

УДК 616.89:159.955.5

Коваленко С.Р.

## НАРУШЕНИЯ КРИТИЧНОСТИ В ПСИХИАТРИИ: МЕХАНИЗМЫ И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

*Государственная образовательная организация высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», Донецк, ДНР*

Нарушения критичности как напрямую, так и опосредовано оказывают влияние на пациентов с психическими расстройствами. Они могут способствовать неадекватности поведения, служить причиной импульсивных и немотивированных поступков, искаженных суждений и умозаключений, нарушать причинно-следственную связь между поступками и ожидаемыми результатами, так как наличие самокритики помогает человеку обнаружить свои ошибки, а, следовательно, вовремя провести их коррекцию и т.д. Различные исследователи по-разному трактуют этот феномен, однако все сходится во мнении о его важности для психиатрии.

Например, в исследовании И.И. Кожуховской нарушения критичности оценивались по трем аспектам: критичность к своим суждениям и высказываниям; критичность к себе, и к оценке своей личности; критичность к своим психопатологическим переживаниям [1].

В.П. Иржевская в своей диссертационной работе [2] при исследовании феномена нарушения осознания психической болезни использовала в качестве удобного операционального концепта понятие «инсайта». В современных исследованиях инсайт понимается как формирование у пациента адекватных суждений о своей болезни, ее проявлениях и последствиях, совпадающих с культурно-социальной реальностью сообщества, частью которого он является. В.П. Иржевская отмечала следующие закономерности. Нарушение формирования причинно-следственных связей в системе осознания психической болезни связано со специфическими расстройствами исполнительных когнитивных функций, проявляющимися как нарушение когнитивной гибкости, «переключаемости» и целенаправленности мышления. На начальном этапе шизофрении, нарушение осознания психической болезни коррелирует с преобладанием психологического защитного механизма «от-

рицание» и низкой активизацией механизма «замещение». На хроническом этапе шизофрении, психологические защитные механизмы не обнаруживают устойчивой связи с уровнем осознания психической болезни [2].

По мнению К.В. Мещерякова, А.Ю. Рязанова критичность является центральным свойством личности и поэтому наиболее значимым авторы считают исследование нарушений критичности при расстройствах личности. В своем исследовании они разделили критичность по сферам личностного функционирования (интеллектуальной, эмоционально-волевой, мотивационной). При этом авторы выделяли следующие нарушения критичности: в интеллектуальной сфере – трудности в усвоении инструкций, игнорирование собственных ошибок, отсутствие ориентации на успех, отсутствие реакции на критику; в эмоционально-волевой – повышенная откликаемость на случайные раздражители, повышенную импульсивность, расторможенность поведения, раздражительность, снижение чувства дистанции; в мотивационной – нарушение самооценки, снижение способности сопоставить свои цели со своими возможностями [3].

Сам по себе феномен критичности не может быть объектом психотерапевтического воздействия, ввиду своей многогранности и неоднозначности [4]. Для психокоррекции нарушений критичности в психиатрической практике вначале следует определить «мишени», на которые требуется оказать воздействие. Проведенный анализ литературы по данной тематике позволил условно выделить в критичности три аспекта. Однако, такое разделение условно, так как данные находятся в тесной взаимосвязи и оказывают непосредственное влияние друг на друга.

Первый из этих аспектов – критичность мышления. Впервые как самостоятельную проблему, требующую специального рассмотрения критичность мышления выделил

психолог А. Бине, который для выявления критичности мышления детей использовал тесты с абсурдными фразами [5]. Д. Дьюи в начале XX века ввел понятие «критического рационализма», под ним он подразумевал осознание собственных возможностей, деятельности и последствий. Размышляя о проблеме воспитания мысли, он писал о том, что вопрос, на который надо ответить, затруднение, из которого надо выйти, ставит определенную цель, направляет течение мыслей по определенному руслу. Каждое возникшее заключение оценивается по отношению к регулирующей цели, по его соответствию данной проблеме [6].

