

# Особенности психотического инсайта и его отражение в дневниках пациентов

С.О. Бышок<sup>1</sup>, Г.Е. Рупчев<sup>1, 2</sup>, Н.Д. Семёнова<sup>3</sup>

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»; Россия, г. Москва

<sup>2</sup> ФГБНУ «Научный центр психического здоровья»; Россия, г. Москва

<sup>3</sup> ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, филиал ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, г. Москва

## РЕЗЮМЕ

**Цель исследования:** изучить формы проявления инсайта (осознания болезни) у больного параноидной формой шизофрении; показать динамику критичности в процессе личностно-социального восстановления и возможность ее актуализации (или реактуализации).

**Дизайн:** описательное исследование, анализ единичного случая.

**Материалы и методы.** Изучены неструктурированные самоотчеты (дневники) пациента с параноидной формой шизофрении на трех временных отрезках: февраль 2000 г., октябрь — декабрь 2000 г. и ноябрь — декабрь 2002 г. Работа включала фиксацию фрагментов дневниковых записей, соответствовавших хотя бы одной характеристике инсайта, патопсихологический анализ фрагментов, выявление психопатологических объектов в фокусах инсайтов и анализ качественных изменений, происходивших с фокусами инсайтов.

**Основные положения.** Существует ряд отечественных и зарубежных подходов к пониманию инсайта при психических заболеваниях. Качественный анализ неструктурированных самоотчетов больного позволил сделать ряд важных предположений, одним из которых явилась гипотеза о существовании особой формы критичности, названной авторами психотической.

**Заключение.** Проблема инсайта при тяжелых психических заболеваниях, в частности при шизофрении, остается малоизученной и актуальной проблемой психиатрии и клинической психологии.

**Ключевые слова:** инсайт при психических заболеваниях, дневники больных шизофренией, метод анализа клинического случая, критичность у психически больных.

**Вклад авторов:** Бышок С.О. — сбор и обработка научного материала, проведение клинико-психологического анализа; Рупчев Г.Е. — разработка дизайна исследования и научное руководство; Семёнова Н.Д. — обзор новейших публикаций по теме статьи, утверждение рукописи для публикации.

**Конфликт интересов:** авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

**Для цитирования:** Бышок С.О., Рупчев Г.Е., Семёнова Н.Д. Особенности психотического инсайта и его отражение в дневниках пациентов. Доктор.Ру. 2021; 67–73. DOI: 10.31550/1727-2378-2021-20-5-67-73

## Peculiarities of Psychotic Insight and Its Presentation in Patient's Diary

S.O. Byshok<sup>1</sup>, G.E. Rupchev<sup>1, 2</sup>, N.D. Semenova<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Lomonosov Moscow State University; 11 Mokhovaya St., Bld. 9, Moscow, Russian Federation 125009

<sup>2</sup> Scientific Centre of Mental Health; 34 Kashirskoe Shosse, Moscow, Russian Federation 115230

<sup>3</sup> V.P. Serbsky National Medical Research Center for Psychiatry and Narcology (a Federal Government-funded Institution), Russian Federation Ministry of Health; 3 Poteshnaya St., Moscow, Russian Federation 107076

## ABSTRACT

**Study Objective:** To study manifestations of insight (disease awareness) in paranoid schizophrenia patients; to demonstrate criticality dynamics during individual and social development and its possible actualisation (or re-actualisation).

**Study Design:** descriptive study, case study.

**Materials and Methods.** We have studied unstructured self-reports (diaries) of a patient with paranoid schizophrenia during three periods: February 2000, October — December 2000, and November — December 2002. Our work involved identification of diary entries which corresponded to at least one insight characteristic; psychopathological analysis of fragments; identification of psychopathological objects in insight focuses; and analysis of quality changes in insight focus.

**Key Points.** There are a number of Russian and foreign approaches to the notion of insight in mental disorders. A quality analysis of unstructured self-reports of the patient facilitated a number of important assumptions, including a hypothesis of a specific form of criticality, which we call psychotic.

Бышок Станислав Олегович — кафедра нейро- и патопсихологии факультета психологии ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова». 125009, Россия, г. Москва, ул. Моховая, д. 11, стр. 9. eLIBRARY.RU SPIN: 2820-5046. <https://orcid.org/0000-0002-2441-4975>. E-mail: sbyshok@gmail.com  
Рупчев Георгий Евгеньевич — к. п. н., старший научный сотрудник кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии ФГБОУ ВО «МГУ им. М.В. Ломоносова»; научный сотрудник лаборатории психофармакологии ФГБНУ НЦПЗ. 125009, Россия, г. Москва, ул. Моховая, д. 11, стр. 9. eLIBRARY.RU SPIN: 8523-1306. <https://orcid.org/0000-0002-4440-095X>. E-mail: rupchevgeorg@mail.ru  
Семёнова Наталья Дмитриевна (автор для переписки) — к. п. н., ведущий научный сотрудник ФГБУ «Московский НИИ психиатрии» Минздрава России, филиала ФГБУ «НМИЦ ПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. 107076, Россия, г. Москва, ул. Потешная, д. 3. eLIBRARY.RU SPIN: 2206-6374. <https://orcid.org/0000-0001-7698-1018>. E-mail: niyami2020@gmail.com



**Conclusion.** The issue of insight in severe psychiatric disorders, especially in schizophrenia, has been studied poorly and is a burning aspect in psychiatry and clinical psychology.

**Keywords:** insight in psychiatric disorders, diaries by schizophrenia patients, clinical case analysis method, criticality in mentally ill individuals.

