

ЗА РУБЕЖОМ

ПРОБЛЕМА ИНСАЙТА В СОВРЕМЕННОЙ ПАТОПСИХОЛОГИИ

В.П. ИРЖЕВСКАЯ, Г.Е. РУПЧЕВ, А.Ш. ТХОСТОВ, М.А. МОРОЗОВА

Обсуждаются современные теории о природе инсайта, а также результаты эмпирических исследований, демонстрирующие неоднозначность данных для подтверждения состоятельности какой-либо из теорий. Рассматриваются основные направления и перспективы теоретического и прикладного исследования осознания собственной психической болезни пациентами.

Ключевые слова: инсайт, осознание болезни, критичность психически больных, шизофрения.

Предметом данной статьи является феномен осознания собственной психической болезни, обозначаемый понятием «инсайт» в современной клинической психологии и психиатрии. На сегодняшний день это понятие широко распространено не только среди зарубежных специалистов, но и в отечественной клинической практике. Вместе с тем часто возникают неточности в понимании его смысла, так как термин «инсайт» активно употребляется в других значениях исследователями смежных областей науки (философии, психотерапии). Кроме того, исследователи, использующие понятие «инсайт» в психиатрии, нуждаются в уточнении современного представления о природе и механизмах осознания психической болезни, необходимых для всестороннего изучения картины психических заболеваний. Таким образом, целью настоящей работы являются (а) уточнение содержания понятия «инсайт», используемого в клинической практике, (б) методологический анализ подходов к проблеме осознания психической болезни и (в) си-

стематизация данных эмпирических исследований.

Важность осознания психической болезни и связанного с ним адекватного отношения к лечебному процессу отмечалась во всех классических работах по психопатологии ([1], [7] и др.). Известно, что более половины больных шизофренией не осознают собственную болезнь; это затрудняет их лечение и ограничивает возможности реабилитации [16], [45], [65]. Субъективные представления пациентов о собственной болезни участвуют в формировании позиции больного по отношению к болезни и процессу лечения [5]. Влияние осознания болезни на динамику заболевания проявляется в сфере поведения пациента в отношении лечения (комплаентности), а также связано с качеством жизни и долгосрочным прогнозом [24], [49], [51].

В научной литературе середины XX века осознание психической болезни традиционно рассматривалось как однородный и стабильный феномен, проявляющийся в признании собственной болезни и ее симптомов [14]. Нарушение осознания психической болезни изучалось в рамках психодинамического подхода как производное от действия психологичес-

ких защит [9]. Такой подход содержал в себе ряд теоретических и методологических ограничений для дальнейшего эмпирического изучения. Например, оценка осознания психической болезни с помощью психоаналитического метода субъективной интерпретации привела к сужению методической и эмпирической базы объективных исследований. Устойчивое отождествление сложного феномена осознания болезни с бессознательным механизмом психологической защиты сдерживало выдвижение новых гипотез.

Проблема осознания психической болезни привлекла внимание многих исследователей, обозначивших концептуальную и методологическую ограниченность традиционного подхода к изучению осознания болезни психически больными [10], [23]. Была продемонстрирована необходимость пересмотра традиционных представлений о феномене осознания болезни и операционализации научной терминологии для проведения эмпирических исследований [22], [48]. В результате термин «инсайт», приобретший специфическое значение в рамках клинической психологии и психиатрии, свыше десяти лет используется в современных классификациях психических заболеваний МКБ-10 [64] и DSM-IV [27].

На сегодняшний день в клинической практике используется определение инсайта как осознания собственной психической болезни [8]. Термин «осознание» в рамках понятия инсайт имеет специфический смысл. Осознание понимается как «формирование у пациента адекватных суждений о себе и своем душевном состоянии, *совпадающих* с культурно-социальной реальностью сообщества, частью которого он является» [9; 16]. Таким образом, инсайт — это адекватная оценка собственного болезненного состояния в соответствии с заключением специалистов, а нарушение инсайта — это нереалистичное представление о себе и собственном состоянии при полном или частичном отрицании медико-социальных суждений о своем психическом здоровье.

