

УДК 159.964.222:615.851

Коваленко С.Р.

ИНСАЙТ И ИНСАЙТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

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

Инсайт это многогранный термин, использующийся в самых разных сферах жизнедеятельности человека. Инсайт (insight) – с английского языка переводиться как «понимание сути», данный термин впервые начал использовать французский математик Анри Пуанкаре в 1910 году, в его понимании он обозначал внезапное озарение после долгой и трудной работы. Простыми словами, инсайт – это внезапно возникающая мысль, приводящая человека к решению какой-то важной проблемы.

В психологии данный термин впервые использовал психолог В. Келер в 1917 г. По мнению Келера, инсайт – это внезапное реструктурирование субъектом некоторой проблемной ситуации, следствием чего являются изменения характера приспособительных реакций. В клиническом аспекте проблема инсайта наиболее широко освещалась в психиатрической литературе, где она отождествлялась с понятием критики к своему заболеванию.

В настоящее время проблемами инсайта активно занимаются психологии, психиатры и психотерапевты, так как инсайт является значимым фактором, который предопределяет эффективность психофармакотерапии больных с различными психическими расстройствами [1, 2, 3].

И если в психиатрии данный вопрос исследовался преимущественно лишь в свете критики к своему состоянию, то в психотерапевтической практике инсайт оценивается как часть психотерапевтического процесса у больных с преимущественно невротическими расстройствами. При этом понятие «инсайт», употребляется в психиатрии как «понимание пациентом того, что симптомы его болезни указывают на патологические отклонения в психике», а в психотерапии определяется как ключевое понятие, используемое для описания психологических механизмов психотерапевтического воздействия [4].

Рассматривая инсайт как осознание наличия болезни, следует отметить, что он играет существенную роль в течение и терапии любого заболевания, является базой, на которой строится отношение пациента к лечению, заболеванию, самому себе. Например, человек, не осознающий наличия у него сахарного диабета, необходимости медицинского лечения, вряд ли будет соблюдать диету, режим медикаментозной терапии, вовремя обращаться к врачу. В психиатрии эта проблема еще более актуальна, так как среди пациентов с психотическим уровнем расстройств, эти нарушения имеют место, по разным данным от 50 до 80% случаев [5, 6], в связи с чем ей уделяется особое внимание. Созданы инструменты для количественной оценки инсайта, проводятся работы по его изучению, коррекции при разных заболеваниях. Он представляется включающим в себя множество аспектов, среди которых не только аспект осознания наличия психического расстройства, но и аспект осознания эффектов и необходимости медикаментозного лечения, аспект осознания симптомов психического расстройства, аспект понимания причин симптомов и заболевания (атрибуция), аспект осознания последствий заболевания, осознания восприятия психической болезни со стороны и др. [7].

Если рассматривать инсайт с точки зрения психотерапии, то в первую очередь стоит сказать о психоанализе З. Фрейда. В психоанализе, наряду с катарсисом, инсайт является важным терапевтическим фактором, хотя вряд ли сам Фрейд использовал его в качестве термина. По мнению исследователей наследия Фрейда, он обычно имел в виду нечто среднее между его естественным значением и осознанием психически больным человеком факта своей болезни, а именно знанию и пониманию пациентом чего-то внутри себя (субъективных переживаний, желаний, мыслей) как симптомов патологических отклонений в психике. В

дальнейшем «инсайт» пациента стал входить в психоанализ уже как термин, ему стали посвящаются исследования, статьи, главы в учебниках психоанализа, но, по мнению многих авторов, он так и не получил точного определения.