**Contributions:** Byshok, S.O. — collection and processing of scientific materials; clinical and psychological analysis; Rupchev, G.E. — study design and academic advising; Semenova, N.D. — review of latest thematic publications; approval of the manuscript for publication.

**Conflict of interest:** The authors declare that they do not have any conflict of interests.

**For citation:** Byshok S.O., Rupchev G.E., Semenova N.D. Peculiarities of Psychotic Insight and Its Presentation in Patient's Diary. Doctor.Ru. 2021; 20(5): 67-73. (in Russian). DOI: 10.31550/1727-2378-2021-20-5-67-73

## ВВЕДЕНИЕ

Критичное отношение психически больных к своим психопатологическим переживаниям, мыслям, действиям, к своей личности в целом — важный фактор, влияющий на их позицию по отношению к лечебному процессу, на функционирование в социальной среде. При этом любой акт самоисследования, взгляд как бы со стороны на те или иные элементы внутреннего опыта, суть проявление критичного отношения, критичности [1]. Подразумевается наличие у субъекта минимальных ресурсов социального опыта, наличие представлений о «нормальности» и «ненормальности» тех или иных внутренних переживаний. Вслед за С.С. Корсаковым (1890) психиатры выделяют признаки, указывающие на выздоровление, среди них появление критичности и осознание болезни.

До недавнего времени в психиатрии отсутствовали четкие критерии и методики, с помощью которых можно было бы оценить степень критичности больных. Затем появились такие методики, созданные на основе *структурированных* самоотчетов и опросников [2]. Не умаляя важности подобного рода методик, следует указать на особую значимость оценки критичности и осознания болезни на основе *неструктурированных* самоотчетов пациентов, о чем писали еще классики психиатрии [1, 3].

### Клиническая эмпирия

В рамках клинического подхода нарушение критичности больного, нарушение осознания болезни рассматривались через врачебный опыт непосредственного наблюдения за пациентом. Вводились описательные понятия, такие как «осознание болезни», «установки больного по отношению к собственной болезни» [4]. Клиницисты говорили и о рефлексии, благодаря которой больной может «видеть себя», «судить о себе», «формировать себя» [4].

К. Ясперс указывал на такой момент внутренней жизни пациента, как «решимость заболеть» — некая грань, отделяющая осознание себя здоровым от осознания себя больным. В каждом отдельном случае существует своя, индивидуальная грань, до которой человек осознает собственные переживания как нормальные, а после которой — как патологические; имеется определенный момент между здоровьем и болезнью, когда все зависит от самого человека [1].

### Подход теории деятельности к критичности

В отечественной психологии личность исследовалась преимущественно через анализ ее деятельности. Некритичность рассматривалась как перестройка личностных особенностей, приводящая к невозможности вызвать установку на адекватное отношение к окружающей среде [5].

В условиях патопсихологического эксперимента нарушения критичности проявляются в неспособности испытуемого заметить ошибку, исправить ее даже при указании на это экспериментатора. Ситуация эксперимента может выявлять нару-

шения критичности, а также способствовать ее актуализации, посредством чего можно формировать критичность [5].

И.И. Кожуховской выделены основные виды нарушений критичности в ходе патопсихологического исследования: к собственным суждениям, действиям и высказываниям; к собственной личности; к психопатологическим переживаниям [6].

Таким образом, в рамках отечественной психологии не критичность — это не столько нарушение мышления, сколько проявление расстройства личностной сферы больного.

### Психоаналитический подход к критичности

В психоаналитических подходах критичность рассматривается, с одной стороны, как одна из функций Эго (способность к тестированию реальности, способность различать Я и не-Я, отличать внутриспсихическое, например фантазии, мысли, галлюцинации, от внешнего), с другой — как некий компромисс между защитными механизмами личности [7]. Без появления критичности к психопатологическим переживаниям нельзя говорить о ремиссии при шизофрении [4, 8].

Вместе с тем недостаток критичности при шизофрении в русле психоаналитических работ связывают с защитным механизмом отрицания и рассматривают как вполне понятную защиту человека от резкого снижения самооценки, неминуемого в случае осознания и принятия психического заболевания и необходимости лечения [7, 8].

### Понятие «инсайт» и современный эмпирический подход к критичности

О концептуальной и методологической недостаточности при изучении осознания болезни на психиатрических выборках писали еще Х. Amador и соавт., призывая к переоценке данного явления и к введению единой терминологии [9]. Так был предложен термин «инсайт» (англ. insight), заимствованный из гештальтпсихологии, классического психоанализа, инсайт-ориентированной психотерапии [9, 10]. При этом содержание термина изменилось: если в психотерапии под ним понимается моментальное озарение, момент осознания вытесненного, то в психиатрической практике — личностная особенность, изначально присущая (или не присущая) пациенту.

Предлагались инструменты оценки инсайта [2, 11]. Изначально использовались размытые определения («вербальное признание пациентом существующих психологических сложностей» и т. п.), пациенты опрашивались на предмет их отношения к болезни и далее разделялись на группы (с полным инсайтом, частичным инсайтом, не имеющие инсайта). Затем внимание стали уделять именно самоотчетам пациентов и инсайт начал представляться как некий континуум. Обращение к продукции пациента, спонтанно появляющейся в ходе лечения, субъективные критерии выздоровления вкупе с исследованиями качества жизни и проявлений «нейрокогнитивного дефицита» — все это получило

широкое распространение в психиатрии [8]. В настоящее время инсайт не укладывается в бинарную систему («есть» или «нет»), а представляет собой континуальное понятие, где осознание болезни — лишь один из его аспектов [11].