Использование понятия «инсайт» внесло существенные изменения в концепцию осознания собственной болезни больными с психическими расстройствами. Важным концептуальным достижением стало включение целого ряда качественных параметров в это понятие, подчеркивающих его сложность и динамичность. Болезнь затрагивает все уровни существования пациента, различные по важности и содержанию; соответственно, понятие «инсайт» также выделяет отдельные аспекты осознания болезни. Наличие психической болезни — лишь один аспект инсайта наряду с социальными последствиями болезни и эффектом от приема медикаментов, а также необходимостью лечения и наличием конкретных симптомов [10], [23]. В дополнение к осознанию был введен новый параметр инсайта — понимание причин (атрибуция) каждого из указанных аспектов. Этот параметр используется при оценке как актуальных аспектов инсайта, так и ретроспективно — в отношении прошлых переживаний. Позднее было предложено дополнить понятие аспектом восприятия психической болезни третьими лицами и эмоциональной реакцией больного на болезнь [48].

Уровень инсайта измеряется с помощью интервальной шкалы, где используются показатели низкого, частичного и полного инсайта по каждому из упомянутых аспектов. В настоящее время существует несколько валидных и надежных методик оценки инсайта, предъявляющихся в виде полуструктурированного интервью. Шкала оценки нарушения осознания психического расстройства¹ (The Scale to Assess the Unawareness of Mental Disorder) [10] разработана специально для оценки уровня инсайта у пациентов с психическими расстройствами, в частности, с шизофренией. Эта шкала дает возможность оценить перечисленные выше аспекты по параметрам осознания и понимания причин во временной перспективе настоящего и прошлого состояния пациента. Оценка

¹ Русский перевод см. [2].

производится в процессе клинической беседы по пятибалльной шкале, где низший балл соответствует высшему уровню инсайта. Данная методика широко используется в научных и клинических исследованиях, что расширяет возможности сравнения и обсуждения результатов. Другие примеры методик оценки инсайта в виде полуструктурированного интервью: The Insight and Treatment Attitudes Questionnaire (ITAQ) [52] и The Schedule for the Assessment of Insight—Expanded (SAI—E) [23]. Существуют также статистически обоснованные опросники, демонстрирующие высокую корреляцию с методиками интервью [15], [48].

Использование этих шкал предполагает наличие подтвержденного диагноза и объективных источников информации о пациенте (история болезни, персонал, родственники). Как в случае любого экспертного метода оценки, предполагается проведение дополнительного инструктажа специалистов по процедуре, оценочным критериям и принципам использования методики.

Введение понятия «инсайт» значительно расширило теоретическое и практическое понимание феномена осознания психической болезни. Тем не менее необходимо подчеркнуть ряд незатронутых концептуальных вопросов. В частности, остается неясной роль субъекта в отношении к феномену инсайта. Являются ли суждения и переживания пациента по поводу своей болезни *пассивным* отражением внешней информации о собственном состоянии или пациент принимает непосредственное участие в формировании суждений на основании *активной* рефлексии событий внутреннего и внешнего мира?

Признание динамики инсайта является важным теоретическим достижением, однако это не дает возможности определить природу инсайта. В определении инсайта не фигурируют характеристики, квалифицирующие его как психический *процесс* или психическое *явление (состояние)*. Наблюдаемая динамика может являться проявлением инсайта как измен-

чивого психического процесса или характеризовать инсайт как психическое явление, проявляющееся по-разному в зависимости от ситуации.

Кроме того, проблема инсайта затрагивает различные грани осознания, начиная от осознания внутренней реальности интрацептивных ощущений до внешней реальности принудительной госпитализации. Осознание какой именно реальности — внутренней субъективной реальности болезни или внешней реальности медико-социального диагноза — является ключевым объектом в изучении инсайта?

Включение различных аспектов и параметров в понятие «инсайт» кажется обоснованным сложностью и многогранностью феномена психической болезни, но так как четкие критерии их выделения не обозначены, то неясно, являются ли они частями целостного феномена или отдельными описательными характеристиками, имеющими косвенное отношение к инсайту.

