

## ПОИСКИ НОВЫХ ПОДХОДОВ И ПАРАДИГМ В ПОНИМАНИИ ПСИХОЗОВ

И.Я. Гурович, Н.Г. Шашкова, О.О. Папсуев

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии –  
филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России*

Публикации, появившиеся в последнее время о некоторых исследованиях с поисками новых подходов и парадигм в понимании психотических расстройств в определенной степени находятся в русле задач, стоящих перед психиатрической наукой и отраженных в Домене исследовательских критериев RDOC [1] по более углубленному изучению патогенеза, пересмотру диагностических критериев, не согласующихся с данными нейробиологии и генетики, не могут стать основой для современной классификации. Поскольку речь идет о центральных проблемах психических расстройств, указанные исследования не могут не представлять интереса для самого широкого круга психиатров и других специалистов, работающих в области психиатрии. Поэтому редакция журнала считает необходимым сделать их более доступными путем публикаций статей, о которых идет речь, в переводе на русский язык.

Например, это касается понятия салиентности (термин, привнесенный в психиатрию из нейронаук и обозначающий качественную значимость объекта, отличающую его от окружающих объектов и не содержащий ключевой механизм, позволяющий сконцентрировать ресурсы на актуальной ситуации, например, на ситуации выживания организма или другой соответствующей ситуации, отсюда характеристика ситуации обозначается как салиентная атрибутика).

Интересны также данные, уже опубликованные в предшествующем номере нашего журнала, касающиеся роли детской травмы в развитии психотических расстройств. В данном номере публикуются данные оригинального исследования людей, слышащих голоса и имеющих другие симптомы, относимые к расстройствам с симптомами I ранга по К.Шнайдеру, на протяжении большей части своей жизни, но не нуждающихся в психиатрической помощи и никогда не обращающихся в психиатрическую службу.

Впервые мы обратили внимание на сообщение о людях, слышащих голоса, но не нуждающихся в

психиатрической помощи и никогда не обращавшихся в службу психического здоровья еще в 2004 году в связи с тем, что такие люди подобно обычным психически больным создавали общественные организации («группы слышащих голоса»), не считавших себя больными). В связи с этим мы ссылались на сообщение о таких группах в главе, посвященной общественным объединениям, в нашей монографии по реабилитации. Теперь речь идет об углубленном, скрупулезно выполненном исследовании, в том числе с установлением довольно широкой распространенности этого явления («слышащих голоса» и обнаруживающих расстройства I ранга по К.Шнайдеру, но не обнаруживающих других расстройств, делающих необходимым обращение за психиатрической помощью; последнее больше связано с социальными и экологическими факторами).

Данное исследование опубликовано в форме отчета по гранту: E.Peters, Th.Ward, M. Jackson, C. Morgan, M. Charalambides, Ph. McGuire, P. Woodruff, P. Jacobsen, P.Chadwick, Ph.A.Garety «Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a “need for care”». World Psychiatry. 2016. Vol. 15, N 1. P. 41–52.

Исследовательский отчет называется: «Клинические, социально-демографические и психологические характеристики у лиц с персистирующими психотическими переживаниями с и без необходимости в психиатрической помощи».

В общей популяции лица, сообщающие о наличии у них устойчивых психотических переживаний – persistent psychotic experiences (PEs), но не нуждающиеся в помощи, являются уникальной группой, представляющей особую важность для выявления риска и защитных факторов при психозах. Сравнивались люди с PEs без необходимости в помощи (доклинические формы, N=92) с пациентами с диагнозом психотического расстройства (клинические формы, N=84) и контрольной группой без PEs (N=83) с точки зрения их феноменологических, социально-демо-

графических и психологических особенностей. Как часть исследования «Запрос на необычные переживания» UNIQUE (Unusual Experiences Enquiry) были набраны 259 участников из одной городской и одной сельской местностей в Великобритании. Результаты показали, что у обследуемых доклинической группы отмечались все виды галлюцинаций, а также симптомы первого ранга с более ранним возрастом начала, чем в клинической группе.

Соматические/тактильные галлюцинации были более частыми, чем в клинической группе, в то время как комментирующие и «беседующие» голоса были редкими. Участники неклинической группы отличались от своих клинических двойников меньшей параноидальностью и выраженностью; помимо идей отношения, они имели меньше когнитивных затруднений и негативных симптомов. В отличие от клинической группы, они не характеризовались ни низким уровнем социального функционирования, ни бедственными социальными характеристиками. Тем не менее, в обеих группах присутствовала детская травма. В психологических характеристиках они были похожи на группу контроля: не сообщали о текущих эмоциональных проблемах, не затрагивали чувство собственного достоинства, отображали здоровые схемы о себе и других, показали высокую степень удовлетворенности жизнью и благополучием, а также высокую сознательность.