Современное понимание инсайта включает осознание пациентом собственного душевного расстройства, социальных последствий этого расстройства и необходимости лечения, осознание своих необычных переживаний (симптомов) как патологических, способность приписывать симптомы — болезни. Различают несколько степеней инсайта [12]: 1) полное отрицание болезни; 2) неполное осознание болезни (больной обращается к врачу за помощью, но вместе с тем отрицает, что он болен); 3) больной осознает, что болен, но обвиняет в болезни окружающих или связывает болезнь с внешними обстоятельствами (в том числе с органическим поражением мозга); 4) больной объясняет болезнь чем-то таинственным, мистическим, непознаваемым; 5) адекватная самооценка, или «интеллектуальный инсайт», как признание факта болезни при неспособности применить критическую самооценку в будущем в качестве средства против патологических проявлений; 6) истинно адекватная самооценка, или «истинно эмоциональный инсайт», как осознание и адекватная эмоциональная реакция больного на свои мотивы и ощущения, адекватные отношения со значимыми другими. Клиницистам рекомендуют вносить в историю болезни степень инсайта и далее проследить его динамику в процессе лечения [12].

Пациенты с психотическими расстройствами обнаруживают низкие показатели инсайта [11, 12]. Низкий инсайт связан с малой эффективностью лечения [12], с риском развития суицидальных идей, особенно при первом эпизоде болезни [10], а хорошие показатели инсайта — с личностно-социальным восстановлением и лучшей трудовой адаптацией [12].

Инсайт в его связи с комплаенсом достаточно давно привлекает внимание исследователей [13–15]. Среди причин несоблюдения лечебных рекомендаций выделяют факторы, связанные с самим пациентом, прежде всего бедный инсайт, а также факторы коморбидности с нарушениями по типу злоупотребления веществами [16, 17]. Некомплаентность ведет к неудачам лечения, повышению морбидности и росту числа рецидивов, тогда как более полный инсайт способствует личностно-социальному восстановлению.

#### Клинико-психологический анализ единичного случая и проблема инсайта

Еще Фрейд заложил основы индивидуально-психологического подхода к психопатологии (случаи Анны О., Доры, Маленького Ганса, Шребера и др.). Далее стала развиваться методология клинико-психологического анализа единичного случая, позволяющего исследователю строить теоретическую модель и разрабатывать концепцию оказания помощи. Человек может представлять собой пример ситуации, некую фактологическую основу (так, врач может говорить о случае заболевания шизофренией, о случае, хорошо или плохо поддающемся лечению), или выступать как «неповторимая» личность, не входящая в «выборку».

Индивидуально-психологическое рассмотрение дает возможность «увидеть» инсайт таким, каким он проявляется в реальной жизни, у данного конкретного пациента. Внимание при этом уделяется не столько идентификации нозологической принадлежности случая, сколько конкретной, индивидуально обусловленной феноменологии.

Клиницист старается понять сокровенное, «закодированное» послание, находящееся в неструктурированных самоотчетах (например, в тексте дневников пациента). Важно знать способ «кодировки» послания, формы осознания болезни и проявления разума в болезни — почему происходит осознание и как оно происходит. Добавим, что некоторая парадоксальность ситуации заключается в том, что послание может быть «закодировано» не только для клинициста, но и для самого пациента.

**Цель исследования:** изучить, в каких формах проявляется осознание болезни (инсайт) у больного параноидной формой шизофрении; показать динамику критичности в процессе личностно-социального восстановления и возможность ее актуализации (или реактуализации).

**Задачи исследования:** 1) изучить дневниковые записи пациента и определить фрагменты для исследования; 2) провести патопсихологический анализ данных фрагментов.

#### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Работа выполнена в рамках методологии анализа единичного случая. Материалами исследования служили дневники и история болезни пациента Б. (1975 года рождения). Возраст пациента на момент исследования — 25 лет.

История болезни: манифест заболевания произошел осенью 1995 г. (в возрасте 20 лет). В октябре 1996 г. пациент поступил на лечение в стационар психиатрической клиники, где пробыл до февраля 1997 г. Первичный диагноз: *шизофрения шубообразная, аффективно-бредовой приступ*. В июле 1998 г. вторично помещен в клинику, где пробыл месяц. Диагноз: *шизофрения параноидная, непрерывно-прогредиентное течение, с выраженными изменениями личности в эмоционально-волевой сфере и социально-трудовой дезадаптацией, галлюцинаторно-параноидный синдром*.

В период написания дневников Б. принимал антипсихотические препараты, лечился амбулаторно.

Работа с материалами дневников и соотнесение их с данными истории болезни осуществлялись в следующем порядке: фиксировались фрагменты дневниковых записей, соответствовавшие хотя бы одной из характеристик инсайта; проводился патопсихологический анализ фрагментов; выявлялись психопатологические объекты, попадавшие в фокус инсайта; анализировались качественные изменения, которые происходили с фокусами инсайтов. Динамика прослеживалась по трем временным отрезкам: февраль 2000 г., октябрь — декабрь 2000 г. и ноябрь — декабрь 2002 г.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Со слов пациента, первоначальной целью ведения дневника было зафиксировать то, что он впоследствии скажет лечащему врачу. Спустя время дневник стал средством общения пациента с самим собой, средством психологической саморегуляции.

#### Психопатологические объекты, на которые направлен инсайт

(февраль 2000 г.)