Одним из слабых мест в методологии инсайта является субъективность методов оценки. Критерием оценки верности внутренних суждений и переживаний пациента являются социальные нормы психического здоровья, что неизбежно приводит к противоречиям в сопоставлении двух реальностей. Адаптация и стандартизация критериев оценки инсайта являются важной частью методологической работы по описанию границ понятия в различных слоях реальности. Кроме того, существующие способы измерения инсайта не всегда способны разрешить центральную проблему исследования осознания собственной болезни — проблему диссимуляции, или «ложного инсайта».

ТЕОРИИ И ЭМПИРИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИНСАЙТА

Понятие «инсайт» описательно, что порождает много различных гипотез о природе явления и стимулирует рост практических исследований. В связи с объективной сложностью предмета иссле-

дования и ограниченностью эмпирического метода концепция инсайта часто сводится к богатой феноменологии без адекватного теоретического и методологического анализа.

Результаты многочисленных эмпирических исследований позволяют значительно расширить и структурировать данное понятие. В отличие от больных невротическими расстройствами пациенты с психотическими расстройствами обнаруживают низкий уровень инсайта [8], [16]. У последних нарушение осознания болезни статистически значимо связывается с трудностью принятия необходимости лечения, неисполнением врачебных рекомендаций и неблагоприятным прогнозом течения болезни [24], [49], [51]. Низкий уровень инсайта также связан с проблемами социальной адаптации больного, материальной зависимостью от родственников и утратой профессионального статуса [11], [25], [67]. Напротив, высокий уровень инсайта связывается с успешной трудовой реабилитацией больных [45].

Изучение инсайта в клинической психологии и психиатрии проводится в соответствии с психопатологической моделью, так как именно среди пациентов с психическими расстройствами распространено его нарушение. Соответственно, теории инсайта в современной исследовательской литературе представляют собой скорее теории о природе и механизмах *нарушения* инсайта. Одна из них отражает классический взгляд на отсутствие инсайта как на *симптом*, сопутствующий манифестации психоза. В соответствии с нозологической теорией нарушение инсайта — это отдельный симптом, характерный для некоторых психотических расстройств. Качественные и динамические характеристики осознания болезни объясняются тяжестью и течением заболевания. Источники нарушения осознания болезни лежат в структуре психического расстройства. Однако так как причины и механизмы развития психических расстройств и конкретных симптомов до сих пор точно не установлены, выяснить

причины и механизмы нарушения инсайта в рамках этой теории очень сложно.

Результаты многочисленных исследований, проверяющих данную теорию, не дают однозначного заключения о связи психопатологии и уровня инсайта ([26], [28], [54], [57], [59], [67] и др.). Например, М. Квеста и В. Пералта [22] изучили выборку из 115 больных шизофренией и нашли, что уровень инсайта не связан с продуктивной и негативной симптоматикой в клиническом статусе больного. Напротив, исследование Р. Кемпа и его коллег [40] показывает, что 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. Однако исследования динамики инсайта привлекают внимание согласованностью результатов и позволяют сделать вывод об отсутствии значимой связи между изменениями симптоматического статуса и изменениями уровня инсайта [17], [66].

В то же время эмпирические данные демонстрируют связь уровня инсайта с симптомами депрессии и тревоги [15], [17], [28], [61]. Депрессивные состояния в структуре шизофрении значительно чаще встречаются у пациентов с высоким уровнем инсайта [53]. Согласно статистике, у пациентов с аффективными и тревожными расстройствами высокий уровень инсайта наблюдается в 90 % случаев [9]. 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.

Очевидная связь эмоций и инсайта традиционно склоняла многих исследователей к предположению о наличии механизма психологической защиты, который функционально связывает психопатоло-

гические симптомы с уровнем инсайта [53]. Нарушение инсайта при психических расстройствах высоко селективно и затрагивает только те сегменты самосознания, которые могут пострадать от информации, связанной с болезненными переживаниями. Такую избирательность трудно объяснить влиянием нейробиологического дефицита, так как приходится учитывать мотивацию отбора неосознаваемого материала. В качестве такой мотивации может выступать подсознательная мотивация защиты эмоционально-волевой сферы пациента от травмирующей информации о себе.