Способность к критическому мышлению обуславливает наивысший уровень понимания в процессе познания. Понятие «критический рационализм», предложенное Д. Дьюи, с одной стороны, подразумевает логику как основное средство критического мышления, с другой стороны для понимания данного понятия учеными, выдвигает в качестве важнейшего средства рефлексии. Размышления Д. Дьюи о проблеме воспитания мысли соотносятся с методологией проблемного обучения, отражают понимание процесса критического мышления как исследования, с выдвиганием различных гипотез, а также подчеркивают значимость волевых качеств личности и прошлого опыта. Таким образом к основным механизмам критического мышления можно отнести логику и рефлексии [7].

В связи с этим для коррекции данных механизмов, приоритетным выглядит использование рациональной психотерапии, разработанной П. Дюбуа. Он полагал, что психические расстройства, в частности неврозы, являются следствием ошибочных умозаключений, а поэтому излечиваются преимущественно посредством логических доказательств и переубеждений больного. По сути, данный метод является реставрацией сократовского метода воздействия на больного посредством логики и дидактики.

Основой рациональной психотерапии, несомненно, является логическая аргументация. Кроме того, метод включает в себя разъяснение, внушение, эмоциональное воздействие, изучение и коррекцию личности, дидактические и риторические приемы. Главной задачей рациональной психотерапии является создание в сознании больного правильного представления о его заболевании

– это очень трудный и длительный процесс. Один больной, зная, что он тяжело болен, до последнего часа сохраняет трудоспособность, а другой при пустяковом недомогании теряет бодрость духа и «уходит в болезнь». В этих случаях необходимо избавить больного от неопределенности, неясности и внушить ему уверенность в выздоровлении, надежду на благоприятный исход заболевания [8]. Также возможно использование различных методик, направленных на повышение уровня рефлексивности: «автопортрет», «без маски», «комиссионный магазин», «на какой я ступеньке?» и многие другие.

А.В. Россохин для работы с рефлексией предлагал использовать психоанализ. По мнению автора, психоанализ, являясь методом погружения субъекта в измененное состояние сознания в ходе особым образом организованной рефлексии, по мнению автора, данная теория предоставляет уникальный эмпирический материал для общепсихологического исследования динамики личностной рефлексии измененных состояний сознания и ее влияния на различные аспекты жизнедеятельности личности [9].

Вторым аспектом критичности является критичность к оценке своей личности, где имеется в виду понимание больным своего места и своей роли в ситуации, своих возможностей, своих достоинств и недостатков, самооценка больных. Самооценка – это когнитивный компонент личности, сформированный на основании эмоционального самоотношения. Она формирует различные формы поведения и регулирует их. Но формирование самооценки начинается с помощью эмоционального компонента, а со временем идет приобретение когнитивных характеристик. Она является показателем отношения к себе и продуктом отражения самоотношения, которое интегрировано с ней в Я-образе. Для многих ученых имеет много синонимов: чувство собственного достоинства, удовлетворенность жизнью, самоэффективность, самоуважение и пр. На самом деле эти синонимичные понятия лишь отражают суть самооценки и позволяют более полно понять ее предназначение [10].

В зависимости от глубины и первичности истоков можно рассматривать следующие уровни проблемы самооценки: сознательный или рациональный; бессознательный или эмоциональный; телесный. С точки зрения теории личности сознательный уровень от-

носится к «Взрослому» эго-состоянию и сопряжен с доступностью «взрослых» ресурсов решения проблем. Работать с проблемным самоотношением нужно на разных уровнях в зависимости от глубины проблематики, задач психологической помощи и личностных особенностей человека. Одним людям подходят рациональные методы, другие лучше воспринимают работу с чувствами, для третьих необходимо глубинное психотерапевтическое вмешательство [11].

Для первичного уровня нарушений самооценки больше подходит рациональные методы психотерапии. Для работы с этим уровнем проблемной самооценки могут быть использованы метод рациональной психотерапии А. Бека, позитивной психотерапии Н. Пезешкиан и метод концепции двумерных личностных конструкторов П. Горностая [12].

Данные методы психотерапии больше всего подходит: для людей, склонных к рационализации, как методу психологической защиты; для людей интеллектуального склада ума; для людей, чьи проблемы с самооценкой не имеют глубокой личностной истории.