Эти данные подтверждают биопсихосоциальные модели, постулируя, что экологические и психологические факторы взаимодействуют с биологическими процессами в этиологии психоза. Хотя некоторые психотические переживания (PEs) могут быть более пагубными по сравнению с другими, более низкий уровень социального и экологического благополучия в сочетании с защитными факторами, такими как неповрежденный IQ, духовность, психологическое и эмоциональное благополучие, может уменьшить вероятность стойких PEs, ведущих к патологическим результатам. Будущие исследования должны быть направлены на изучение защитных факторов и детерминант благополучия в контексте PEs, а не исключительно на факторы риска и биомаркеры болезненных состояний.

Взгляд на континуум психоза [1] предполагает, что психотические симптомы являются усиленным выражением «шизотипических» черт, которые в норме распределяются среди всего населения. Широкомасштабные исследования подтвердили, что психотические переживания (PEs) в общей популяции являются довольно распространенным явлением, недавно проведенный мета-анализ показал их распространенность как 7,2% [2]. Качественное сходство между лицами с высокой «шизотипизацией» и больными психозом было показано на психопатологических [3], эпидемиологических [4, 5] и нейробиологических [6, 7] определениях. Примерно 20% людей с PEs сообщают о стойких, но не проходящих, пере-

живаниях. Хотя у меньшинства этой подгруппы может в конечном итоге развиваться психотическое расстройство [8], в большинстве случаев эти переживания не связаны со стрессами и не приводят к пагубному исходу [4]. Тем не менее, некоторые [9] авторы утверждают, что субклинические или психозоподобные переживания в общей популяции отличаются от истинных симптомов психоза, так как они часто являются слишком мягкими и преходящими, чтобы быть клинически значимыми [10], и не являются специфическими для шизофрении [11]. Эта проблема может быть решена в отношении лиц, чьи PEs являются постоянными и относительно тяжелыми, но они не стеснены ими, им никогда не ставился диагноз психотического расстройства, и они не обращались за помощью в службы охраны психического здоровья (т.е., они не имеют «потребности в помощи») [4].

В ряде исследований сравнивали стойкие психотические переживания (PEs) у лиц с потребностью в помощи и без нее. Слуховые вербальные галлюцинации в доклинических и клинических вариантах феноменологически весьма похожи, но отличаются по содержанию, эмоциональной валентности и оценке своего всемогущества. Джексон и др. [13, 14] обнаружили, что интенсивные духовные переживания, о которых сообщали некоторые люди, феноменологически нельзя было отличить от психотических симптомов; разница заключалась в интерпретации и значении, которое придавалось этому опыту, а также в их эмоциональных и поведенческих коррелятах. Точно так же, С.М. Brett и соавт. [15] обнаружили, что позитивные симптомы, присутствующие у больных психозами и у отдельных лиц ультра-высокого риска до возникновения психоза были похожи на отчеты у лиц с PEs в неклинической группе; только «когнитивные» аномалии (неспособность сосредоточиться, потеря автоматизма навыков мышления) являлись более распространенными в обеих группах обратившихся за помощью

Однако группы отличались тем, как их участники рассматривали и свои PEs и отвечали на них [16], что предсказывало степень, в которой устойчивые психотические переживания были связаны с дистрессом. [17]. В частности, некоторые исследования показывают, что PEs наблюдаются при отсутствии параноидальных оценок у людей, не нуждающихся в помощи [16, 18, 19], в то время как странные убеждения, как правило, приводят к неблагоприятному исходу в отличие от аномальных переживаний [20].

Стресс-уязвимость и интегрированные когнитивные модели [21, 22] постулируют роль социальных, экологических и психологических факторов в этиологии психозов, в дополнение к генетическим факторам и особенностям нейробиологического развития, таких как семейная история психозов и низкий коэффициент интеллекта (IQ). Например, негативные планы в отношении себя и других

распространены в психотических популяциях [23], как и дисфункциональные стили привязанности [24]. Невзгоды в детстве [25, 26], и специфические межличностные травмы [27] были связаны с развитием PEs и есть доказательства, связывающие текущую неблагоприятную среду, характеризующуюся расовой дискриминацией [28], статусом мигранта [29] и низким социальным капиталом [30] с психозом. Похоже, синергетическое взаимодействие между различными факторами риска, такими как жестокое обращение в детстве и события взрослой жизни, а также использование каннабиса [31, 32], предполагает, что воздействие в детстве и ущербность во взрослом состоянии могут сочетаться, образуя сложный способ подтолкнуть некоторых людей на путь к психотическому расстройству. I.E.C.Sommer и соавт. [33] при сравнении неклинических случаев «слышащих голоса» показали, что с низким уровнем глобального функционирования были связаны более высокий уровень баллов по шизотипии, низкий уровень образования и более высокая загруженность семьи психическими расстройствами, но не наличие «голосов», что свидетельствует о важности распутывания вклада биопсихосоциальных факторов в возникновении психотических переживаний – от плохого функционирования до потенциальной «потребности в помощи». С другой стороны, детство и межличностные травмы последовательно связаны с наличием «голосов» [34–36] и других аномальных переживаний [18] независимо от потребности в помощи.

Данные о людях, сообщающих о стойких, но доброкачественных психотических переживаниях, позволяют изучать как факторы риска, так и защитные факторы в отношении развития психоза. С одной стороны, сохранение психотических явлений подразумевает распределение факторов риска развития психотических расстройств. С другой стороны, такие люди ведут нормальную жизнь без необходимости клинического ведения, и можно предположить, что они обладают или подвергаются воздействию защитных факторов, отсутствующих в психотических популяциях.

