

Переосмысление понятия «инсайт»

Slade M, Sweeney A. Rethinking the concept of insight. *World Psychiatry* 2020;19(3):389-390.

В психиатрии понятие инсайта включает в себя: признание того, что человек страдает психическим заболеванием, что необычные психические явления являются патологическими и что в их отношении необходимо лечение¹. Эта концепция сформировалась под влиянием исследований и клинической практики. Однако в последнее время появляются альтернативные взгляды на инсайт. Эти взгляды основаны на знаниях людей, имеющих опыт психических расстройств и выраженного дистресса, здесь их будут называть пережившие (survivors).

У переживших имеется продолжительная история формального и неформального общения друг с другом с целью обмена опытом и знаниями. Она включает частое формирование дружеских отношений в общих пространствах психиатрических служб, а в последнее время еще и в онлайн-пространствах социальных сетей, в группах пользователей стационарных и социальных услуг и глобальных движениях потребителей. Группа Истории переживших (The Survivors History Group (studymore.org.uk/MPU.HTM)) описывает некоторые из этих инициатив. В конце 20-го века данный обмен опытом начали формализовать на основании исследований опыта переживших.

Исследование опыта переживших можно понимать как методическое и упорядоченное исследование явлений, важных для переживших, на основе общего опыта и взглядов, ведущее к новым коллективным и распространяемым знаниям. Исследователи опыта переживших находятся внутри и вне академических кругов, в том числе в массовых организациях, и представлены в странах по всему миру.

Не так давно возникло еще одно направление, изучающее эту область – Изучение Безумия (Mad Studies). Изучение Безумия – это гибкая дисциплина, которую в целом можно обозначить как процесс, в рамках которого пережившие психиатрический опыт и поддерживающие их (например, критически настроенные практики, активисты и ученые) исследуют и генерируют знания, критичные для текущих психиатрической практики и систем².

Появление исследований опыта переживших и программы Изучения безумия создает новые возможности для переживших и других людей, позволяет исследовать опыт безумия, дистресс и экстремальные и необычные переживания.

В соответствии с эпистемологической точкой зрения, как исследования опыта переживших, так и программа Изучения безумия ведут к приоритету в прямом личном переживании явлений, изучении пересечений и отклонений на более широких уровнях, развитию коллективных эмпирических и теоретических знаний и, возможно, созданию нового понимания таких концептов, как инсайт.

В недавней публикации программы Изучения безумия В. Filson описал последствия личного осмысления предполагаемого отсутствия инсайта³: «Я знал, что то, что я испытывал, имело смысл, учитывая то, что произошло в моей жизни. Даже тогда я воспринимал свои реакции как нормальные реакции на безумный мир. Мне сказали: «Что бы с вами ни происходило, это не имеет значения – важно ваше психическое заболевание». Это привело меня к безумию, потому что теперь помощь была просто еще одним нападающим, говорящим: «Тебе понравилось, ты знаешь, что понравилось; это было не так уж плохо; это для твоего же блага». Мне поставили диагноз и описали как человека с «недостаточным инсайтом», из-за чего я никогда не смогу законно представлять себя или свой собственный опыт».

Как описывает Filson, ярлык человека с недостаточным инсайтом, недостаточным осознанием болезни, может нарушать доверительные представления о себе и затруднять процессы исследования и понимания людьми их собственных переживаний. Какими бы ни были мотивы специалиста, и независимо от внешней непонятности переживаний человека, в данной ситуации эпистемический авторитет заставляет замолчать тех, у кого есть «истории, чтобы рассказать»³.

Это делает концепцию инсайта центральным полем эпистемической борьбы. Эпистемическая несправедливость – дискриминация и исключение определенных форм знания и их носителей – широко распространена в области психического здоровья, отчасти из-за представления о том, что психическое заболевание определяется отсутствием его осознания. Однако когда эмпирическое знание является привилегированным, а не дисквалифицированным, появляются альтернативные и легитимные способы концептуализации инсайта.