В противоположность взгляду на нарушение инсайта как симптом психического заболевания, психодинамический подход рассматривает снижение инсайта как адаптивный механизм саморегуляции эмоций [44]. Нарушение инсайта в рамках этого подхода не является психопатологическим симптомом в клиническом смысле, а представляет собой нормальную реакцию личности на травмирующую информацию о себе. Патологические свойства психики больного преломляют и трансформируют эту реакцию, превращая ее в дисфункцию. Однако непосредственно механизм нарушения (снижения) инсайта — это эффективный инструмент адаптации личности, широко распространенный в нормальных популяциях [63].

Результаты исследований связи инсайта и психологических защит сложно сравнивать из-за плохой операционализации самого понятия «психологическая защита». В некоторых работах под ним подразумеваются непосредственно симптомы заболевания, в других — психологический механизм, схожий с отрицанием. Например, П. Гарети [32] предполагает, что маниакальные состояния и бредовые идеи исполняют защитную функцию, не допуская травмирующую информацию в сознание и ограждая пациента от негативных эмоциональных переживаний. Исследование В.П. Иржевской и др. [38] статистически связывает повышенные показатели отрицания и подавления по клиническим

шкалам *Hu* (истерия) и *R* (подавление) методики ММРІ [36] с низким уровнем инсайта. О. Мур и коллеги [56] делают вывод, что низкий уровень инсайта связан с чрезмерным использованием самообмана (*self-deception* — селективное и мотивированное избегание осознания эмоционально-значимого материала), способствующим меньшему проявлению депрессии у шизофреников. Наконец, Б. Махер и М. Спитзер [47] полагают, что бредовые идеи — это своеобразная попытка больных объяснить свои аномальные переживания. Нелепые, фантастические идеи в структуре бреда помогают пациентам рационализировать субъективные патологические явления. Неадекватность, болезненность этих попыток может быть связана как с расстройствами самовосприятия, так и с концептуальной дезорганизацией и нарушением абстрактного мышления [55].

Влиятельным подходом к изучению нарушения инсайта является нейробиологический, который аргументируется тем, что нарушения когнитивных функций являются фундаментальной характеристикой шизофрении [4], [42]. Невролог Дж.Ф. Бабинский впервые ввел термин «анозогнозия» в 1914 г. для описания состояния больных с правополушарным поражением мозга, при котором больные отрицали паралич левой стороны тела. Поверхностно феномен анозогнозии при неврологических расстройствах имеет сходство с феноменом нарушения инсайта при психических заболеваниях. Однако следует помнить, что анозогнозия является отдельным гностическим расстройством, возникающим при корковых очагах поражения анализаторной системы и проявляется как отрицание *поражения или заболевания какой-либо части тела/органа* (таких как паралич, снижение зрения/слуха, фантомные боли в ампутированных конечностях) и должно рассматриваться в ряду других гностических симптомов. Нарушение осознания психической болезни предполагает отсутствие осознания *психической болезни* в целом, а также *ее отдельных проявлений и послед-*

ствий, и поэтому несводимо к последствию очагового поражения. Тем не менее понятие «анозогнозия» стало широко использоваться в контексте осознания психиатрических расстройств теми исследователями, которые придерживаются нейроанатомического взгляда на его природу.

Нейроанатомический подход рассматривает нарушение инсайта как прямое следствие структурной мозговой патологии. С развитием эффективных методов исследования головного мозга стало возможным выделить анатомических структур, характеризующих субстрат когнитивного дефицита при шизофрении. Большинство исследований выделяют значимые отклонения от нормы в анатомии и физиологии фронтальных и префронтальных долей головного мозга, отвечающие за исполнительные (лобные) функции контроля, программирования, абстрактного и логического мышления [35], [58]. Некоторые аспекты патофизиологии при шизофрении затрагивают компоненты системы внимания, в особенности поясную извилину (*gyrus cinguli*) [18], [19], [21]. Область префронтальных долей мозга, связываемая с вербальной и образно-пространственной памятью, также страдает при шизофрении [13].