С тем, что инсайт является ключевым моментом в психоанализе, согласны практически все исследователи. Можно встретить даже утверждения, что направленность на инсайт – именно то, что отличает аналитическую психотерапию от всех других. Инсайт перестал считаться единственным терапевтическим фактором и в большинстве учебников психоанализа место инсайта в аналитическом процессе определяется схемой «интерпретация – инсайт – проработка»: сначала аналитик получает инсайт о пациенте, затем, выбрав подходящий момент, сообщает это знание пациенту в виде интерпретации. Если интерпретация правильна по содержанию, форме и выдана в правильный момент, то пациент принимает ее, получая свой инсайт. Затем следует стадия проработки, – комплекс процедур и процессов интеграции инсайта в жизнь через прослеживание следов обнаруженного конфликта в разных областях повседневной жизни пациента, преодоления «психической инерции» [8].

Однако инсайт в психоанализе и инсайт-ориентированная психотерапия не является равнозначными понятиями. Инсайт-ориентированная модель психотерапии является модификацией классического психоанализа. Фрейд считал невозможным проводить психоанализ у пациентов с психотическим уровнем нарушений, он считал, что данная нозологическая категория не пригодна для лечения психодинамическими методами. Однако, последующий опыт других исследователей опроверг его точку зрения. Непригодным для лечения психозов оказался непосредственно классический психоанализ, потребовавший значительной модификации, изменения целей, средств и понимания механизма действия терапии. Карл Юнг, начиная с 1903 г., стал систематически использовать психоаналитические методы психотерапии для лечения больных шизофренией, и это послужило началом развития этих методов [9].

В тот период лишь некоторые специалисты отваживались заниматься лечением больных шизофренией данным методом, так как это стоило им не только больших усилий, а со-

провождалось постоянными упреками большинства коллег, которые не поддерживали безлекарственные методы лечения больных шизофренией [10].

Классический психоанализ не подходил для лечения больных шизофренией из-за принципиально разных этиологии, патогенезе и психодинамических механизмов по сравнению с невротическим уровнем психических нарушений [11]. В связи с модификацией классической процедуры в 70-х годах прошлого века появилось несколько новых методов имеющие разные технические приемы, но имеющих в своей основе единую базовую модель. Такими методами стали эксплорационная, инсайт-ориентированная, экспрессивная или, психоаналитическая психотерапия.

Отличия психоанализа от инсайт-ориентированной психотерапии заключаются в разных целях, и разных путях достижения данных целей, однако при всей значимости данных отличий, инсайт-ориентированная терапия остается психоаналитической, так как содержит основные параметры, которые сам Фрейд считал неизменными для всякой психодинамической терапии: признание значения неосознаваемых компонентов переживаний, проблемы сопротивления большого психотерапевтической коррекции и использование реактивации прошлых переживаний в его взаимодействии с врачом [12].

Инсайт-ориентированная психотерапия отличается кратковременностью и гораздо более высокой интенсивности, нежели требуется для психоанализа и, как следствие требует от врача, большей гибкости и инициативности, и более высокой технической квалификации психотерапевта.

Также отдельного внимания заслуживает модель патогенетической психотерапии неврозов, разработанной в НИИ им. В. М. Бехтерева профессором Б. Д. Карвасарским и его учениками на основе теории отношений Мясищева [13,14], в основе которой лежат психодинамические механизмы.

Основным принципом патогенетической психотерапии является повышение адаптивности поведения на основе личностной реконструкции, существенная предпосылка которой – осознание больным роли определенных аспектов значимых отношений с окружающими и понимания себя в формировании интрапсихического конфликта. Это обуславливает качественное отличие данной

модели от рациональной психотерапии и суггестивных методов и вполне оправдывает ее второе название – реконструктивной.

В рамках модели вводят иерархию уровней осознания в ходе терапии: сначала устанавливают наличие связи эмоциональных факторов с симптоматикой, затем – личностные позиции, генерирующие конфликты, наконец, потребности или мотивы, обуславливающие эти личностные позиции. В соответствии со степенью осознания может быть проведена коррекция нарушенных и выработка новых отношений на уровнях когнитивных, эмоций и поведения. В качестве полезного приема используют привлечение внимания больного к возможным аналогиям его эмоциональных отношений с врачом и отношений со значимыми лицами его окружения, что, по существу, представляет собой анализ переноса. Перенос означает присутствие в терапевтическом взаимодействии неадекватного поведения больного, отражающего неосознанное воспроизведение конфликтных и патогенных отношений с лицами его значимого окружения [10].