#### Психические автоматизмы и деперсонализация.

Б. пишет об ощущении внутри себя другого человека, который «тянет» его совершить неадекватные поступки, могущие привести к негативным последствиям для него самого (например, броситься с моста в Москву-реку) и окружающих. Интеллектуальный инсайт: *«У меня такое впечатление, что кто-то хочет покончить мою жизнь самоубийством. И все же я отчетливо понимаю, что этого не может быть».*

В другом месте Б. пишет о «явственном ощущении внушенности» мыслей.

Борьба с навязчивыми тенденциями сопровождается страхом, которого больной не может объяснить. Возможно, имеет место витальный страх за жизнь и существование, который мало рефлексивируется, но в известной мере препятствует совершению опасных для больного и окружающих поступков. Критичность проявляется в виде интеллектуального понимания и в косвенной форме: Б. указывает на «впечатление» воздействия извне, а не на реальное воздействие.

**Дереализация.** Б. пишет о «впечатлении», что «вместо глаз, головы и тела» у него «монитор, транслирующий окружающий мир», — здесь также употреблено слово «впечатление». Он упоминает о трудностях в плане адекватного восприятия «предметов», которые от него «на расстоянии», видя причину этого в том, что «мозг не перерабатывает информацию», — симптом нарушения восприятия приписывается болезни.

**Сенестопатии.** Б. часто упоминает о неприятных и тягостных ощущениях непонятного происхождения в разных частях тела («ломание» и «нервный зуд... внутри ног и рук»), с которыми пытается справиться с помощью причудливых телодвижений (вис вниз головой и пр.). Далее он начинает считать эти ощущения «ненормальными», то есть они становятся новыми объектами в фокусе инсайта. Сенестопатии Б. объясняет тем, что в то время «на самом деле... болела нервная система».

**Навязчивые мысли.** Б. пишет об «одолевающих навязчивых идеях», связанных с деперсонализацией и психическими автоматизмами (как в случае с желанием прыгнуть с моста в Москву-реку). «Раз в голове есть голоса, которые заставляют меня [сделать нечто опасное], я должен мысленно сопротивляться и подавлять их».

**Слуховые галлюцинации.** «Раньше голоса были сами по себе, а я сам по себе. Я не мог отличить голоса от собственных мыслей», — пишет Б. Теперь же, по его словам, «бывает так, что в голове возникает какой-то расплывчатый образ», который он начинает «развивать». Это изменение можно интерпретировать как частичное преодоление пациентом расщепления и «раздвоенности» психики.

«Голоса говорили мне... А может, это были не голоса, а мои мысли, которые очень напоминали голоса», «Голоса называют меня трусливым, плохим. Таким оценивают меня голоса, да и я сам себя так же оцениваю» — в самом построении этих фраз заметна путаница с определением своей позиции и позиции «голосов». Самооценка Б. здесь совпадает с критической оценкой его «голосами». Далее упоминаются «полуголоса, полумысли», возникающие вместе с сенестопатиями, — очевидна неопределенность данных феноменов для больного, он не знает, отнести ли их к (своим) мыслям или к (внешним) «голосам». Б. вспоминает о «странных мыслях», посещавших его во время службы в армии: «Они появлялись как наваждение, подавляли разум и создавали извращенное понимание моего места в обществе, извращали оценку происходящих событий... Эти сумасшедшие мысли звучали как "голоса"».

Выздоровление Б. связывает с избавлением от слуховых галлюцинаций: «Полностью спокойным я смогу быть только в том случае, если в голове не будет голосов».

**Интерпретативный бред.** Б. пишет о поисках «знаков», якобы установленных для него «колдунами и спецслужбами». «Знаки» должны были привести Б. к знакомой девушке. В оценке событий прошлого он ориентируется на «здоровое» понимание жизненных ситуаций, противопоставляя его пониманию ложному, исходящему из болезни: «Если рассуждать

здорово, то мне нужно было всего лишь узнать ее телефон через приятеля». Тогда же Б. «помимо воли, вопреки желанию концентрировал внимание на "условных сигналах"».

**Страхи.** Б. боится, что «в какой-то момент утратит контроль над собой и сделает что-нибудь с окружающими или с собой». Он пишет о навязчивых страхах и об ощущении всемогущества, связанного с возможностью «взглядом остановить страх». «Голоса» же говорят: «Так каждый может. А ты попробуй словами мысленно победить страх». Инсайт: «Страх основан на непонимании природы видений [будущего]. Нормальное предвидение предстоящих действий я объяснял внушенными колдунами мыслями. Или вообще — психотропным оружием».

**Ложное узнавание.** Пациент видит в иконе, изображающей Христа, поочередно некоторых родственников и знакомых и задается вопросом: «Нормально ли это?»

**Специфические формы критичности (психотический инсайт).** «Голоса требуют, чтобы мысли шли, что называется, "от души". Это важное воспоминание». Сами «голоса» «требуют», чтобы мысли Б. шли «от души», то есть чтобы мысли были именно его мыслями, а не навязанными ему извне. Критичность объективируется, проявляясь в форме «голосов»: «Голоса обвиняют меня в том, что в моей голове существуют голоса». Инсайт «встраивается» в галлюцинацию (псевдогаллюцинацию). Б. пишет о существовавшей у него идее «не иметь своего мнения» и о «стремлении поступать так и делать то, что ожидали окружающие» — возможно, так проявляется идея конвенциональности, встроена, однако, в бредовую систему «эксперимента».