Рассматривая инсайт как одну из когнитивных функций, исследователи попытались локализовать его на анатомической карте мозга. Эмпирические данные связывают нарушение инсайта с вентрикулярным увеличением и атрофией фронтальных долей [43], маленьким объемом мозга [30], сниженным объемом префронтальных долей [60]. Однако на основании этих данных трудно делать теоретические выводы из-за проблемы психофизического параллелизма, которая усугубляется данным подходом. Сведение феномена осознания психической болезни к особенностям строения и функционирования мозговой структуры обедняет смысл инсайта и противоречит положениям о его мультифакторности.

Функциональное направление рассматривает гипотезу о непосредственной

роли когнитивных функций в развитии инсайта. В рамках этого направления выдвинут ряд предположений о влиянии отдельных когнитивных функций на осознание болезни. К.Ф. Амадор и его коллеги [10] полагают, что слабость исполнительных функций препятствует формированию инсайта у пациентов, выступая в роли своеобразного «когнитивного потолка», выше которого развитие невозможно. Большое количество исследований подтвердили связь между исполнительными функциями и уровнем инсайта ([20], [45], [46], [50], [61], [68], [70], [71] и др.). Методикой измерения исполнительных функций в большинстве исследований является Висконсинский тест сортировки карточек (WCST), оценивающий показатели когнитивной гибкости, абстрактного мышления и способности формировать, поддерживать и координировать эффективную стратегию категориального мышления [34], [37].

Процессы внимания в отношении к инсайту заслуживает отдельного рассмотрения. М. Кинсборн [41] предполагает, что нарушения в фокусе и распределении внимания могут препятствовать формированию адекватного уровня инсайта. Согласно гипотезе Р. Кифа [39], нарушение восприятия может приводить к ослаблению внешних переживаний по сравнению с внутренними и таким образом затруднять адекватную оценку реальности. Эмпирические исследования проблемы взаимоотношения функции внимания и инсайта приводят к противоречивым выводам: одни исследователи обнаруживают положительную связь между этими факторами ([19], [45], [62], [68]), другие не находят значимой связи [33], [46]. Противоречие в результатах исследований свидетельствует о сложном, возможно, опосредствованном, характере взаимосвязи внимания и уровня инсайта и требует более глубокого изучения.

Снижение функции памяти считается характерной чертой базового когнитивного дефицита при шизофрении как в зарубежной, так и в отечественной психиат-

рии: «нарушения познавательных процессов у больных шизофренией существенно связаны с нарушением (ухудшением) избирательности привлекаемых из памяти сведений на основе прошлого опыта» [6; 54]. В корреляционных исследованиях взаимосвязь функции памяти и инсайта не нашла подтверждения [17], [33].

Связь процессов мышления с уровнем интеллекта хорошо изучена [69]. Однако отношение интеллекта к осознанию собственной болезни остается не уточненным. В результатах исследований, проведенных без учета образовательного уровня пациентов, можно найти как подтверждение статистической связи между этими двумя переменными [46], [59], так и отсутствие таковой [17], [31], [33].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В отечественной психологии изучение осознания психической болезни проводится в рамках понятия критичности, вместе с тем «это понятие остается недостаточно дифференцированным..., и до сих пор нет точного определения критичности» [3]. Понятие «инсайт», многие годы широко применяемое в зарубежной клинической практике и используемое в диагностических руководствах DSM—IV и МКБ-10, представляет иную традицию изучения данного феномена, накопившую значительное количество эмпирических наблюдений в рамках различных теоретических концепций.

Актуальность данной проблемы для специалистов всего мира предполагает создание единой терминологии и методологии изучения осознания собственной болезни. Существует большое количество объяснительных гипотез о механизмах, стоящих за инсайтом, большинство из них выделяют конкретные психические функции в качестве основных детерминант его развития и динамики. Такой подход, кроме продуктивного накопления научного знания, несет в себе несколько ограничений. Так, в эмпирическом подходе скрывается угроза упрощения, излишней фор-

мализации содержательной стороны осознания собственной болезни. При отсутствии системных, интегративных исследований в области инсайта создается ситуация разобщенности накопленного знания по отдельным теориям или гипотезам. Следовательно, существует актуальная задача соотнесения, обобщения и систематизации эмпирического знания в интегрированную, согласованную теорию осознания собственной болезни.