Соппротивление далеко не исчерпывается дефензивно-агрессивными проявлениями. У больных шизофренией оно большей частью проявляется в виде пассивности, разнообразных форм ухода. Осознание затрудняют эмоциональные и оценочные связи со значениями вытесняемых установок, а также эго-синтонность последних, не чуждость их для больного. Пациент чаще положительно оценивает врачебное вмешательство, направленное на устранение чуждых его личности симптомов и непосредственных проявлений болезни, но, как правило, негативно относится к попыткам устранения тех симптомов, которые являются проявлением спаянных с его личностью приемов психологической защиты. 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 [15].

Успешное преодоление сопротивления в ходе терапии завершается осознанием механизмов дезадаптивной защиты, или инсайтом. Инсайт – является в данном случае не просто осознанием, он представляет собой одновременную идентификацию больным

характерного шаблона своего поведения в трех измерениях: в прошлом, в современных отношениях с людьми и в отношениях с врачом. 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 [16].

Терапевтический потенциал инсайта определяется основательностью его практической проработки в реальной жизни больного. Проработка является важнейшим инструментом терапии, принципиально отличающим ее от суггестивных методов. Интеллектуальный инсайт – это всего лишь гипотеза возможного объяснения механизма дезадаптации. Чтобы убедиться в ее истинности, больному надо проверить ее на нескольких десятках жизненных ситуаций в ходе анализа, в которых действует этот дезадаптивный механизм. Индикатором соответствия этой гипотезы реальности будет эмоциональная реакция, подтверждающая структурные изменения в психологии больного и динамика его поведения в сторону большей продуктивности.

Ретроспективное прослеживание происхождения деформаций в восприятии больным врача, введение генетического параметра реконструкции отношений проводят на более поздних этапах терапии, когда больной уже в состоянии несколько дистанцироваться от своих искажений восприятия, когда они не являются уже столь спаянными с его личностью и когда его представления о лицах значимого окружения становятся более реалистичными. До этого последние могут представлять собой не более чем ретропроецию современных конфликтов со значимым окружением [10]. В отличие от психоанализа, генетические реконструкции в психоаналитической терапии носят «безвременный» характер, без стремления к их привязке к определенным временным отрезкам жизни больного. Ведется поиск не детских конфликтов, а характерных стереотипов переживаний и поведенческих актов с целью установления связи каких-то элементов прошлого с сегодняшним днем. Главное – не вскрыть и понять прошлое, а использовать его для понимания отношений больного с окру-

жающими в настоящем. Чрезвычайно важным представляется нахождение правильного баланса между генетической реконструкцией, способствующей стабилизации личности, и акцентом на анализе межличностных отношений в сиюминутной ситуации. Также, больного всячески следует стимулировать к самостоятельным объяснениям. Врач должен объяснять лишь в случаях, когда становится ясно, что больной не сможет это сделать сам, каждый раз раскрывая причины, по которым больному не удалось что-то объяснить. В противном случае повышается риск того, что интерпретация будет восприниматься больным не как результат объективного видения ситуации, а как внушенное магическое «знание». Неспецифическая, базисная позиция врача по отношению к больному в психоаналитической терапии шизофрении существенно отличается от таковой в психоанализе.

И, наконец, 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 [17].