Эти альтернативные способы начинаются с признания людей владельцами своих собственных нарративов, с правом конструировать личный смысл и объяснения, в одиночку или коллективно. Движение слышащих голоса, например, занимает позицию, что голоса принадлежат слышащим их людям, так же как и право их интерпретировать, при этом движение оказывает поддержку в изучении личного смысла переживаний через духовные, культурные, травматические или другие концепции и системы⁴.

С этой точки зрения инсайт – не отсутствие/присутствие и даже не континуум, а развивающийся и продолжающийся процесс создания смысла, который может меняться со временем. Этот процесс смыслообразования культурно обусловлен точно так же, как и клиническая концептуализация инсайта⁵.

Когда нарративный инсайт (определяемый как постоянно развивающийся осмысленный и полезный рассказ о своем опыте в культурном контексте)⁶ вступает в конфликт с клиническим пониманием инсайта, активизируются институциональные процессы, связанные с властью давать определение опыту. Авторитетные заявления о том, что у кого-то отсутствует инсайт, затем используются для оправдания принуждения и насилия, нарушения права человека на самоопределение и прав владения своими историями.

Отсюда следует, что необходимы рамки клинической практики, поддерживающие формирование личного смысла: поведение и мысли, которые эксперты в некоторых культурах называют психотическими или шизофреническими, обычно являются понятными реакциями на наши жизненные события и обстоятельства. Поэтому вместо того, чтобы задаваться вопросом «Что не так с человеком?» и «Как нам это назвать?», более разумно и полезно спросить «Что с ним случилось?» и «Что ему нужно?»⁷.

Это также приводит нас к тому, что необходимо больше использовать в системах психического здравоохранения подходы, учитывающие травму. Данные подходы основаны на возможности травмы влиять на текущий опыт, и, следовательно, подчеркивают необходимость создания безопасности и предотвращения вреда и ретравматизации, возникающих от действий служб здравоохранения.

Один из способов добиться этого – отреагировать на экстремальные переживания людей, которые часто ужасны и изнурительны, внимательно их выслушав и исследовав, а не отрицать их реальную основу. Наличие поддержки при

предъявлении необычных и пугающих убеждений и переживаний в личном рассказе – основа для посттравматического роста и восстановления⁴. Это не отказ от клинической оценки, а баланс уважения к практической мудрости⁸ и человеческого опыта и знания.

Второй вывод состоит в том, что клинические поясняющие концепции не универсальны. Существуют альтернативные концепции, и попросту невозможно узнать, будет ли человеку в конечном итоге более выгодно описывать свой опыт, например, как духовный кризис, реакцию, связанную с травмой, или рецидив болезни. Это сложно, поскольку некоторые люди, испытывающие кризис, связанный с психическим здоровьем, активно хотят «психиатрической помощи», т.е. авторитетного институционального ответа, который временно принимает решения от имени человека с целью восстановления стабильности.

Однако феномен «вращающейся двери» (раннего повторного стационарирования) и проблемы улучшения долгосрочных последствий психоза указывают на ограничения любой единственной поясняющей концепции. Поэтому любое клиническое объяснение опыта должно быть предложено с осторожностью, а не авторитарно, и врачи могут рассказывать или отсылаться к альтернативным источникам, таким как движения Alternatives To Suicide (Альтернативы суициду), Hearing Voices Network (Сообщество слышащих голоса), Mad Pride (Горды безумием), позитивной психотерапии при психозах, посттравматическому росту, духовному развитию и подходах, осведомленных о травме.

Еще более непросто сосредоточить внимание на опыте социальной изоляции, но это может дать импульс к переходу от индивидуального уровня объяснения опыта к дей-

ствиям по созданию коллективных инициатив по улучшению психического здоровья и соблюдению прав человека системами социальной помощи⁹. Сдержанность в применении клинических знаний в таких случаях обоснована эмпирически.