1. Зейгарник Б. В. Личность и патология деятельности. М.: Изд-во МГУ, 1971.
2. Иржеская В. П. и др. Методика исследования осознания психической болезни у пациентов с психической патологией различной степени тяжести // Культура и патология. Сб. научн. статей. Вып. 4. / Под ред. А. Ш. Тхостова, С. П. Елшанского. М.: Изд-во МГУ, 2007. С. 9—13.
3. Кожуховская И. И. Критичность психических больных // Тезисы докладов конференции «Проблемы патопсихологии». М.: Изд-во АПН СССР, 1972. С. 17—19.
4. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991.
5. Николаева В. В. Внутренняя картина болезни при некоторых психических заболеваниях // Тезисы докладов конференции «Проблемы патопсихологии». М.: Изд-во АПН СССР, 1972. С. 25—45.
6. Снежневский А. В. Шизофрения. М.: Медицина, 1972.
7. Яценко К. Общая патопсихология. М.: Смысл, 2001.
8. Amador X. F., David A. S. Insight and psychosis. N. Y.: Oxford Univer. Press, 1998.
9. Amador X. F., Kronengold H. The description and meaning of insight in psychosis // Amador X. F., David A. S. (eds). Insight and psychosis. N. Y.: Oxford University Press, 1998. P. 15—32.
10. Amador X. F. et al. Awareness of illness in schizophrenia // Schizophrenia Bull. 1991. V. 17. P. 113—132.
11. Amador X. F. et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders // Archives of General Psychiatry. 1994. V. 51. P. 826—836.
12. Amador X. F. et al. The assessment of insight in psychosis // Amer. J. Psychiatry. 1993. V. 150. P. 873—879.