Цель настоящего исследования состояла в том, чтобы дать характеристики людям со стойкими, не угнетающими их психотическими переживаниями (PEs) путем сравнения их с психотическими пациентами и группой контроля без PEs, взятых как часть группы исследования, завербованных в рамках исследования «Запрос на необычные переживания» UNIQUE (Unusual Experiences Enquiry). Были протестированы три конкретные гипотезы, основанные на когнитивных моделях психоза [21, 37] и предыдущих исследованиях различий в клинических, экологических и психологических характеристиках. Мы предположили, что люди со стойкими психотическими переживаниями не будут отличаться от контроля социально-демографически или психологически и,

по сравнению с пациентами с диагнозом психотических расстройств, будут иметь: а) аналогичные типы позитивных симптомов, но меньше субъективных когнитивных нарушений, параноидного бреда и негативных симптомов; б) более низкие уровни неблагоприятной социальной и экологической обстановки, за исключением детской травмы [18, 34]; в) большее эмоциональное и психологическое благополучие и здоровые родительские отношения.

## Методы Участники

Три группы взрослых были набраны из одного городского района (Южного Лондона и его окрестностей) и одного сельского (Бангор и окрестности, Северный Уэльс) области за период 23 месяцев: а) лица с PEs без «необходимости помощи» (доклиническая группа); б) пациенты с диагнозом психотического расстройства (клиническая группа); в) контрольная группа без психотических переживаний. Критериями исключения для всех групп были: возраст <18; недостаточное знание английского языка; неврологические проблемы, травмы головы или эпилепсия в анамнезе, болезни зависимости. Участники были обследованы по телефону научными работниками, или лично в случае нахождения в стационаре.

### Неклиническая группа (N=92)

Это были 25 мужчин (27,2%) и 67 женщин (72,8%), со средним возрастом 46 (диапазон 18–80) лет.

Группа состояла из людей с многолетними психотическими переживаниями (PEs), у которых никогда не диагностировалось психотическое расстройство и не проводилось лечение в связи с ним.

Большинство (N=82; 89,1%) было набрано с помощью предыдущей стратегии выборки [16, 19, 38–40] нацеливания специалиста на источники в Лондоне, Северном Уэльсе и их окрестностях. Объявления были помещены для Колледжа психических исследований, Британского Астрологического и Духовного общества, Международной академии бессознательного, Духовной Ассоциации Великобритании и других подобных учреждений.

Во всех случаях применен «лавинообразный» метод, когда участникам было предложено передать информацию об исследовании контактам, которые они считали целесообразными.

Еще 10 участников (10,9%) были набраны из эпидемиологически репрезентативного сообщества (South East London Community Health Study [41]) и регистров врачей общей практики (GP), выбранных в той же географической области, что и клинические. Лица приглашались принять участие в исследовании, если они: а) сообщали один или более примеров психотических переживаний в скрининговой психотической анкете (PSQ) [42] и «случайном» (по крайней мере, раз в месяц) опыте любого позитивного симптома

первого ранга К.Шнайдера как симптома необычного переживания по Скрининг-вопроснику (UESQ) [16] в течение последнего месяца при отсутствии употребления наркотиков и в ясном сознании; б) имели опыт психотических переживаний более 5 лет (чтобы избежать включения лиц с продромом), в) никогда не были в контакте со службами психического здоровья/или врачами общей практики (или у кого-то еще от их имени) по поводу постоянных психотических переживаний; г) никогда не были в контакте с вторичной психиатрической помощью; д) не оценивали выше 2 баллов свою неудовлетворенную потребность по основным вопросам самообслуживания и психологического дистресса в связи со своими психотическими переживаниями по Камберуэлльской Шкале краткой оценки потребности Camberwell Assessment of Need Short Appraisal Schedule (CANSAS) [43]; е) научный сотрудник совместно с координатором исследования решили, что обследуемый не нуждается в помощи.

Были включены только лица с текущими позитивными психотическими переживаниями (PEs) выраженностью 2 балла или выше, по меньшей мере, одного элемента шкалы для оценки позитивных симптомов (SAPS) [44] во время набора. Люди, которые получили диагнозы, и / или лечение, имели общие проблемы психического здоровья (такие, как тревога и депрессия) или были в контакте со службами первичной медицинской помощи по вопросам, не связанным с их PEs (N=16; 17,4%), не были исключены из исследования.

#### **Клиническая группа (N=84)**

В ней было 55 мужчин (65,5%) и 29 женщин (34,5%), со средним возрастом 42 лет (диапазон 20–78).

Эта группа была набрана из обычных больных психиатрических стационаров (N=29; 34,5%) и психиатрических служб сообществ (N=55 – 65,5%) Южного Лондона и Модсли NHS Foundation Trust (N=43; 51,2%) и Совета по вопросам здравоохранения университета Бетси Кадуаладр (N=41; 48,8%) одновременно.