Если проблема лежит в нескольких разных плоскостях, то рациональный метод может стать первой ступенькой в ее решении. А затем нужно работать на других уровнях. Первая ступень может служить для выработки «взрослого» ресурса поддержки позитивной самооценки, который можно использовать на других ступенях.

Если проблемы самооценки достигают эмоционального (бессознательного) или телесного уровня можно использовать транзактно-аналитический подход. Данный подход дает много возможностей для работы с проблемной самооценкой в случаях глубокой личностной травматизации. С позиций транзактно-аналитической традиции теоретическая модель, используемая в работе с проблемной самооценкой, основывается на представлении, что негативные убеждения пациента о себе являются интериоризированными отношениями его родителей или других значимых фигур в детстве. Чем более ранний детский опыт имел место и чем более травматичным он был, тем глубже будут искажения самоотношения и тем более вероятна необходимость психотерапевтических вмешательств [11].

Третий, и наиболее значимый для психиатрической практики аспект критичности – нарушение осознания наличия у себя пси-

хического расстройства (инсайта). Основным методом для коррекции инсайта на данный момент служить инсайт-ориентированная психотерапия.

Эта модель представляет собой модификацию классического психоанализа. З. Фрейд считал психоанализ непригодным для лечения психозов, полагая, что данный контингент не способен воспринимать терапию психодинамическими методами. Однако, как показала практика непригодным для лечения психозов оказался лишь классический метод психоанализа. Потребовались значительные изменения целей, средств и понимания механизма действия терапии для того, чтобы стать адекватным задачам лечения психозов.

Отход от классического психоанализа, ориентированного на лечение неврозов, был вызван самым главным обстоятельством – принципиальными различиями в этиологии, патогенезе и психодинамических механизмах при неврозах и психозов. Принципиально иным становится понимание событий прошлого вследствие того, что оно совершенно по-другому определяет собой актуальные межличностные нарушения к примеру, при шизофрении. Результатом модификации классической процедуры стало появление к концу семидесятых годов прошлого века методов, несколько отличных между собой в расстановке отдельных технических акцентов, но основанных на единой базовой модели. Эти методы принято обозначать как эксплорационная, инсайт-ориентированная, экспрессивная или, чтобы подчеркнуть отличие от психоанализа, – психоаналитическая психотерапия [13].

Основную задачу современной инсайт-ориентированной психотерапии представляет осознание и коррекция механизмов дезадаптивной психологической защиты. Эти механизмы произвольно воспроизводятся больным в ходе его контакта с врачом или членами психотерапевтической группы, представляя собой проявление так называемого переноса. Перенос означает присутствие в терапевтическом взаимодействии неадекватного поведения больного, отражающего неосознанное воспроизведение конфликтных и патогенных отношений с лицами его значимого окружения. Проявлением переноса является не всякое неадекватное поведение, в лишь оживляющиеся в общении с врачом типовые для данного больного клише инфантильных ожиданий защиты, опеки, сопровождаемые

страхом ее лишиться, а также соперничества с целью подавить партнера или импонировать, произвести впечатление, восхитить. Субъективно для больного это – не искажение восприятия, а правдоподобная для него точка зрения, основанная на многократно повторявшемся жизненном опыте [14].

Осознание проявившихся в переносе дезадаптивных психологических защитных механизмов вызывает неизбежное сопротивление больного главным образом в силу действия специальных психологических механизмов, препятствующих этому осознанию. Поэтому преодоление сопротивления является непременной предпосылкой осознания и главным механизмом психотерапевтической коррекции, имеющим в инсайт-ориентированной терапии такое же большое значение, как в психоанализе – катарсическое отреагирование.

Преодоление сопротивления находится также в большой зависимости от общего фона мотивации больного к лечению: чем выше мотивация, тем больше шансов на успех имеет инсайт-ориентированная терапия, чем ниже – тем в большей степени приходится использовать приемы суппортивной терапии. При наличии осознанной вторичной выгоды от болезни инсайт-ориентированная терапия становится иногда невозможной, хотя мотивационный дефицит и не является абсолютным противопоказанием к эксплорационной терапии [15].