**Отношение к своей личности, окружающему миру и болезни.** Б. строит гипотезы по поводу причин заболевания и видит «одну из причин сумасшествия» в «раздвоенности и противоречивости души». Он отмечает, что «должен быть хорошим человеком, имеющим твердые убеждения и четкую жизненную позицию», и подчеркивает, что «все это нужно, чтобы не сойти с ума». Б. пишет, что «вел двуличную жизнь», выражавшуюся, с одной стороны, в «стремлении расположить к себе окружающих», а с другой — в скрытом (паранойальном) противостоянии им.

«Если оценивать мой духовный мир, то он менялся на протяжении последних лет. В последнее время мое мировоззрение становится таким же, каким было [до начала болезни]... то есть приходит в норму». Б. атрибутирует психопатологические переживания (в частности, идеи о наведенной порче и сглазе) болезни: «Мне неприятно вспоминать это, но, думаю, в этой моей слабости виновен не я, а болезнь». И далее: «Если с кем-то что-то случается, то это не вина (или, наоборот, заслуга) какого-нибудь колдуна, а просто так случилось». Идеи относительно будущего: «Строить планы на будущее, конечно, надо. Только они должны быть выполнимыми. Нельзя мечтать о несбыточном и маловероятном. Бредовые фантазии искажают правильное понимание действительности».

(октябрь — декабрь 2000 г.)

**Зрительные галлюцинации.** «Я вижу то, чего нет на самом деле. Я не знаю, как это назвать. Галлюцинации, наверное». Б. осознает свои симптомы как психопатологические, называя их галлюцинациями, он способен тестировать реальность.

**Слуховые галлюцинации.** «Я думаю (или слушаю голоса) о какой-нибудь своей проблеме». Болезненное расщепление частично преодолевается. Пациент Б. вспоминает,

что в прошлом «не знал, что голоса — это психическое заблуждение, слышать голоса — не нормально».

**Галлюцинаторно-параноидный синдром.** Рассуждая о «перенесенном психическом заболевании», Б. описывает феномены, относимые к синдрому Кандинского — Клерамбо (бред преследования со слуховыми галлюцинациями). Больной характеризует переживания прошлого как «навязчивые идеи», «внутреннюю убежденность» и «полный бред». Он пишет: «Следят за мною людьми... Но постепенно подозрительность стала навязчивой».

Появилась критичность к бреду преследования, симптом стал Эго-дистонным. Б. приписывает свои психопатологические переживания болезни: «Самое ужасное в моем заболевании было то, что я считал все происходящее во мне и вокруг меня не болезнью, а управляемым экспериментом (хотя иногда соглашался мысленно с тем, что я все-таки болен)».

**Специфические формы критичности (психотический инсайт).** Б. пишет, что во время болезни считал борьбу с «голосами» «испытанием», которое он должен пройти, чтобы доказать (кому?), что он «настоящий человек». Б. не решался рассказать о «голосах» даже врачам, так как они были включены в его бредовую систему. Позже у Б. появилась идея, что он «не должен верить звучащим мыслям», а должен «не слушаться и бороться с голосами». Сама мысль о ненормальности «голосов» и необходимости «бороться» с ними суть проявление инсайта.

Отдельного рассмотрения заслуживает соотношение между инсайтом, представлениями о «нормальности» и архаичным супер-Эго больного (необходимостью доказать, что он «настоящий человек»). Проявление разума в болезни: «Даже когда я себя плохо чувствовал, в голове появлялись правильные мысли».

**Отношение к своей личности, окружающему миру и болезни.** «Я чувствую, что постепенно выздоравливаю. Впереди у меня жизнь. Надеюсь и хочу верить, что жизнь будет долгой. Какой она будет, я не знаю». Б. признает неопределенность будущего, невозможность точно «простоить» будущее, свои действия и поступки, как того требуют «голоса» и архаичное супер-Эго.

Он начинает воспринимать себя более реалистично: «Я должен понимать — я не суперчеловек и не избранник Богов. Мысли о себе как о мессии недопустимы». Принимает неоднозначность, амбивалентность происходящего в жизни: «Может, это примитивно, зато понятно. А жизнь — сложна, в ней много непонятного. Неоднозначного — еще больше. Почти все в жизни имеет положительные и отрицательные стороны». Б. не обесценивает настоящее, старается найти в нем положительное: «Когда окончательно выздоровлю и буду снова умным, сильным, целеустремленным, я не должен отказываться от того хорошего, что имею в душе сейчас». Он пишет о необходимости «критичного отношения к себе и своим родственникам» и о том, что не стоит сразу отворачиваться от человека, совершившего «некрасивый поступок», нужно сначала «попытаться понять».

Б. так отзывается о своем нынешнем состоянии (ремиссии): «Находиться в теперешнем состоянии, так думать и так чувствовать — это просто нормально». Он имеет представление о «норме» и «нормальности» и может сравнивать нынешнее состояние с состоянием в период обострения.

(ноябрь — декабрь 2002 г.)

**Постшизофреническая депрессия.** «Кто я? Никто! У меня ничего нет и вряд ли что-нибудь когда-нибудь появится».

«Даже работы нормальной нет. Я просто больной человек». «Мало того что больной — я еще и необразованный, тупой, недалекий». «Я никогда не стану праведником». «Просто я шизофреник. И вообще, если без шуток — я несчастный человек». «Я болен шизофренией, то есть я дурак. Мне очень не нравится чувствовать себя дураком». Фокус внимания смещается с отношений «Я — симптом» на отношения «Я — окружающий мир» и «Я — последствия болезни».

