. 1973 г. / Моск. отд-ние Всесоюз. науч. о-ва психологов АПН СССР ; отв. ред. Ю.Ф. Поляков, Б.В. Зейгарник. – М., 1972. – С. 25–45.
22. Плотичер А.И. О сознании болезни при шизофрении / А.И. Плотичер // Проблемы психиатрии: респ. межвед. сб. / М-во здравоохранения УССР, Пробл. комис. «Основные психич. Заболевания». – Вып. 1: Эндогенные психозы / ред. П.В. Бирюкович. – Киев, 1970. – С. 29–36.
23. Свердлов Л.С. О динамике обратного развития острых шизофренических приступов при психофармакологическом лечении / Л.С. Свердлов // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1981. – Т. 81, № 5. – С. 737–743.
24. Свердлов Л.С. Психопатологические и психологические предпосылки выбора терапевтической тактики при эндогенных психозах / Л.С. Свердлов // Фармакотерапевтические основы реабилитации психически больных / под ред. Р.Я. Вовина (СССР), Г.-Е. Кюне (ГДР). – М., 1989. – С. 62–97.
25. Собчик Л.Н. Психодиагностика в медицине: практ. руководство / Л.Н. Собчик; Моск. психотерапевт. акад. – М.: Компания Боргес, 2007. – 415 с.: ил.
26. Теплов Б.М. Избранные труды : в 2 т. / Б.М. Теплов ; [ред.-сост., авт. вступ. ст. и коммент. Н.С. Лейтес, И.В. Равич-Щербо]. – М.: Педагогика, 1985. – Т. 1. – 329 с.: портр, нот. ил. – (Тр. действ. членов и членов-кор. АПН СССР).
27. Хвиливицкий Т.Я. Некоторые механизмы преобразования психопатологических синдромов и реабилитация психически больных / Т.Я. Хвиливицкий // Восстановительная терапия психически больных : [сб. статей] / под ред. М.М. Кабанова [и др.]. – Л., 1977. – С. 19–30. – (Тр. Ленингр. н.-и. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева; т. 85)
28. Циркин С.Ю. О закономерностях развития психической патологии / С.Ю. Циркин // Социальная и клиническая психиатрия. – 1994. – Т. 4, вып. 2. – С. 105–119.
29. Чудновский В.С. Сравнительное изучение патологии самосознания при психических заболеваниях / В.С. Чудновский // Журнал невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1985. – Т. 85, вып. 1. – С. 106–111.
30. Чудновский В.С. Энергетический и архитектурный принцип понимания механизмов психических заболеваний / В.С. Чудновский // Неврологический вестник. – 1994. – Т. XXVI, вып. 3–4. – С. 49–52.
31. Psychotherapeutically oriented treatment of schizophrenia: results of 5-year-follow-up / Y.O. Alanen, V. Rakköläinen, R. Rasimus [et al.] // Acta Psychiatr. Scand. – 1985. – Vol. 71, suppl. S319. – P. 31–49.
32. Amador X.F. The description and meaning of insight in psychosis / X.F. Amador, H. Kronengold // Insight and Psychosis / eds.: X.F. Amador, A.S. David. – New York, 1998. – P. 15–32.
33. Insight and psychosis / eds.: X.F. Amador, A.S. David. – New York : Oxford University Press, 1998. – 366 p.: ill.
34. Berrios G.E. The notion of unitary psychosis: a conceptual history / G.E. Berrios, D. Beer // History of Psychiatry. – 1994. – Vol. 5, is. 17. – P. 13–36.
35. Brüne M. «Theory of Mind» in Schizophrenia: A Review of the Literature / M. Brüne // Schizophr. Bull. – 2005. – Vol. 31, № 1. – P. 21–42.
36. Cuesta M.J. Lack of Insight in Schizophrenia / M.J. Cuesta, V. Peralta // Schizophr. Bull. – 1994. – Vol. 20, № 2. – P. 359–366.
37. David A.S. On insight and psychosis: discussion paper / A.S. David // J.R. Soc. Med. – 1990. – Vol. 83, is. 5. – P. 325–329.
38. David A.S. The clinical importance of insight / A.S. David // Insight and Psychosis / eds.: X.F. Amador, A.S. David. – New York, 1998. – P. 332–351.
39. Dbowska G. Insight in paranoid schizophrenia – Its relationship to psychopathology and premorbid adjustment / G. Dbowska, A. Grazwa, K. Kucharska-Pietura // Comprehensive Psychiatry. – 1998. – Vol. 39, is. 5. – P. 255–260.
40. Evidence that health attributions and symptom severity predict insight in schizophrenia / G. Donohoe, C. O. Donnell, N. Owens [et al.] // Journal of Nervous & Mental Disease. – 2004. – Vol. 192, is. 9. – P. 635–637.
41. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia / R.J. Drake, A. Pickles, R.P. Bentall [et al.] // Psychological Medicine. – 2004. – Vol. 34, is. 2. – P. 285–292.
42. Correlates of Insight in Serious Mental Illness / R.W. Goldberg, L.D. Green-Paden, A.F. Lehman [et al.] // Journal of Nervous & Mental Disease. – 2001. – Vol. 189, is. 3. – P. 137–145.
43. Kemp R. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients / R. Kemp, A. David // BJP. – 1996. – Vol. 169, is. 4. – P. 444–450.