При лечении больных с психотическим уровнем нарушений, в отличие от невротического, положение врача находится под большим влиянием сниженных возможностей больного. Больные, неспособные к рефлексии, вряд ли могут рассматриваться в качестве кандидатов для психоаналитической психотерапии. К примеру, больной шизофренией с признаками когнитивного дефицита в состоянии запомнить лишь небольшой процент сообщаемой ему информации [18], что определяет важность гибкого выбора существенной для сообщения информации. Без гибкой, динамичной адаптации параметров психотерапии к индивидуальным нуждам больного последний может иногда в результате лечения иметь больше проблем, чем до ее начала. Другие отличия психоаналитической терапии шизофрении по сравнению с неврозами – противопоказана техника свободной ассоциации, гиперстимуляция больных, в особенности в

начале терапии, этап конфронтации и напряжения в терапевтической группе, так как это может способствовать обострению психоза. Поведение врача характеризуется гораздо более высокой активностью, повышенным риском впасть в симбиотические отношения с больным, необходимостью переносить менее скрываемую враждебность больного и нейтрализовывать его саморазрушающее поведение [19].

Несомненно, для использования метода инсайт-ориентированной терапией не менее важным является знание технической основы. Существует несколько типов вмешательства психотерапевта рекомендуемых для проведения инсайт-ориентированной психотерапии: эмоциональная поддержка, стимуляция, разъяснение и уточнение, конфронтация, объективизация и интерпретация.

Основной функцией эмоциональной поддержки является поддержание удовлетворительного терапевтического контакта с пациентом. Это могут быть высказывания, отражающие ободрение, сочувствие, сопереживание, готовность эмоционального принятия больного, помощи ему. Этим типом вмешательства может использоваться не только как инструментом для установления контакта, но и как средство оперантного кондиционирования содержательной стороны поведения больного. Избирательное подкрепление определенных высказываний вызывает учащение их появления, что может способствовать, например, самораскрытию больного и т.д.

Стимуляция – это побуждение к размышлениям в каком-то определенном направлении, поиску решения определенных задач и высказываниям различного функционального значения, включая сообщение проблемного материала. Цель стимуляции – максимальная мобилизация самостоятельной когнитивной деятельности больного, его самораскрытия, активного соучастия в решении проблем. В работе с больными психотического уровня, в отличие от невротического, стимуляция является более интенсивной. В то же время она не должна восприниматься больным как что-то угрожающее, в особенности относительно раскрытия значимых переживаний, сопровождаемых страхом негативной оценки окружающих. Стимуляцию следует также соразмерять со сниженными энергетическими и когнитивными возможностями больных [10].

Основная цель уточнения (или разъяснения) повышение точности понимания сути получаемого от больного эксплорационного материала, исключение возможных параллельных истолкований смысла, устранение недостаточной смысловой взаимоувязанности внутренней структуры сообщаемой информации. При этом возможны также: насыщение суждений, сделанных ранее в более общей форме, конкретными, резюмирование.

Область применения уточнений ограничена сугубо осознаваемыми компонентами эксплорационного материала, которые не искажаются защитными психологическими процессами, но и не представляются больному еще достаточно определенными, ясными и интегрированными в общий жизненный контекст. В этом смысле наиболее употребительным вариантом уточнения является так называемое фокусирование – фиксация внимания больного на еще не вербализованных компонентах содержания проблемных переживаний с целью их последующей вербализации. По существу, фокусирование представляет собой осторожное нащупывание границ, за которыми попытки коррекции наталкиваются на сопротивление больного и требуют уже использования других инструментов: конфронтации, объективации, интерпретации.

В отличие от психоанализа, в психоаналитической терапии разъяснение используют значительно шире, чем интерпретацию. Только при полной информации относительно когнитивных возможностей больного можно выделить те зоны непонимания, которые являются следствием не дефицита информации, а действия психологической защиты и, следовательно, мишенями аналитических вмешательств.

Конфронтация – это выявление противоречивых, не консистентных элементов в контексте повседневного социального взаимодействия, демонстрация больному признаков наличия интрапсихических конфликтов и связанной с ними психологической защиты, искажающей восприятие реальности. Главная цель – возвращение в сознание больного информации, подвергшейся избирательной фильтрации дезадаптивными защитными процессами вследствие того, что она противоречит субъективной картине мира, диктуемой стратегией защиты.