Суть инсайта в том, что он превращает патогенные неосознававшиеся личностные конструкции в безвредную память и создает предпосылки для повышения эффективности поведения за счет устранения ранее не осознававшихся помех. Инсайт способствует устранению противоречий между сознательными и бессознательными мотивами личности и, на этой основе, проведению рациональной корректировки мотивов и жизненных целей.

В отличие от психоанализа, генетические реконструкции в психоаналитической терапии носят «безвременный» характер, без стремления к их привязке к определенным временным отрезкам жизни больного. Экскурсы в прошлое пациента не служат цели получения точных биографических данных.

Неспецифическая, базисная позиция врача по отношению к больному в психоаналитической терапии психозов существенно отличается от таковой в психоанализе. Общее прослеживается в известном сравнении

Фрейда отношений врача и больного с тем, что происходит в купе поезда с двумя людьми, один из которых может смотреть в окно, но не знает, что это за местность (больной), другой же не может выглянуть в окно, но по описаниям первого догадывается, где они находятся (врач). Однако классическое нейтральное, эмоционально дистанцированное отношение психоаналитика к больному шизофренией совершенно исключено.

Задача врача – создать атмосферу отношений, в которой больному не страшно было бы экспериментировать с ситуациями взросления, справиться с которыми ему ранее не удавалось, и в то же время хотелось экспериментировать и взростеть, не довольствуясь приятной обстановкой сиюминутной безопасности. Врач служит для больного моделью человека, который может вникнуть в сложность чувств другого, не убегая и не отвергая. Это, как правило, очень непривычная для больного модель отношений и полная противоположность того, с чем он сталкивался в общении с родителями. Благодаря идентификации с человеческой моделью врача, больной усваивает одобряемые им формы поведения, конкретные суждения или представления. На более глубоком уровне усвоения эти содержания интернализуются больным [13].

Это лишь некоторые аспекты в стратегии психоаналитической психотерапии. Проведение данной методики требует, кроме сведений об общей ее концепции, владения специфическими психотерапевтическими техниками, представляющими собой основу метода.

Подводя итог, следует отметить следующее, для коррекции нарушений критичности при психических расстройствах, вне зависимости от уровня психических нарушений (неврозы или психозы), наряду с медикаментозной терапией, которая направленная на купирование психопатологической симптоматики, следует использовать комплекс психотерапевтических мероприятий. Они позволят пациенту в полной мере осознать наличие проблем, связанных с психическим расстройством, а соответственно и найти адекватные пути их решения. Комплекс психотерапевтических мероприятий может различаться, в зависимости от уровней нарушения инсайта, самооценки, нарушения критичности мышления. В него могут быть включены: в обязательном порядке инсайт-ориентированная психотерапия; рациональная психотерапия; трансактно-ана-

литический подход; а также определенные методики и упражнения для повышения уровня рефлексивности мышления.

Данные подходы выглядят крайне перспективными, а потому требуют более детального

изучения с целью последующей разработки конкретной психотерапевтической программы для коррекции нарушений критичности у пациентов с различным уровнем психических нарушений.

*Коваленко С.Р.*

#### НАРУШЕНИЯ КРИТИЧНОСТИ В ПСИХИАТРИИ: МЕХАНИЗМЫ И ПУТИ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Государственная образовательная организация высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный университет имени М. Горького», Донецк, ДНР

Нарушения критичности как на прямую, так и опосредовано оказывают влияние на состояние пациентов с психическими расстройствами. Они могут способствовать неадекватности поведения, служить причиной импульсивных и немотивированных поступков, искаженных суждений и умозаключений, нарушать причинно-следственной связи между поступками и ожидаемыми результатами, так как наличие самокритики помогает человеку обнаружить свои ошибки, а, следовательно, вовремя провести их коррекцию. Сам по себе феномен критичности не может быть объектом психотерапевтического воздействия, ввиду своей многогранности и неоднозначности. Для психокоррекции нарушений критичности в психиатрической практике в начале следует определить «мишени», на которые требуется оказать воздействие. Это критичность мышления, самооценка и инсайт. Для коррекции нарушений критичности при психических расстройствах, вне зависимости от уровня психических нарушений (неврозы или психозы), наряду с медикаментозной терапией, которая направлена на купирование психопатологической симптоматики, следует использовать комплекс психотерапевтических мероприятий. Комплекс психотерапевтических мероприятий может различаться, в зависимости от уровней нарушения инсайта, самооценки, нарушения критичности мышления. В него могут входить: в обязательном порядке инсайт-ориентированная психотерапия; рациональная психотерапия; трансактно-аналитический подход; а также определенные методики и упражнения для повышения уровня рефлексивности мышления.