13. Antonova E. et al. The relationship between brain structure and neurocognition in schizophrenia: A selective review // *Schizophrenia Res.* 2004. V. 70(2-3). P. 117—145.
14. Berrios G.E., Beer D. The notion of a unitary psychosis: A conceptual history // *History of Psychiatry.* 1994. V. 5(17). P. 13—36.
15. Birchwood M. et al. A self-report Insight Scale for psychosis: Reliability, validity and sensitivity to change // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1994. V. 89. P. 62—67.
16. Carpenter W.T., Strauss J.S., Bartko J.J. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: Report from the WHO international pilot study of schizophrenia // *Science.* 1973. V. 182. P. 1275—1277.
17. Carroll A. et al. Correlates of insight and insight change in schizophrenia // *Schizophrenia Res.* 1999. V. 35. P. 247—253.
18. Carter C.S. et al. Anterior cingulate gyrus dysfunction and selective attention deficits in schizophrenia: PET study during single-trial Stroop task performance // *Amer. J. Psychiatry.* 1997. V. 154(12). P. 1670—1675.
19. Cohen R.M. et al. Abnormalities in the distributed network of sustained attention predict neuroleptic treatment response in schizophrenia // *Neuropsychopharmacology.* 1998. V. 19(1). P. 36—47.
20. Collins A.A. et al. Insight, neurocognitive function and symptom clusters in chronic schizophrenia // *Schizophrenia Res.* 1997. V. 27. P. 37—44.
21. Cornblatt B.A., Keilp J.G. Impaired attention, genetics and the pathophysiology of schizophrenia // *Schizophrenia Bull.* 1994. V. 20(1). P. 31—46.
22. Cuesta M.J., Peralta V. Lack of insight in schizophrenia // *Schizophrenia Bull.* 1994. V. 20(2). P. 359—366.
23. David A.S. Insight and psychosis // *Brit. J. Psychiatry.* 1990. V. 156. P. 798—808.
24. David A.S. The clinical importance of insight // Amador X.F., David A.S. (eds). *Insight and psychosis.* N.Y.: Oxford University Press, 1998. P. 332—352.
25. David A.S. et al. Insight and psychotic illness: Cross-sectional and longitudinal associations // *Brit. J. Psychiatry.* 1995. V. 167. P. 621—628.
26. Debowska G., Grzywa A., Kucharska-Pietura K. Insight in paranoid schizophrenia: Its relationship to psychopathology and premorbid adjustment // *Comparat. Psychiatry.* 1998. V. 39(5). P. 255—260.
27. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV-TR). 4th ed. Text revision. Washington, DC: American Psychiatric Press, 2000.
28. Donohoe G. et al. Evidence that health attributions and symptom severity predict insight in schizophrenia // *J. Nervous and Mental Disease.* 2004. V. 192(9). P. 635—637.
29. Drake R.J. et al. The evolution of insight, paranoia and depression during early schizophrenia // *Psychol. Med.* 2004. V. 34(2). P. 285—292.
30. Flashman L.A. et al. Smaller brain size associated with unawareness of illness in patients with schizophrenia // *Amer. J. Psychiatry.* 2000. V. 157. P. 1167—1169.
31. Freudenreich O., Deckersbach T., Goff D.C. Insight into current symptoms of schizophrenia. Association with frontal cortical function and affect // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 2004. V. 110(1). P. 14—20.
32. Garety P.A. Insight and delusions // Amador X.F., David A.S. (eds). *Insight and psychosis.* N.Y.: Oxford Univ. Press, 1998. P. 66—77.
33. Goldberg R.W. et al. Correlates of insight in serious mental illness // *J. Nervous and Mental Disease.* 2001. V. 189(3). P. 137—145.
34. Grant D. A., Berg E. A. The Wisconsin Card Sorting Test. San Antonio, TX: Psychology Corporation, 1980.
35. Green M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? // *Amer. J. Psychiatry.* 1996. V. 153. P. 321—330.
36. Hathaway S.R., McKinley J.C. Minnesota Multiphasic Personality Inventory. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1942.
37. Heaton R.K. et al. Wisconsin Card Sorting Test, Revised and Expanded. Psychological Assessment Resources, Inc., 1993.
38. Irzhevsky V.P. et al. MMPI correlates of unawareness of illness in schizophrenia // Society for research in psychopathology, 17th meeting. 2002. P. 20.
39. Keefe R.S. The neurobiology of disturbances of the self: Autonoetic agnosia in schizophrenia // Amador X.F., David A.S. (eds). *Insight and psychosis.* N.Y.: Oxford Univ. Press, 1998. P. 142—172.
40. Kemp R., David A. Psychological predictors of insight and compliance in psychotic patients // *Brit. J. Psychiatry.* 1996. V. 169(4). P. 444—450.
41. Kinsbourne M. Representations in consciousness and the neuropsychology of insight // Amador X.F., David A.S. (eds). *Insight and psychosis.* N.Y.: Oxford Univ. Press, 1998. P. 174—192.
42. Kraepelin E. Clinical psychiatry: A textbook for physicians. N.Y.: Macmillan, 1942.