В конфронтации важно не столько само по себе значение затрагиваемой информации, сколько связанное с ней существенное для больного переживание, в противном случае она плохо интегрируется в сознании. Используя конфронтацию, врач не должен жалеть усилий, чтобы убедить больного, что сообщение ему информации, с которой он, как правило, не согласен, ни в коей мере не означает враждебности к нему врача, сообщющего эту информацию. При использовании этого приема врач чутко оценивает степень внутреннего неприятия больным сообщаемой ему информации, ее болезненность для него, его готовность с ней согласиться.

Конфронтация в принципе эффективна в повышении способности больного к объективной оценке реальности, однако если разъяснение и тактичная конфронтация обнаруживают утрату больным правильной оценки реальности, эмпатический контакт с пациентом.

Однако материал, водимый в сознание должен быть не слишком чуждым для больного. Конфронтация не должна переходить ту грань, за которой больной перестает воспринимать предлагаемую ему информацию.

От объективизации зависит успех коррекции дезадаптивной психологической. Это – основная цель приемов объективации или проверки реальности. Объективация представляет собой «конвенционализацию индивидуальной картины мира больного путем согласования определяемых ею особенностей его поведения и предполагаемых способов взаимоотношений и взаимодействия между людьми с требованиями социальной жизни, отвечающими необходимости их сотрудничества, сосуществования и взаимопонимания» [10].

Приемы объективации можно разделить на 3 основные группы. Приемы трансперсональной проекции, для которых основным является перенесение субъективных представлений больного на аналогичные представления врача или членов психотерапевтической группы с целью их последующего сравнения между собой и выявления расхождений.

Приемы моделирования, общим для которых является манипулирование содержательными компонентами переживаний и поведения больного (сопоставление их друг с другом и аналогичным эксплорационным материалом других больных, гипотезы от-

носителю того, как бы они выглядели при определенных изменениях внешней ситуации) с целью обнаружения действия дезадаптивной психологической защиты. А также приемы сопоставления с социокультуральными нормами.

Интерпретация представляет собой важнейшее заключительное и связующее звено в работе с неосознаваемыми компонентами переживаний больного, делающее возможной реализацию достигнутой психологической коррекции в новом, адаптивном рисунке поведения больного. В широком смысле слова интерпретация – это разъяснение значения поведения или переживаний больного, однако такое определение не дает полного представления о всей глубине значений этого приема [10].

Конфронтация, восстанавливая объективное видение реальности, отвечает на вопрос, чем отличается реальная действительность от субъективных представлений больного о ней. Объективация убеждает больного в достоверности полученной картины действительности. И, наконец, интерпретация призвана ответить на вопрос, почему это происходит. Без ответа на него невозможно в дальнейшем предотвратить имевшиеся искажения переработки информации и на этой основе успешно контролировать продуктивное поведение.

Конфронтация дает осознаваемой больным информации о реальности соприкоснуться с ранее неосознававшейся, а интерпретация приводит этот совмещенный когнитивный комплекс во взаимосвязь с бессознательными установками и мотивами, действовавшими в актуальной жизненной ситуации. Это – путь перевода мнимой (из-за действия дезадаптивной психологической защиты) логики субъективного видения мира через конфронтативную фазу когнитивного диссонанса, сопровождающего разрушение прежнего восприятия реальности, в объективную логику полного ее отражения.

Интерпретация исследует причину конфликтной диссоциации информации о реальности и цели, преследуемые при этом дезадаптивной психологической защитой. Она успешна лишь в том случае, когда гипотезы врача о причинах дезадаптации окажутся полностью подтвержденными процессом объективации.