Ключевые слова: критичность, инсайт, коррекция, психотерапия, самооценка

*Kovalenko S.R.*

#### CRITICAL DISORDERS IN PSYCHIATRY: MECHANISMS AND WAYS OF OVERCOMING

State educational institution of higher professional education  
«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

Violations of criticality both directly and indirectly affect the state of patients with mental disorders. They can contribute to inadequate behavior, cause impulsive and unmotivated actions, distorted judgments and conclusions, violate the causal relationship between actions and expected results, since the presence of self-criticism helps a person to detect his mistakes, and, therefore, in time to correct them. By itself, the phenomenon of criticality can not be the object of psychotherapeutic effects, because of its versatility and ambiguity. For the psycho-correction of criticality disorders in psychiatric practice, you should first define the “targets” that need to be affected. This is critical thinking, self-esteem and insight. For the correction of criticality disorders in mental disorders, regardless of the level of mental disorders (neurosis or psychosis), along with drug therapy, which is aimed at stopping psychopathological symptoms, a complex of psychotherapeutic measures should be used. The complex of psychotherapeutic measures may vary, depending on the levels of violation of insight, self-esteem, violation of critical thinking. It may include: mandatory insight-oriented psychotherapy; rational psychotherapy; transactional and analytical approach; as well as certain techniques and exercises to increase the level of reflexivity of thinking.

Keywords: criticality, insight, correction, psychotherapy, self-esteem

## *Литература*

1. Кожуховская И.И. Критичность психически больных. В кн.: Белопольская Н.Л., сост. Патопсихология: хрестоматия. М: Издательство УРАО; 1998: 214-219.
2. Иржевская В.П. Нарушения осознания психической болезни при шизофрении: автореф. дис. канд. психол. наук. Москва; 2009.
3. Мещерякова К.В., Рязанова А.Ю. Нарушения критичности при расстройствах личности: судебно-психологический аспект. Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Психология. 2009; 7: 59-61.
4. Коваленко С.Р., Грачев Р.А. Развернутый анализ феномена критичности у пациентов с различным уровнем психических нарушений. Журнал психиатрии и медицинской психологии. 2018; 4 (44): 61-69.
5. Бине А. Измерение умственных способностей. СПб.: Союз; 1998. 430.
6. Дьюи Д. Психология и педагогика мышления. Перевод с англ. Н.М. Никольской. М.: Лабиринт; 1999. 189.
7. Астахова Л.В., Харлампьева Т.В. Критическое мышление как средство обеспечения информационно-психологической безопасности личности: Монография. Под ред. Л.В. Астаховой. М.: РАН; 2009. 136.
8. Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия. М.: Изд-во Института психотерапии; 2001. 187-195.
9. Россохин А.В. Психология рефлексии измененных состояний сознания (на материале психоанализа). Психология. Журнал Высшей школы экономики. 2010; 7 (2): 83-102.
10. Коваленко В.А. Генезис самооценки личности как психологической категории. Вестник Адыгейского государственного университета. Педагогика и психология. 2011; 3: 168-172.
11. Горноста́й П.П. Работа с самооценкой в практике консультирования и психотерапии. Психологічні перспективи. Спецвипуск: Становлення особистості як суб'єкта життєвого шляху. 2011; 1: 199-208.
12. Горноста́й П.П. Двумерные личностные конструкты как модель сценарных убеждений. Психологічні перспективи: Спецвипуск. 2009; 3–13.
13. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. СПб.: Питер; 2008. 234.
14. Gill M., Hoffman L. A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy. J. Am. Psychoanal. Ass. 1982; 30: 137-167.
15. Glass R. Psychotherapy. Scientific art or artistic science? Arch. Gen. Psychiat. 1984; 41: 525-526.