Консультантов-психиатров, координаторов по уходу или медицинских сестер попросили идентифицировать пациентов, находящихся на их попечении, на пригодность для исследования, затем больные представлялись научным сотрудникам, чтобы убедиться в их готовности принять участие в исследовании. Были включены только пациенты с текущими позитивными симптомами (2 балла или выше, по меньшей мере, один элемент из SAPS во время набора) и диагнозом психотического расстройства (МКБ-10 категории F20–39). Диагноз шизофрении был у 53 больных (63,1%), шизоаффективный психоз – у 13 (15,5%), и психоз без указания – в 6 (7,1%), в то время как 11 пациентов (13,1%) имели диагноз, относящийся к категории F30–39. 76 пациентов (90,5%) были на антипсихотических препара-

татах. Перед госпитализацией пациенты имели средний балл 4,4 (медиана =4; SD=3,6).

#### **Контрольная группа (N=83)**

В ней было 26 мужчин (31,3%) и 57 женщин (68,7%), со средним возрастом 46 (диапазон 21–76) лет.

Участники группы контроля были добровольцами.

Участвовать в исследовании были приглашены только физические лица, не имеющие PEs (что подтверждено с помощью UESQ и PSQ) и суммой баллов не более чем на одно стандартное отклонение выше по подшкале необычных переживаний Оксфорд-Ливерпульской шкалы инвентаризации чувств и переживаний (O-LIFE) [45], сопоставимые с остальными группами по возрасту, полу, этнической принадлежности и уровню образования, а также сюда были включены люди, которые получили диагнозы и/или лечились в связи с общими проблемами психического здоровья (N=5; 6,0%), но не из тех, кто имел контакты со вторичной психиатрической помощью.

#### **Оценки**

**Инструменты отбора** были не такими, которые обычно применяются в клинических группах, отбирались клиницистами или с помощью обзора историй болезни. Шкалу CANSAS вводили только для неклинической группы, и O-LIFE – только для контрольной.

PSQ [42] оценивает психотические переживания (PEs) в предыдущем году и состоит из пяти разделов, включающих гипоманию, расстройства мышления, паранойю, странные переживания и галлюцинации. Каждая секция имеет основной начальный тест, а затем вторичные вопросы, которые разработаны для установления психотического качества наблюдения. PSQ была валидизирована в двух национальных обследованиях в Великобритании [46, 47]. В связи с прицельной заинтересованностью в психотических переживаниях (PEs), не использовались пункты, касающиеся гипомании.

UESQ состоит из девяти элементов, полученных из оценки Интервью Аномальных переживаний – Appraisals of Anomalous Experiences Interview (AANEX) [16], оценивающих наличие диапазона позитивных симптомов и симптомов первого ранга К.Шнайдера (таких как галлюцинации, расстройства мышления, бредовое восприятие) в течение последнего месяца при отсутствии употребления наркотиков и в ясном сознании.

CANSAS [43] представляет собой комплексную оценку клинических и социальных потребностей. Были использованы только пункты 1–4 (относящиеся к проживанию, питанию, дому и самообслуживанию), и пункт 9 (психологический дистресс в отношении необычных переживаний). Результаты варьировались в диапазоне от 0 до 2 (0=без проблем; 1=потребность встречается; 2=потребность не удовлетворена).

Из O-LIFE [45], стандартизированного вопроса шизотипии, использовали только подшкалу необычных переживаний. Она включает в себя 30 пунктов, описывающих отклонения, относящиеся к восприятию, магическому мышлению, галлюцинациям и феноменологически связанные с позитивными психотическими симптомами. Вопросы формулировали как «да» или «нет», с потенциальным диапазоном баллов от 0 до 30. Нормы O-LIFE [45] показывают среднее значение 8,8 и SD 6,2. Счет отсечения для данного исследования был 15.

### **Оценка психотических переживаний (PEs)**

Клинические оценки были выполнены только в клинической и доклинической группах.

Полуструктурированное интервью AANEX [16] использовалось для выявления у участников текущих психотических переживаний PEs и связанных с ними эмоциональных и когнитивных коррелятов. Первая часть интервью (AANEX-Inventory, короткая форма [18]) состоит из 17 аномальных переживаний, которые оценивались как при присутствии их, так и тяжести в жизни человека и в настоящее время (в течение последнего месяца). Каждый пункт оценивается по 3-балльной шкале (1=нет; 2=не ясно; 3=присутствует). Возможные общие оценки варьируются от 17 до 51.

Пять факторов оценки также генерируются с помощью суммирования индивидуальных оценок элементов [15]: а) величия—отношения: отражает маниакальные или гипоманиакальные состояния и переживания, идеи отношения, озарения, наличия выдающихся «разоблачительных» навыков; б) паранормально-галлюцинаторный: отражает изменения в чувстве силы и пассивности, соматические галлюцинации и паранормальные переживания, такие как медиумизм, ясновидение, магия и восприятие других существ/энергии); в) когниция—внимание: отражает неспецифические субъективные изменения или дефицит мышления и внимания, такие как мыслительная блокада и утрата автоматических навыков); г) диссоциативно-перцептивный: отражает диссоциативные переживания, такие как деперсонализация и дереализация, наряду с другими глобальными расстройствами восприятия; д) симптомы первого ранга включая конкретные слуховые галлюцинации, опыт открытых границ между собой и другими (чтение и передача мысли, восприятие и «деланность» эмоций).