Б. вспоминает о попытке самоубийства в период обострения болезни, за несколько лет до настоящего момента. Подробно описывая этот эпизод (порядка 420 слов), он называет «дурацкими бреднями», «навязчивыми идеями» и «шизофренией» представление о том, что, сделав себе «не смертельное» ранение в грудь, сможет избавиться от тягостных симптомов. В записях ноября — декабря 2002 г. Б. неоднократно возвращается к теме суицида, признавая значимость проработки, «проговаривания» темы: «Я сделал неожиданный вывод — чем больше говорю о самоубийстве, тем меньше вероятность того, что покончу с собой».

**Слуховые галлюцинации.** «Место голосов заняли мысленные диалоги с собой». Б. приходит к выводу, что тот, кто «отвечает» ему, — это он сам: «Я говорю что-то, а потом представляю возможный ответ. Это уже после мне кажется, что кто-то мне отвечает, беседует со мной». Описывая ситуацию, когда «голоса» призывали стать «хорошим человеком» и пр., Б. прерывает себя: «Что за бред! Понятное дело — я сам стремился стать хорошим человеком». Вместо объекта интенции мысли Б. становится ее субъектом, вновь обретая контроль над мыслями, стремлениями, представлениями.

Из человека, страдающего от слуховых галлюцинаций, Б. превращается в «носителя голосов»: «Теперь я просто не обращаю внимания на голоса. Они не мешают или их вообще нет». Постепенно «голоса» теряют связь с психопатологией, становясь одной из специфических форм мышления: «Меня не беспокоит раздвоенность, не беспокоят голоса, не беспокоят непонятные боли. Все это сохраняется, но я привык жить с этим и это мне не мешает». Совладать с периодически возникающим наплывом мыслей теперь проще, так как увеличилась степень подконтрольности мышления воле (в психоаналитической трактовке — усилилось Эго): «Обычно помогает избавиться от навязчивых мыслей, если удастся отвлечься, переключиться или несколько раз мысленно пропеть хорошую песню».

Однако у Б. остается некоторая резидуальная симптоматика: «Когда слышу голоса или чувствую проявление болезни, с одной стороны, мне понятно, что это болезнь, с другой стороны, кажется, что продолжается эксперимент с психотропным оружием, спецслужбами, колдунами и прочей ерундой». Феномен «двойной ориентации» — один из признаков возвращения к нормальному, вероятностному мышлению.

**Отношение к своей личности, окружающему миру и болезни.** «Я уверен, что выздоровел. К сожалению, это ощущение здравого ума и полного контроля над собой пройдет. Я снова начну испытывать стрессы, пойду на работу, мне будет казаться, что люди думают и говорят обо мне. На работе буду чувствовать себя неуверенно, а дома опять буду скандалить с мамой. Это будет потом. А сейчас мне просто очень хорошо». Звучит тема будущего. Б. признает неопределенность и возможную опасность событий, которые могут случиться впоследствии, он становится более устойчивым к стрессам, а его мышление — более ориентированным на реальность (усиление Эго): «Я не знаю, что будет. Удастся ли найти хорошую работу или придется».

*отказаться от работы из-за болезни? Не знаю, буду ли чувствовать себя лучше или хотя бы так же, как сейчас. Хотя даже сейчас я чувствую себя так хорошо, что считал бы себя вообще здоровым, если бы не отдельные симптомы, возвращающие к печальной реальности». Он пишет: «Я все равно буду планировать жизнь и давать себе установки. Но я не могу планировать судьбу, не могу знать, сбудется то, что я наметил, или нет».*

Б. рассматривает возможные варианты развития жизни, если бы не случилось болезни, пытается понять не только свои страдания, но и страдания родителей. Лишь недавно Б. стал понимать, как им *«тяжело жить»*. Он смог объективировать свой болезненный опыт и перенести его на значимых других (родителей).

Признавая ограниченность своих возможностей (по сравнению с периодом до болезни), Б. обеспокоен *«отсутствием страха перед плохим развитием дальнейшей жизни»*. *«Меня почти не волнует болезнь и ее симптомы. Мне интересно получить ответы на вопросы: кто я? какой я?»* — Б. пишет о себе как о целостной, включенной в социум личности. Борьба с одолевающими симптомами сменилась поиском себя в мире социальных отношений. Фокус самоисследования сместился с отношений «Я — болезнь» к отношениям «Я — окружающий мир»: *«Мне становится легче жить, когда записываю то, что волнует. Если раньше волновала шизофрения и симптомы, то теперь волнует то, какой я есть и каковы мои отношения с людьми. Раньше о болезни я писал, чтобы не забыть, что рассказывать врачам, — я писал для врачей. Теперь пишу для себя»*.

Рассуждая о причинах болезни, Б. отмечает, что *«наверное, только врачи ответят на этот вопрос»*. Хотя и врачи теперь перестают быть всемогущими, все понимающими, коими воспринимались прежде: *«Даже врачи до конца не понимают, как мне было плохо»*.

Далее при обсуждении результатов представлены даты и соответствующий им характер осознания психопатологических переживаний.

#### **Патопсихологический анализ динамики инсайта**

*(февраль 2000 г.)*

На первом плане — описание случаев и фактов деперсонализации и дереализации, а также психических автоматизмов с полной или, чаще, частичной критичностью. Б. также пишет о сенестопатиях и попытках справиться с ними. Хотя больной находится в состоянии поглощенности психопатологическими переживаниями, он строит гипотезы о причинах заболевания и видит их в «раздвоенности и противоречивости» своей личности. «Раздвоению души» Б. приписывает также неудачи в социальной жизни.