43. *Laroi F.* et al. Unawareness of illness in chronic schizophrenia and its relationship to structural brain measures and neuropsychological tests // *Psychiatry Res.* 2000. V. 100(1). P. 49—58.
44. *Lazarus R.S.* Coping theory and research: Past, present, and future // *Psychosomatic Med.* 1993. V. 55. P. 234—247.
45. *Lysaker P., Bell M.* Work rehabilitation and improvements in insight in schizophrenia // *J. Nervous and Mental Disease.* 1995. V. 183(2). P. 103—106.
46. *Lysaker P.H.* et al. Neurocognitive function and insight in schizophrenia: Support for an association with impairments in executive function but not with impairments in global function // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1998. V. 97(4). P. 297—301.
47. *Maher B.A., Spitzer M.* Delusions // P.B. Sutker, H.E. Adams (eds). *Comprehensive handbook of psychopathology* (2nd ed.). N.Y.: Plenum Press, 1993.
48. *Markova I.S., Berrios G.E.* The assessment of insight in clinical psychiatry: A new scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1992. V. 86. P. 159—164.
49. *McEvoy J.P.* The relationship between insight in psychosis and compliance with medications // Amador X.F., David A.S. (eds). *Insight and psychosis.* N.Y.: Oxford Univ. Press, 1998. P. 289—306.
50. *McEvoy J.P.* et al. Common sense, insight and neuropsychological test performance in schizophrenia patients // *Schizophrenia Bull.* 1996. V. 22(4). P. 635—641.
51. *McEvoy J.P.* et al. Insight and the clinical outcome of schizophrenic patients // *J. Nervous and Mental Disease.* 1989. V. 177. P. 48—51.
52. *McEvoy J.P.* et al. Insight into schizophrenia: Its relationship to acute psychopathology // *J. Nervous and Mental Disease.* 1989. V. 177. P. 43—47.
53. *McGlashan T.H., Carpenter W.T.* Postpsychotic depression in schizophrenia // *Arch. Gen. Psychiatry.* 1976. V. 33. P. 231—239.
54. *Mintz A.R., Dobson K.S., Romney D.M.* Insight in schizophrenia: A meta-analysis // *Schizophrenia Res.* 2003. V. 61(1). P. 75—88.
55. *Moller P., Husby R.* The initial prodrome in schizophrenia: Searching for naturalistic core dimensions of experience and behavior // *Schizophrenia Bull.* 2000. V. 26(1). P. 217—232.
56. *Moore O.* et al. Unawareness of illness and its relationship with depression and self-deception // *Europ. Psychiatry.* 1999. V. 14(5). P. 264—269.
57. *O'Leary D.S.* et al. Cognitive correlates of the negative, disorganized and psychotic symptom dimensions of schizophrenia // *J. Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences.* 2000. V. 12(1). P. 4—15.
58. *Penn D.L.* et al. Cognition and social functioning in schizophrenia // *Psychiatry.* 1997. V. 60(4). P. 327—340.
59. *Rossell S.L.* et al. Insight: its relationship with cognitive function, brain volume and symptoms in schizophrenia // *Psychol. Med.* 2003. V. 33(1). P. 111—119.
60. *Shad M.U.* et al. Insight and prefrontal cortex in first-episode schizophrenia // *Neuroimage.* 2004. V. 22(3). P. 1315—1320.
61. *Smith T.E.* et al. Insight, symptoms and neurocognitive functioning in schizophrenia and schizoaffective disorder // *Schizophrenia Bull.* 2000. V. 26(1). P. 193—200.
62. *Subotnik K.* et al. Is unawareness of psychotic disorder a neurocognitive or psychological defensiveness problem? // *Schizophrenia Res.* 2005. V. 75(2-3). P. 147—157.
63. *Taylor S.E., Brown J.D.* Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health // *Psychol. Bull.* 1988. V. 103(2). P. 193—210.
64. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO, 1993.
65. The World Health Report 2001: New hope, new understanding. Geneva: WHO, 2001.
66. *Thompson K.N.* et al. Reduced awareness of illness in first-episode psychosis // *Comprehensive Psychiatry.* 2001. V. 42(6). P. 498—503.
67. *Van O. J.* et al. Psychopathological syndromes in the functional psychoses: Associations with course and outcome // *Psychol. Med.* 1996. V. 26. P. 161—176.
68. *Voruganti L.N., Heslegrave R.J., Awad A.G.* Neurocognitive correlates of positive and negative syndromes in schizophrenia // *Canad. J. Psychiatry.* 1997. V. 42(10). P. 1066—1071.
69. *Wechsler D.* Wechsler Adult Intelligence Scale—Revised. N.Y.: Harcourt Brace Jovanovich, 1981.
70. *Young D.A., Davila R., Scher H.* Unawareness of illness and neuropsychological performance in chronic schizophrenia // *Schizophrenia Res.* 1993. V. 10. P. 117—124.
71. *Young D.A.* et al. Further parameters of insight and neuropsychological deficit in schizophrenia and other chronic mental disease // *J. Nervous and Mental Disease.* 1998. V. 186(1). P. 44—50.

Поступила в редакцию 28.XI 2007 г.