Аномальные переживания, выявленные с помощью первой части интервью, затем используются для закрепления второй его частью (AANEX-CAR (контекст, оценки и реагирование), которая охватывает эмоциональные и когнитивные факторы, связанные с аномальным опытом, а также контекст, в котором это произошло. Для оценки «гибкости убеждений» были добавлены дополнительные элементы,

полученные из Шкалы Модсли для оценки бреда (MADS) [48]. Здесь представлены только данные AANEX-Inventory.

SAPS [44] и Шкала для оценки негативных симптомов (SANS) [49] были использованы для оценки позитивных и негативных симптомов психоза. SAPS состоит из 35 пунктов, которые подразделяются на четыре секции: галлюцинации, бред, странное поведение и продуктивные формальные нарушения мышления. SANS состоит из 25 пунктов, разделенных на пять разделов: аффективное уплощение или притупление, алогия, безволие-апатия, ангедония-асоциальность и внимание. Результаты для каждого элемента отражают уровень тяжести и частоты в диапазоне от 0 (нет) до 5. Каждая подшкала производит глобальную оценку признака в диапазоне 0–5. Общий диапазон баллов составляет 0–175 для SAPS и 0–125 для SANS.

### **Оценка социально-демографических и экологических факторов**

Демографическая форма была применена для получения от всех участников следующей информации: возраст, пол, этническая принадлежность, нынешний социально-экономический статус (SES), годы обучения, нынешнее состояние занятости, миграционный статус, первый язык, настоящее и прошлое семейное положение, количество детей, религиозная/духовная принадлежность, текущее и прошлое потребление наркотиков. Возраст начала и продолжительность психотических переживаний (PEs) были получены из данных обследования клинических и доклинических групп. Для клинической группы текущее медикаментозное лечение, диагноз и количество госпитализаций были проверены путем анализа персональной медицинской документации. Для оценки социального капитала был использован Инструмент Социально-средовой Оценки (SEAT) [50], которая состоит из четырех поддоменов: гражданское расстройство (т.е. воровство, вандализм, прогулы); влияние гражданского расстройства (т.е. что заинтересованные респонденты думают о преступности и расстройстве; неформальный социальный контроль (т.е. насколько вероятно, что люди должны принять меры в отношении гражданского расстройства); социальная сплоченность и доверие (т.е. можно ли доверять людям, которые готовы помочь, будут ли респонденты сотрудничать в компании по местным вопросам, ощущение себя частью сообщества).

Была использована краткая форма шкалы интеллекта Векслера для взрослых, 3-е издание (WAIS-III) [51], состоящая из одного подтеста каждого познавательного знака: информационный (вербальное понимание), блочной конструкции (перцептивная организация), арифметический (рабочая память) и цифровые символы (скорость обработки данных).

Первые три домена состоят из четырех элементов, а четвертый – из 11 пунктов (все пункты ранжиру-

ются от 1–5). SUM-баллы для каждого поддомена являются Z-стандартизированными, и общий счет социального капитала воссоздается с использованием оцененной суммы Z-баллов для каждого поддомена.

В четырех субтестах баллы масштабировали, суммировали и делили на общее число субтестов (11), чтобы сформировать WAIS оценку общего балла, который затем был преобразован в ориентировочный балл IQ.

Для данного исследования был разработан Перечень Опыта Виктимизации (VES) [52]. Он представляет собой полуструктурированное интервью, включающее две категории: межличностной травмы и воспринимаемой дискриминации. Чтобы покрыть диапазон виктимизации, имеющей отношение к психозу, были выбраны соответствующие элементы из ряда существующих шкал – Детский опыт заботы и зависимости [53], Вопросник травмирующих историй [54], Интервью дискриминации [55]. Первая категория состоит из девяти пунктов: сексуальное насилие (разделяется на половой акт и нежелательный сексуальный контакт); физическое насилие, физическое нападение (с оружием или без); угроза нападения; хулиганство; психологическое насилие; родительское пренебрежение. Вторая категория состоит из пяти пунктов, оценивающих каждый день воспринимаемой дискриминации (несправедливости): на работе, в полиции, со стороны судебной системы, со стороны соседей и/или семьи, при получении медицинской помощи. Для каждой категории могут быть получены три оценки: общее количество межличностных травм, опыт дискриминации в детстве, в зрелом возрасте и на протяжении всей жизни. Чтобы обеспечить общий виктимизационный балл, лучшие результаты из разных категорий также могут быть суммированы. Здесь сообщаются только детские межличностные травмы и дискриминация на протяжении жизни.

### Психологические характеристики

Для оценки симптомов депрессии и тревоги были использованы опросники – Сигналы депрессии и Опись тревоги (BDI-II [56] и BAI [57]). Они оба состоят из 21 пункта; респондентов просят оценить тяжесть каждого пункта за последнюю неделю по 4-балльной шкале (потенциальный диапазон баллов 0–63; более высокие оценки представляют собой более тяжелый уровень патологии).