44. *Mahadun P. N.* Insight and treatment attitude in schizophrenia: comparison of patients on depot and atypical antipsychotics / P. N. Mahadun, M. Marshall // *Psychiatric Bulletin*. – 2008. – Vol. 32, is. 2. – P. 53–56.
45. Insight in Schizophrenia. Its Relationship to Acute Psychopathology / J.P. McEvoy, L.J. Apperson, P.S. Appelbaum [et al.] // *Journal of Nervous & Mental Disease*. – 1989. – Vol. 177, is. 1 – P. 43–47.
46. *McEvoy J.P.* The relationship between insight into psychosis and compliance with medications / J. P. McEvoy // *Insight and Psychosis / eds.: X.F. Amador, A.S. David*. – New York, 1998. – P. 289–306.
47. *McGlashan T.H.* Postpsychotic Depression in Schizophrenia / T.H. McGlashan, W.T. Carpenter // *Arch. Gen. Psychiatry*. – 1976. – Vol. 33, № 2. – P. 231–239.
48. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception in schizophrenia / O. Moore, E. Cassidy, A. Carr [et al.] // *European Psychiatry*. – 1999. – Vol. 14, is. 4. – P. 264–269.
49. Cognitive Correlates of the Negative, Disorganized, and Psychotic Symptom Dimensions of Schizophrenia / D.S. O'Leary, M. Flaum, M.L. Kesler [et al.] // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci*. – 2000. – Vol. 12, is. 1. – P. 4–15.
50. *Roback H.B.* Insight and hospital adjustment / H.B. Roback, S.I. Abramowitz // *Can. J. Psychiatry*. – 1979. – Vol. 24, № 3. – P. 233–236.
51. Insight, Symptoms, and Neurocognition in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder / T.E. Smith, J.W. Hull, L.M. Israel [et al.] // *Schizophr. Bull*. – 2000. – Vol. 26, № 1. – P. 193–200.
52. *Thompson K.N.* Reduced awareness of illness in first-episode psychosis / K.N. Thompson, P.D. McGorry, S.M. Harrigan // *Comprehensive Psychiatry*. – 2001. – Vol. 42, is. 6. – P. 498–503.

## НОВОСТИ

### Ведущие ученые мира обсудили в Сколково развитие нанотехнологий в медицине

Ученые из России, США, Европы и Азии приняли участие в организованном Фондом «Сколково» международном форуме «Масс-спектрометрия и методы визуализации», который прошел в декабре 2011 г. в Москве.

В мероприятии приняли участие представители Института атомной и молекулярной физики (Голландия), компании Novartis (Маркус Штокли (Швейцария)), геномного и протеомного центра в Университете Виктории (США), Российской академии наук (РАН), а также ведущих компаний, определяющих развитие отрасли и предоставляющих уникальные методы анализа и визуализации. Участники мероприятия презентовали уже зарекомендовавшие себя разработки и новейшие достижения

в области визуализации, а также те проекты, которые могут получить развитие в иннограде. Участники форума сошлись во мнении, что разработка стандартных практик с использованием масс-спектрометрии для применения в медицине представляется крайне важной задачей для модернизации здравоохранения и исследований в биомедицинской области. Масс-спектрометрия позволяет одновременно определять наличие и количество сотен молекул прямо в образцах ткани, культуры, и поэтому является основой современных исследований диагностических и терапевтических биомишеней. Особенно важно это для разных болезней, которые очень сходны с точки зрения морфологических изменений ткани, а значит не могут

быть определены с помощью стандартных методов. Масс-спектрометрия и другие техники визуализации приобретают все большую важность в биомедицинских и молекулярно-биологических исследованиях. О высоких темпах развития новых методов анализа биологических макромолекул говорит в том числе и тот факт, что за последние пять лет приборная линейка всех ведущих мировых производителей оборудования обновилась полностью. По этой причине ведущие мировые центры в области молекулярных исследований в биологии и медицине обновляют свою лабораторную базу каждые 3–5 лет, сообщает пресс-служба Фонда «Сколково».

*Medportal.ru*