Внешняя форма интерпретации, как правило, является функциональной производной той или иной теоретической концепции, исповедуемой врачом. Спор о сравнительных достоинствах этих концепций (скорее всего,

бесплодный) можно обойти, сосредоточив внимание на их действенности. Критерием ее в конце концов является одно и то же – освобождение больного от автоматизированных искажений восприятия и переработки информации с тем, чтобы дать ему возможность на основе объективного видения реальности уложить содержание его внутренней и социальной жизни во взаимосвязанную, понятным образом функционирующую и предсказуемую систему.

Тревожное состояние человека, поведение которого диктуется непонятными ему мотивами, сменяет при этом ощущение уверенности, сопровождающей самостоятельный контроль ситуации. Если интерпретация дает чувство устойчивого контроля, то она правильна вне зависимости от того, как она называется в данной школе психотерапии.

Интерпретация должна иметь оптимальную глубину. Под этим имеют в виду, что степень расхождения между гипотезами объяснения самого больного и врача не должна быть чрезмерной. Она должна быть своевременной, то есть обеспеченной готовностью больного принять и интроецировать ее. Последнее определяется успешностью психотерапевтической работы с сопротивлением больного. Чрезмерно глубокие и чрезмерно поспешные интерпретации ведут к усилению и без того имеющегося у больного когнитивного диссонанса.

Принятие интерпретации зависит от взаимоотношений с врачом. Одну и ту же интерпретацию больной может не принять от врача и принять от другого больного. Интерпретация может сработать позднее, когда во внутерапевтической ситуации появилась подкрепляющая информация или, когда отношения с врачом примут характер большей доверительности. И, наконец, чтобы быть воспринятой больным, интерпретация должна быть созвучной жизненному опыту и культуральным особенностям среды происхождения больного и не превышать его возможностей когнитивного усвоения.

Инсайт является очень важным понятием как для диагностики психических нарушений, так и для их коррекции. Несмотря на то, что для психиатрии и психотерапии значение его различается, инсайт-ориентированная психотерапия представляется действенным методом как для коррекции психических расстройств различной степени в целом, так и коррекции инсайта (осознания наличия психического расстройства) непосредственно.

Коваленко С.Р.

ИНСАЙТ И ИНСАЙТ-ОРИЕНТИРОВАННАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

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

В статье представлены общий взгляд на понятие инсайта, описан инсайт-ориентированный подход психоаналитической психотерапии, его коррекционные возможности. Сходства и различия инсайта для психологии, психиатрии и психотерапии.

Инсайт это многогранный термин, использующийся в самых разных сферах жизнедеятельности человека. Инсайт (insight) – английского языка переводиться как «понимание сути», данный термин впервые начал использовать французский математик Анри Пуанкаре в 1910 году, в его понимании он обозначал внезапное озарение после долгой и трудной работы. Простыми словами, инсайт – это внезапно появившаяся мысль, приводящая человека к решению какой-то важной проблемы. В настоящее время проблемами инсайта активно занимаются психологи, психиатры и психотерапевты, так как инсайт является значимым фактором, который предопределяет эффективность психофармакотерапии больных с различными психическими расстройствами.

Инсайт является очень важным понятием как для диагностики психических нарушений, так и для их коррекции. Несмотря на то, что для психиатрии и психотерапии значение его различается, инсайт-ориентированная психотерапия представляется действенным методом как для коррекции психических расстройств различной степени в целом, так и коррекции инсайта (осознания наличия психического расстройства) непосредственно.

Ключевые слова: инсайт, психоаналитическая психотерапия, осознание, принятие, психокоррекция

Kovalenko S.R.

INSIGHT AND INSIGHT-ORIENTED PSYCHOTHERAPY

State educational institution of higher professional education

«M. Gorky Donetsk national medical university», Donetsk, DPR

The article presents a general view on the concept of insight, describes the insight-oriented approach of psychoanalytic psychotherapy, its corrective possibilities. Similarities and differences of insight for psychology, psychiatry and psychotherapy.