Для того, чтобы исследовать уровень воспринимаемого стресса в прошлом месяце была использована Шкала воспринимаемого стресса (PSS) [58]. Она включает в себя 10 пунктов, каждый из которых оценивается по 5-балльной шкале от «никогда» до «очень часто», с потенциальным диапазоном 0–40 баллов (чем выше балл, тем выше уровень воспринимаемого стресса). Для оценки долгосрочных убеждений (т.е. «схемы») в отношении

себя и других использовалась Краткая Стержневая Шкала Схемы (The Brief Core Schema Scale (BCSS) [23]). Она включает в себя 24 пункта, ранжированных по 5-балльной шкале от «не верю» до «верю полностью». Четыре оценки получены в отношении «позитивного Я», «негативного представления о себе», «позитивные другие» и «негативные другие», каждый из которых имеет шесть пунктов. Потенциальный диапазон баллов 0–24, более высокие баллы представляют более сильные «схемы» для каждой подшкалы.

Для определения самооценки была использована Анкета для оценки «Я» (The Questionnaire for Evaluation of Self – QES) [59]. Она представляет собой вопросник на основе модифицированного Интервью Самооценки и Социальной поддержки (Self-Evaluation and Social Support Interview) [60], содержащий 21 элемент, оценивающий положительные, отрицательные и самопринятые признаки. Каждая подшкала имеет семь пунктов рейтинга по 4-балльной шкале от «не согласен» до «полностью согласен» (диапазон баллов 7–28; более высокие баллы представляют более сильные признаки для каждой подшкалы).

Для оценки привычных ответов участников на печальные мысли и образы (все группы) и «голоса» (только клиническая и неклиническая группы) были взяты Саутгемптонские Анкеты на внимательность (The Southampton Mindfulness Questionnaires – SMQ [61, 62]). Каждая из этих анкет состоит из 16 пунктов рейтинговой оценки по 7-балльной шкале, от «полностью согласен» до «не согласен полностью», с потенциальным диапазоном десятков 0–96 для каждого вопросника (чем выше балл, тем лучше способность осознанно реагировать на мысли/изображения и «голоса»).

Для оценки степени удовлетворенности жизнью была использована Шкала удовлетворенности жизнью – Scale Life (SWLS) [63]. Это самооценка жизни по 5 пунктам. Каждое утверждение оценивается по 7-балльной шкале, начиная от «категорически не согласен» до «полностью согласен», с потенциальным диапазоном баллов 5–35 (высокие баллы представляют более высокую удовлетворенность жизнью).

Анкета психологически благополучных посттравматических изменений – The Psychological Well-Being-Post-Traumatic Changes Questionnaire (PWB-PTCQ) [64], в данном исследовании была адаптирована для выявления позитивных изменений, происходящих в результате PEs. Это анкета для самоотчета с 18-пунктами, с шестью субшкалами (самовосприятие, автономия, цель в жизни, отношения, чувство мастерства, личностный рост). Каждый пункт оценивается по 5-балльной шкале, от «гораздо больше в настоящее время» до «гораздо меньше теперь», с диапазоном баллов 18–90 (более высокие оценки представляют собой высшее психологиче-

ское благополучие). Эта шкала не применялась для группы контроля.

Анкета родительской привязанности (The Parental Bonding Questionnaire – PBQ) [65] была использована для оценки ретроспективных представлений участников о родительских отношениях и поведении по отношению к ним в первые 16 лет жизни. Эта шкала состоит из двух частей по 25 пунктов (одна для матери и одна для отца), каждый из которых содержит подшкалу по защите (13 пунктов) и один по уходу (12 пунктов). Каждый пункт был оценен по 4-балльной шкале (от «очень похоже» до «очень не похоже»). Потенциальный диапазон баллов по шкале защиты – 0–39, по шкале ухода 0–36. Низкие оценки по шкале защиты относятся к воспринимаемому признанию автономии, в то время как высокие баллы отражают воспринимаемое вторжение и чрезмерный контроль. Низкие оценки по шкале ухода относятся к безразличию и отвержению; высокие баллы связаны с восприятием тепла и ласки.

### Процедуры

Этическое одобрение исследования UNIQUE было получено из Лондонско-Вестминстерского этического комитета Национальных исследований (the London-Westminster National Research Ethics Service Committee (12/LO/0766); Отделений Королевского Лондонского Института по психиатрическим, психологическим и неврологическим исследованиям и разработкам в Южном Лондоне и Модсли.

С согласия участников производилась аудиозапись интервью для оценки. Межэкспертная достоверность (констатировали, используя оценку 35 интервью в разных сайтах и группах координатором исследования и отдельными научными работниками) для трех AANEX-итогов инвентаризации показала почти идеальную согласованность (внутриклассовая корреляция ICC=0,995-0,998). Межшкальная надежность для комбинированных SAPS и SANS (ICC=0,904) и для VES (ICC=+0,99) также показала почти идеальную согласованность.