Отметим специфическую форму проявления критичности (психотический инсайт): критическое отношение к психопатологическим переживаниям выражается с помощью психопатологических же средств (как правило, слуховых галлюцинаций императивного характера).

Описываемые феномены относятся к настоящему времени, однако имеются и ретроспективные включения. Ориентация на будущее связана с желанием избавиться от «голосов».

*(октябрь — декабрь 2000 г.)*

На первый план выступает своеобразная «полемика» Б. с жестким психотическим супер-Эго, императивы которого («делай то-то» и пр.) формально сходны с повелевающими «голосами». Отметим подчеркивание или взятие в рамочку

таких императивов в тексте, что указывает на их особую важность для Б. Больной составляет «план действий», следуя которому сможет жить нормально. Критика связывается с попытками «смягчить» суровые императивы, с более мягкой их интерпретацией.

Обращает на себя внимание Эго-синтонность императивов: они являются выражением неоднократно встречающейся в записях идеи «быть хорошим человеком». У Б. всегда наличествует некая оглядка на «кодекс честного поведения», что помогает ему выйти на конвенциональный уровень функционирования, несмотря на захваченность психопатологическими переживаниями. Этот «кодекс», хоть и принимает ригидные и архаические формы, служит важным подспорьем, подерживающим Б. и не дающим ему «провалиться» в психоз.

Отмечаются страхи (потери контроля, рецидива болезни), признается необходимость «следить за собой». Появляется большое количество записей, связанных не непосредственно с борьбой с наличествующими психопатологическими переживаниями, а с осознанием себя в мире социальных отношений и ситуаций (темы: работа, близкие люди, отношения с женщинами и пр.).

Прослеживается «путаница» собственных мыслей Б. и «голосов». Если раньше Б. различал мысли и «голоса», то теперь затрудняется это сделать. Это может рассматриваться как признак частичного преодоления шизофренического расщепления, постепенной интеграции «отщепленных» мыслей и чувств.

Описываемые феномены относятся к настоящему и прошлому. Доминируют ретроспективные описания, что позволяет предположить отсутствие ярко выраженной симптоматики при написании этой части дневников. Часто появляются рассуждения о будущем — заметно признание его неопределенности, даже при следовании «кодексу хорошего человека».

*(ноябрь — декабрь 2002 г.)*

На первый план выступают отчетливые признаки постшизофренической депрессии: суицидальные мысли, самообвинение, ощущение собственной социальной несостоятельности.

Основной темой нарратива являются не воспоминания и описание собственных психопатологических переживаний, как это было ранее, а попытки осознать себя и свое место в обществе, осмыслить или переосмыслить отношение к прошлому и, главное, к настоящему. Б. рассматривает свои жизненные перспективы, учитывая факт ограниченности, связанный с болезнью и ее последствиями. Отметим страхи возможного рецидива заболевания.

Обращает на себя внимание ориентация Б. на конвенциональность, проявляющаяся в способах реагирования на окружающее, отношении к себе. Высмеивание самого себя, шутки, связанные с болезнью, также могут рассматриваться как проявление конвенциональной реакции на неконвенциональные (психопатологические) переживания; Б. способен объективировать психопатологические переживания, обозначить их. Сверхконкретность мышления, обусловленная шизофренией, преодолевается, появляется возможность символизации опыта.

В тексте резко уменьшается количество жестких императивов. Четкая датировка, появившаяся в дневниковых записях этого периода, может быть интерпретирована как возвращение Б. на конвенциональный уровень функционирования. Продолжается процесс «интеграции» собственных мыслей и «голосов», в известной мере преодолевается шизофреническое расщепление.

Описываемые психопатологические феномены относятся в основном к прошлому. Производя ретроспективный критический анализ психопатологических переживаний, Б. составляет своего рода субъективную этиологию болезни. При этом даже в ретроспективных описаниях отчетливо проявляется ориентация на будущее.

\*\*\*

Нами прослежена динамика инсайта: от фрагментарно (в начальных записях) до практически полного. Далее все психопатологические переживания пациент атрибутирует болезни или ее последствиям. В записях происходит постепенный переход от концентрации на борьбе с психопатологическими переживаниями к осознанию (как процессу) своей личности, включенной в мир социальных отношений. Отмечается постепенная интеграция «голосов» и собственных мыслей: если сначала пациент был сконцентрирован на борьбе с «голосами», на «спорах» с ними, то впоследствии он более концентрируется на планах на будущее, на внешнем мире, а звучащие мысли принимает и воспринимает как факт. Жизнь Б. постепенно возвращается в «нормальное» русло, хотя пережитый психоз оставил серьезный отпечаток на его личности.

### Выводы

Душевные переживания не могут предстать перед глазами исследователя с очевидностью физического объекта — при их реконструкции следует опираться на документальные свидетельства в виде неструктурированных самоотчетов (дневников пациентов).

Инсайт может быть осмыслен как динамическое образование, в фокус которого в разные периоды болезни попадают различные психопатологические объекты. Исследование дневников пациента Б., относящихся к трем временным интервалам, выявило некоторые закономерности смещения фокуса. На ранних стадиях болезни и в период обострения в фокус инсайта попадают отдельные психотические симпто-

мы, тогда как на стадии ремиссии фокус смещается — инсайт направляется на осознание места в социуме, построение «нормальных» отношений с окружающими, планирование будущего с учетом последствий перенесенного психоза, а упоминания отдельных симптомов (резидуального характера) становятся редкими.