Insight is a multifaceted term used in various spheres of human life. Insight - English translated as “understanding of the essence”, this term was first used by the French mathematician Henri Poincare in 1910, in his understanding it meant a sudden insight after a long and difficult work. In simple terms, insight is a sudden thought that leads a person to solve some important problem. Currently, psychologists, psychiatrists and psychotherapists are actively involved in the problems of insight, since insight is a significant factor that determines the effectiveness of psychopharmacotherapy in patients with various mental disorders.

Insight is a very important concept both for diagnosing mental disorders and for their correction. Despite the fact that its significance differs for psychiatry and psychotherapy, insight-oriented psychotherapy seems to be an effective method both for correcting mental disorders of varying degrees in general and for correcting insight (awareness of the presence of a mental disorder) directly.

Keywords: insight, psychoanalytic psychotherapy, awareness, acceptance, psychocorrection

Литература

1. Bota R.G., Munro J.S., Ricci W.F. The dynamics of insight in the prodrome of schizophrenia. *CNS Spectrum*. 2006; 11 (5): 355–362.
2. Blum H.P. The curative and creative aspects of insight. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1979; 27: 41–70.
3. David A.S. Insight and psychosis. *Ibid.* 1990; 156: 798–808.
4. Ибрагимов Д.Ф. Инсайт или критика? (обзор литературы). *Российский психиатрический журнал*. 2007; 6: 83-89.
5. Cuesta M.J., Peralta V., Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis. Multi-scale longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 233–240.
6. Dam J. Insight in schizophrenia: A review. *Nord J Psychiatry*. 2006; 60: 114–120.

7. Крупченко Д.А., Котляр М.Э. Инсайт как посредник между стигмой и депрессией у пациентов, страдающих шизофренией. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2012; 3 (9): 6-17.
8. Рыбин В.И. Инсайт: событие, процесс, техника. *Ученые записки Крымского федерального университета имени В. И. Вернадского Социология. Педагогика. Психология*. Том 5 (71). 2019; 1: 85–102.
9. Benedetti G. Entwicklungen in der Psychotherapie der Schizophrenic. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 1981; 128 (2): 239-249.
10. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. СПб.: Санкт-Петербург; 2008. 234.
11. Deumie L. Application des theories lacaniennes a la psychotherapie des psychoses. *Evolut. Psychiat.* 1984; 4: 1103-1118.
12. Снежневский А.В. Руководство по психиатрии. М.; 1983. 480.
13. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. М.; 1985. 302.
14. Исурина Г.Л., Карвасарский Б.Д., Мельников А.К. и др. Сравнительная эффективность индивидуальной и групповой психотерапии при неврозах (методические рекомендации). Л.; 1989. 27.
15. Glass R. Psychotherapy. Scientific art or artistic science? *Arch. Gen. Psychiat.* 1984; 41: 525-526.
16. Асмолов А.Г. Классификация неосознаваемых явлений и категорий деятельности. *Вопросы психологии*. 1980; 3: 45-53.
17. Adler G. The psychotherapy of schizophrenia: Semrad's contributions to current psychotherapeutic concepts. *Schizophrenia Bull.* 1979; 5 (1): 130-137.
18. Tarrier N., Barrowclough C. Providing information to relatives about schizophrenia: some comments. *Brit. J. Psychiat.* 1986; 149: 458-463.
19. Waldinger R. Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. *Am. J. Psychiat.* 1987; 144: 267-274.
20. Шумаков В.М. Некоторые вопросы психодиагностики и психологической коррекции в системе реабилитационных мероприятий на разных этапах психиатрической помощи (состояние и перспективы). *Новое в теории и практике реабилитации психически больных*. Л.; 1985. 59-64.