### Аналитическая стратегия

Чтобы гарантировать, были ли выполнены основные предположения параметрического тестирования, было проверено распределение непрерывных переменных. Там, где при проведении тестирования были найдены отклонения от нормального распределения, переменные были или дихотомическими или непараметрическими. Для проверки достоверности различий между группами были использованы Односторонний ANOVAs или Т-тесты (социально-демографические и экологические факторы; психологические характеристики), MANOVAs (AANEX, SEAT) или Kruskal-Wallis (VES), а затем наименьшие значимые различия в сравнении и Манна-Уитни тесты (SAPS и SANS)

между конкретными группами в соответствующих случаях.

Категориальные переменные были протестированы с использованием  $\chi^2$  теста. Для анализа психотических переживаний PEs из-за многократного тестирования на родственных конструкциях уровень значимости был установлен на уровне  $p < 0,01$

### Результаты

Группы не отличались по возрасту ( $F_{2,256}=2,5$ ;  $p=0,09$ ), но мужчин было больше в клинической, по сравнению с двумя другими группами ( $\chi^2=31,3$ ; ДФ=2;  $p < 0,001$ ). Результаты представлены в табл. 1–3.

### Типы психотических переживаний PEs (табл. 1)

В доклинической группе, по сравнению с клинической группой, были отмечены более младший возраст начала PEs и более продолжительный период жизни с ними. Более 75% обследуемых в обеих группах сообщили, что слышали «голоса» в течение своей жизни. Обе группы сообщали о галлюцинациях, хотя разговаривающие комментирующие «голоса» в неклинической группе были редки, чаще наблюдались соматические/тактильные и (на уровне тенденции) обонятельные галлюцинации. Неклиническая группа также набрала значительно более высокие баллы по шкалам AANEX паранормально-галлюцинаторного фактора (и на протяжении жизни и текущего), чем клиническая группа, кроме того, отражала большую частоту магических и «вещих» переживаний, соматических галлюцинаций и пассивности переживаний.

Симптомы первого ранга, особенно вкладывание мыслей, чтение мыслей и чувство нахождения под контролем также были широко представлены в доклинической группе, хотя в клинической группе они имели более высокую частоту на протяжении жизни (но не в настоящее время). Обследуемые неклинической группы показывали несколько признаков параноидности, кроме идей отношения, о которых обычно сообщалось, но все же реже, чем в клинической группе.

По сравнению с клинической, обследуемые неклинической группы сообщали о меньшем количестве негативных симптомов и когнитивных трудностей – как в настоящее время, так и на протяжении всей жизни. В частности, их средний балл был  $< 0,5$  для всех отдельных элементов SANS. Их оценки по разделам « странное поведение» и «расстройства мышления» также были ниже (хотя они не были широко распространены и в клинической группе). По шкалам SAPS и SANS суммарной и общей оценки обследуемые неклинической группы имели более низкие баллы, чем их клинические аналоги, хотя не было никаких существенных различий по AANEX-итоговому перечню – как текущему, так и на протяжении жизни.