При анализе дневников пациента Б. обнаружена форма проявления критичности (инсайта), которую нельзя отнести ни к одной из принятых в психиатрической классификации форм (полная, формальная или отсутствие критичности). Эту форму критичности можно назвать психотическим инсайтом: критичность «встраивается» в психопатологические симптомы. При этом, формально являясь психопатологическими (то есть относящимися к болезни), некоторые объекты сознания могут иметь позитивный, «здоровый» смысл. В частности, проявлениями психотического инсайта являются «голоса», предостерегающие больного от совершения недопустимых действий или сообщающие о том, что нынешнее состояние является ненормальным, болезненным.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценивая проявления критичности (инсайта), клиницистам следует обращать внимание не только на явные формы (выражающиеся, в частности, в атрибуции психопатологических переживаний), но и на неявные, скрытые формы, к которым относится психотический инсайт. В целях дальнейших исследований психотический инсайт как явление требует операционализации.

Для получения более полной информации об успешности лечения представляется важным оценивать проявления инсайта в развитии. Важно определить, какие формы критичности выступают на первый план в те или иные периоды времени, с чем может быть связано изменение фокуса инсайта.

Неструктурированные самоотчеты (дневники) больных, наряду с опросниками и иными методиками, могут стать важным подспорьем для клиницистов в попытке понять пациента и назначить наиболее подходящее лечение.

### ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Ясперс К. *Общая психопатология*. М.: Практика; 1997. 1056 с. [Jaspers K. *General Psychopathology*. М.: Praktika; 1997. 1056 p. (in Russian)]
2. Marková I.S., Berrios G.E. *The assessment of insight in clinical psychiatry: a new scale*. *Acta Psychiatr. Scand.* 1992; 86(2): 159–64. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1992.tb03245.x
3. Bleuler E. *Руководство по психиатрии*. М.: изд-во Независимой психиатрической ассоциации; 1993. 524 с. [Bleuler E. *Psychiatric Guide*. М.: Izdatel'stvo Nezavisimoj psichiatricheskoj asociacii; 1993. 524 p. (in Russian)]
4. Снежневский А.В. *Общая психопатология: Курс лекций*. М.: МЕДпресс-информ; 2001. 208 с. [Sneznevskij A. *General Psychopathology: Course of Lectures*. М.: MEDpress-inform; 2001. 208 p. (in Russian)]
5. Зейгарник Б.В. *Патопсихология*. М.: изд-во МГУ; 1986. 288 с. [Zejgarnik B. *Pathopsychology*. М.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta; 1986. 288 p. (in Russian)]
6. Кожуховская И.И. *Нарушение критичности у психически больных*. М.: изд-во МГУ; 1985. 86 с. [Kozhuhovskaya I. *Disturbances of criticality in the mentally ill*. М.: Izdatel'stvo Moskovskogo universiteta; 1985. 86 p. (in Russian)]
7. Томэ Х., Кэчеле Х. *Современный психоанализ: Исследования*. СПб.: изд-во ВЕИП; 2001. 304 с. [Thomä H., Kächele H. *Contemporary Psychoanalysis: Research*. SPb.: Izdatel'stvo VEIP; 2001. 304 p. (in Russian)]
8. Lopez-Morinigo J.-D., Ajnakina O., Martínez A.S.-E., Escobedo-Aedo P.-J., Ruiz-Ruano V.G., Sánchez-Alonso S. et al. *Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review*

and meta-analysis. *Psychol. Med.* 2020; 50(14): 2289–301. DOI: 10.1017/S0033291720003384

9. Amador X., David A. *Insight and Psychosis*. New York: Oxford University Press; 1998. 402 p.
10. Jacob K.S. *Insight in psychosis: A critical review of the contemporary confusion*. *Asian J. Psychiatr.* 2020; 48: 101921. DOI: 10.1016/j.ajp.2019.101921
11. Elowe J., Conus P. *Much ado about everything: A literature review of insight in first episode psychosis and schizophrenia*. *Eur. Psychiatry.* 2017; 39: 73–9. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2016.07.007
12. Vohs J.L., George S., Leonhardt B.L., Lysaker P.H. *An integrative model of the impairments in insight in schizophrenia: emerging research on causal factors and treatments*. *Expert Rev. Neurother.* 2016; 16(10): 1193–204. DOI: 10.1080/14737175.2016.1199275
13. Van Camp L.S.C., Sabbe B.G.C., Oldenburg J.F.E. *Cognitive insight: A systematic review*. *Clin. Psychol. Rev.* 2017; 55: 12–24. DOI: 10.1016/j.cpr.2017.04.011
14. Rao K.N., George J., Sudarshan C.Y., Begum S. *Treatment compliance and noncompliance in psychoses*. *Indian J. Psychiatry.* 2017; 59(1): 69–76. DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\_24\_17
15. Kalucha S., Mishra K.K., Gedam S.R. *Noncompliance in psychosis*. *J. Datta Meghe Inst. Med. Sci. Univ.* 2017; 12(1): 61–5.
16. Lysaker P.H., Vohs J., Hillis J.D., Kukla M., Popolo R., Salvatore G. et al. *Poor insight into schizophrenia: contributing factors, consequences and emerging treatment approaches*. *Expert Rev. Neurother.* 2013; 13(7): 785–93. DOI: 10.1586/14737175.2013.811150
17. Xavier R.M., Vorderstrasse A. *Neurobiological Basis of Insight in Schizophrenia: A Systematic Review*. *Nurs. Res.* 2016; 65(3): 224–37. DOI: 10.1097/NNR.000000000000159

Поступила / Received: 23.03.2021

Принята к публикации / Accepted: 05.04.2021