References

1. Bota R.G., Munro J.S., Ricci W.F. The dynamics of insight in the prodrome of schizophrenia. *CNS Spectrum*. 2006; 11 (5): 355–362.
2. Blum H.P. The curative and creative aspects of insight. *J. Am. Psychoanal. Assoc.* 1979; 27: 41–70.
3. David A.S. Insight and psychosis. *Ibid.* 1990; 156: 798–808.
4. Ibragimov D.F. Insait ili kritika? (obzor literatury) [Insight or Critique? (literature review)]. *Rossiiskii psikhiatricheskii zhurnal*. 2007; 6: 83-89 (in Russian).
5. Cuesta M.J., Peralta V., Zarzuela A. Reappraising insight in psychosis. Multi-scale longitudinal study. *Br J Psychiatry*. 2000; 177: 233–240.
6. Dam J. Insight in schizophrenia: A review. *Nord J Psychiatry*. 2006; 60: 114–120.
7. Krupchenko D.A., Kotlyar M.E. Insait kak posrednik mezhdou stigmatom i depressiei u patsientov, stradayushchikh shizofreniei [Insight as a mediator between stigma and depression in patients with schizophrenia] *Psikhiatriya, psikhoterapiya i klinicheskaya psikhologiya*. 2012; 3 (9): 6-17 (in Russian).
8. Rybin V.I. Insait: sobytie, protsess, tekhnika [Insight: event, process, technique]. *Uchenye zapiski Krymskogo federal'nogo universiteta imeni V. I. Vernadskogo Sotsiologiya. Pedagogika. Psikhologiya*. Tom 5 (71). 2019; 1: 85–102 (in Russian).
9. Benedetti G. Entwicklungen in der Psychotherapie der Schizophrenic. *Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat.* 1981; 128 (2): 239-249.
10. Vid V.D. Psikhoterapiya shizofrenii [Psychotherapy of schizophrenia]. Saint Petersburg: Sankt-Peterburg; 2008. 234 (in Russian).
11. Deumie L. Application des theories lacaniennes a la psychotherapie des psychoses. *Evolut. Psychiat.* 1984; 4: 1103-1118.
12. Snezhnevskii A.V. Rukovodstvo po psikhiatrii [Manual of Psychiatry]. Moscow; 1983. 480 (in Russian).

13. Karvasarskii B.D. Psikhoterapiya [Psychotherapy]. Moscow; 1985. 302 (in Russian).
14. Isurina G.L., Karvasarskii B.D., Mel'nikov A.K. i dr. Sravnitel'naya effektivnost' individual'noi i gruppovoi psikhoterapii pri nevrozakh (metodicheskie rekomendatsii) [Comparative effectiveness of individual and group psychotherapy in neurosis (guidelines)]. L.; 1989. 27 (in Russian).
15. Glass R. Psychotherapy. Scientific art or artistic science? Arch. Gen. Psychiat. 1984; 41: 525-526.
16. Asmolov A.G. Klassifikatsiya neosoznavaemykh yavlenii i kategorii deyatelnosti [Classification of unconscious phenomena and categories of activity.]. Voprosy psikhologii. 1980; 3: 45-53 (in Russian).
17. Adler G. The psychotherapy of schizophrenia: Semrad's contributions to current psychotherapeutic concepts. Schizophrenia Bull. 1979; 5 (1): 130-137.
18. Tarrrier N., Barrowclough C. Providing information to relatives about schizophrenia: some comments. Brit. J. Psychiat. 1986; 149: 458-463.
19. Waldinger R. Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. Am. J. Psychiat. 1987; 144: 267-274.
20. Shumakov V.M. Nekotorye voprosy psikhodiagnostiki i psikhologicheskoi korrektsii v sisteme reabilitatsionnykh meropriyatii na raznykh etapakh psikhiatricheskoi pomoshchi (sostoyanie i perspektivy).[Some issues of psychodiagnosics and psychological correction in the system of rehabilitation measures at different stages of psychiatric care (state and prospects).] Novoe v teorii i praktike reabilitatsii psikhicheskii bol'nykh. L.; 1985. 59-64 (in Russian).

Поступила в редакцию 17.03.2022