## *References*

1. Kozhukhovskaya I.I. Kritichnost' psikhicheski bol'nykh [Critical nature of the mentally ill.]. V kn.: Belopol'skaya N.L., sost. Patopsikhologiya: khrestomatiya. M: Izdatel'stvo URAO; 1998: 214-219 (in Russian).
2. Irzhevskaya V.P. Narusheniya osoznaniya psikhicheskoi bolezni pri shizofrenii: avtoref. dis. kand. psikhol. nauk [Impaired awareness of mental illness in schizophrenia: Author. dis. Cand. psychol. sciences. abs.]. Moskva; 2009 (in Russian).
3. Meshcheryakova K.V., Ryazanova A.Yu. Narusheniya kritichnosti pri rasstroistvakh lichnosti: sudebno-psikhologicheskii aspekt [Criticality disorders in personality disorders: forensic psychological aspect]. Vestnik Yuzhno-Ural'skogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya: Psikhologiya. 2009; 7: 59-61 (in Russian).
4. Kovalenko S.R., Grachev R.A. Razvernutyi analiz fenomena kritichnosti u patsientov s razlichnym urovnem psikhicheskikh narushenii [Detailed analysis of the phenomenon of criticality in patients with different levels of mental disorders]. Zhurnal psikhiiatrii i meditsinskoj psikhologii. 2018; 4 (44): 61-69 (in Russian).
5. Bine A. Izmerenie umstvennykh sposobnostei [Measuring mental abilities]. SPb.: Soyuz; 1998. 430 (in Russian).
6. D'yui D. Psikhologiya i pedagogika myshleniya [Psychology and pedagogy of thinking]. Perevod s angl. N.M. Nikol'skoi. M.: Labirint; 1999. 189 (in Russian).

7. Astakhova L.V., Kharlamp'eva T.V. Kriticheskoe myshlenie kak sredstvo obespecheniya informatsionno-psikhologicheskoi bezopasnosti lichnosti: Monografiya [Critical thinking as a means of ensuring the information-psychological security of a person: Monograph]. Pod red. L.V. Astakhovoi. M.: RAN; 2009. 136 (in Russian).
8. Kondrashenko V.T., Donskoi D.I., Igumnov S.A. Obshchaya psikhoterapiya. [General psychotherapy]. M.: Izd-vo Instituta psikhoterapii; 2001. 187-195 (in Russian).
9. Rossokhin A.V. Psikhologiya refleksii izmenennykh sostoyanii soznaniya (na materiale psikhoanaliza) [The psychology of reflection of altered states of consciousness (on the basis of psychoanalysis)]. Psikhologiya. Zhurnal Vysshei shkoly ekonomiki. 2010; 7 (2): 83-102 (in Russian).
10. Kovalenko V.A. Genezis samootsenki lichnosti kak psikhologicheskoi kategorii [The genesis of self-esteem as a psychological category]. Vestnik Adygeiskogo gosudarstvennogo universiteta. Pedagogika i psikhologiya. 2011; 3: 168-172 (in Russian).
11. Gornostai P.P. Rabota s samootsenkoi v praktike konsul'tirovaniya i psikhoterapii [Work with self-esteem in the practice of counseling and psychotherapy]. Psikhologichni perspektivi. Spetsvipusk: Stanovlennya osobistosti yak sub'ekta zhitteвого shlyakhu. 2011; 1: 199-208 (in Russian).
12. Gornostai P.P. Dvumernye lichnostnye konstrukty kak model' stsenarnykh ubezhdenii [Two-dimensional personality constructs as a model of conceptual beliefs]. Psikhologichni perspektivi: Spetsvipusk. 2009; 3–13 (in Russian).
13. Vid V.D. Psikhoterapiya shizofrenii [Psychotherapy of schizophrenia]. SPb.: Piter; 2008. 234 (in Russian).
14. Gill M., Hoffman L. A method for studying the analysis of aspects of the patient's experience of the relationship in psychoanalysis and psychotherapy. J. Am. Psychoanal. Ass. 1982; 30: 137-167.
15. Glass R. Psychotherapy. Scientific art or artistic science? Arch. Gen. Psychiat. 1984; 41: 525-526.

Поступила в редакцию 14.02.2019