Mike Slade¹, Angie Sweeney²

¹School of Health Sciences, Institute of Mental Health, University of Nottingham, Nottingham, UK;

²Health Services and Population Research, Institute of Psychiatry, Psychology & Neuroscience, King's College London, London, UK

Перевод: Тверская Е.И. (Москва)

Редактура: к.м.н. Рукавишников Г.В. (Санкт-Петербург)

Библиография

1. David A. Br J Psychiatry (in press).
2. LaFrancois B, Menzies R, Reaume G. Mad matters: a critical reader in Canadian Mad Studies. Toronto: Canadian Scholar's Press, 2013.
3. Filson B. In: Russo J, Sweeney A (eds). Searching for a rose garden: challenging psychiatry, fostering mad studies. Monmouth: PCCS, 2016:20-4.
4. Slade M, Blackie L, Longden E. World Psychiatry 2019;18:29-30.
5. Gong N. Theory and Society 2017;46:201-28.
6. Roe D, Hasson-Ohavon I, Kravetz S et al. J Nerv Ment Dis 2008;196:859-64.
7. Read J. J Human Psychol 2019;59:672-80.
8. Samson P. J Soc Work Pract 2015;29:119-31.
9. Pathare S, Funk M, Drew Bold N et al. Br J Psychiatry 2019;20:1-8.

DOI:10.1002/wps.20783

Обновленная информация об индивидуальном трудоустройстве и поддержке

Bond G, Drake R, Becker D. An update on Individual Placement and Support. World Psychiatry 2020;19(3):390-391.

Эксперты по вопросам инвалидности и государственные служащие по всему миру в настоящее время признают, что люди с хроническими заболеваниями и инвалидностью, в том числе имеющие серьезные психические заболевания, имеют право на полноценное участие в общественной жизни, включая регулярное трудоустройство. Трудоустройство – не только фактор благополучия и здоровья, в том числе психического¹, но также антидот от социальной изоляции².

Программа индивидуального трудоустройства и поддержки (Individual Placement and Support – IPS) стала стандартом помощи по трудоустройству для людей с серьезными психическими заболеваниями, такими как шизофрения и биполярное расстройство. Данная программа построена на восьми основных принципах, которые с целью улучшения качества были исследованы с помощью проверенных и используемых во всем мире шкал³.

Данные принципы включают: а) сосредоточенность на цели конкурентоспособной занятости (агентства, обеспечивающие IPS, стремятся к предоставлению постоянной общественной работы как достижимой цели для клиентов, ищущих занятость); б) нулевой уровень исключения (каждый клиент, который хочет работать, имеет право на получение услуг независимо от «готовности», опыта работы, симптомов или любых других затруднений); в) внимание к предпочтениям клиентов (услуги соответствуют выбору клиентов, а не опыту или суждениям практикующих специалистов); специалисты IPS помогают клиентам найти работу, которая совпа-

дает с их предпочтениями и навыками); г) быстрый поиск работы (программы IPS помогают клиенту найти работу вскоре после обращения, а не после длительной оценки, обучения и консультирования перед приемом); д) целевое развитие рабочих мест (исходя из интересов клиентов специалисты IPS строят отношения с работодателями через постоянные контакты, узнавая о бизнес-потребностях работодателей и знакомя их с квалифицированными соискателями); е) интеграция служб занятости с терапией психических заболеваний (программы IPS тесно связаны с психиатрическими командами); ж) индивидуальные консультации о преимуществах (специалисты IPS помогают клиентам получить персонализированную, понятную и точную информацию о том, как работа может повлиять на их страховку по инвалидности и другие государственные выплаты); з) индивидуальная долгосрочная поддержка (последующая поддержка, адаптированная для конкретного человека, продолжается до тех пор, пока клиент хочет и нуждается в ней, чтобы сохранить работу или продвигать карьерные возможности).

Появляется все больше подтверждений эффективности IPS. Первыми были исследования в США в 1990 и 2000-х гг., в дальнейшем их репликации были проведены в Европе, Канаде, Австралии, Гонконге и Японии. IPS – это наиболее широко и строго исследованная из всех моделей занятости и единственная модель занятости для людей с серьезными психическими заболеваниями, которая является основной на подтвержденных фактах.