## Типы стойких психотических переживаний в неклинической и клинической группах

	Неклиническая (N=92)	Клиническая (N=84)	Статистика
1. SAPS – Scale for the Assessment of Positive Symptoms, SANS – Scale for the Assessment of Negative Symptoms, AANEX – Appraisals of Anomalous Experiences Interview–Inventory (Интервью- описание оценки аномального опыта)			
2. Значительные различия выделены жирным шрифтом; В доклинических группах SAPS элементы перечислены в порядке убывания оценки тяжести			
Возраст начала PEs (года, mean±SD)	15.0±12.3	22.0±10.4	<b>t<sub>174</sub>=3.9, p&lt;0.001</b>
Продолжительность времени сPEs (года, mean±SD)	31.2±15.3	20.2±12.9	<b>t<sub>174</sub>=5.1, p&lt;0.001</b>
Продолжительность жизни со слуховыми галлюцинациями (%)	77.2	88.1	X <sup>2</sup> =3,6; df=1; p<0.06
SAPS общая (mean±SD)	12.3±7.2	27.5±15.5	<b>U<sub>173</sub>=1433, p&lt;0.001</b>
SAPS галлюцинации общий балл (mean±SD)	2.5±1.3	3.2±1.9	<b>U<sub>173</sub>=2494, p&lt;0.001</b>
SAPS бред общий балл (mean±SD)	2.3±1.4	3.7±1.2	<b>U<sub>173</sub>=1618, p&lt;0.001</b>
SAPS странное поведение общий балл (mean±SD)	0.1±0.4	0.7±1.1	<b>U<sub>173</sub>=2718, p&lt;0.001</b>
SAPS расстройства мышления общий балл (mean±SD)	0.1±0.3	1.0±1.3	<b>U<sub>173</sub>=2227, p&lt;0.001</b>
SANS общий (mean±SD)	3.0±3.3	22.7±13.4	<b>U<sub>173</sub>=250, p&lt;0.001</b>
SANS общие оценки (сумма 5 общих баллов) (mean±SD)	1.5±1.7	9.3±4.3	<b>U<sub>173</sub>=216, p&lt;0.001</b>
SAPS висцеро/тактильные галлюцинации (mean±SD)	2.1±1.7	1.4±1.7	<b>U<sub>173</sub>=2845, p=0.002</b>
SAPS бред отношения (mean±SD)	1.7±1.7	2.9±1.7	<b>U<sub>173</sub>=2436, p&lt;0.001</b>
SAPS зрительные галлюцинации (mean±SD)	1.6±1.7	1.3±1.8	U <sub>173</sub> =3392, p=0.17
SAPS вкладывание мыслей (mean±SD)	1.6±1.7	1.9±1.9	U <sub>173</sub> =3483, p=0.29
SAP слуховые галлюцинации (mean±SD)	1.4±1.4	2.8±2.2	<b>U<sub>173</sub>=2407, p&lt;0.001</b>
SAPS чтение мыслей (mean±SD)	1.1±1.4	1.7±1.9	U <sub>173</sub> =3152, p=0.03
SAPS обонятельные галлюцинации (mean±SD)	0.7±1.2	0.4±1.1	U <sub>173</sub> =3273, p=0.03
SAPS чувство быть контролируемым (mean±SD)	0.5±1.1	1.1±1.8	U <sub>173</sub> =3265, p=0.03
SAPS комментирующие голоса (mean±SD)	0.3±1.0	1.6± 2.1	<b>U<sub>173</sub>=2505, p&lt;0.001</b>
SAPS вещание мыслей (mean±SD)	0.2±0.6	1.5±2.0	<b>U<sub>173</sub>=2412, p&lt;0.001</b>
SAPS разговаривающие голоса (mean±SD)	0.2±0.6	1.1±1.8	<b>U<sub>173</sub>=2751, p&lt;0.001</b>
SAPS бред величия (mean±SD)	0.2±0.7	0.8±1.5	<b>U<sub>173</sub>=3132, p=0.003</b>
SAPS изъятие мыслей (mean±SD)	0.1±0.5	0.8±1.5	<b>U<sub>173</sub>=2962, p&lt;0.001</b>
SAPS религиозный бред (mean±SD)	0.1±0.4	0.8±1.5	<b>U<sub>173</sub>=2884, p&lt;0.001</b>
SAPS бред преследования (mean±SD)	0.1±0.4	1.9±1.6	<b>U<sub>173</sub>=1438, p&lt;0.001</b>
SAPS несоответствующий аффект (mean±SD)	0.03±0.3	0.3±0.9	<b>U<sub>172</sub>=3410, p=0.006</b>
SAPS бред греха/вины(mean±SD)	0.01±0.1	0.3±0.7	<b>U<sub>173</sub>=3258, p&lt;0.001</b>
SAPS бред ревности (mean±SD)	0.01±0.1	0.7±1.3	<b>U<sub>173</sub>=2932, p&lt;0.001</b>
SAPS ипохондрический бред (mean±SD)	0.01±0.1	0.3±0.9	<b>U<sub>173</sub>=3349, p=0.001</b>
AANEX общий (mean±SD)	28.6± 5.1	30.1± 6.2	F <sub>1,172</sub> =2.9, p=0.088
AANEX общий на протяжении жизни (mean±SD)	34.8± 4.9	36.3± 6.4	F <sub>1,172</sub> =2.8, p=0.098
AANEX достоверные симптомы, текущий (mean±SD)	7.7±2.1	7.5±2.2	F <sub>1,172</sub> =0.7, p=0.41
AANEX достоверные симптомы, период жизни (mean±SD)	9.1±2.1	8.7±2.3	F <sub>1,172</sub> =1.5, p=0.23
AANEX симптомы первого ранга, текущие (mean±SD)	7.5±1.9	8.1±2.5	F <sub>1,172</sub> =2.8, p=0.096
AANEX симптомы первого ранга на протяжении жизни (mean±SD)	8.9±1.6	9.7±2.0	<b>F<sub>1,172</sub>=9.5, p=0.002</b>
AANEX паранормально-галлюцинаторные, текущие (mean±SD)	5.9±1.7	5.1±1.9	<b>F<sub>1,172</sub>=9.3, p=0.003</b>
AANEX паранормальные-галлюцинаторные на протяжении жизни, (mean±SD)	7.5±1.4	6.5±2.1	<b>F<sub>1,172</sub>=17.7, p&lt;0.001</b>
AANEX диссоциативно-перцептивные текущий (mean±SD)	3.8±1.4	4.5±1.8	<b>F<sub>1,172</sub>=7.5, p=0.007</b>
AANEX диссоциативно-перцептивные на протяжении жизни (mean±SD)	5.3±1.9	5.8±2.0	F <sub>1,172</sub> =2.9, p=0.093
AANEX когнития и внимание, текущие (mean±SD)	3.8±1.6	5.1±1.7	<b>F<sub>1,172</sub>=28.4, p&lt;0.001</b>
AANEX когнития и внимание в течение жизни (mean±SD)	4.1±1.6	5.7±1.8	<b>F<sub>1,172</sub>=38.3, p&lt;0.001</b>

## Социально-демографические и экологические факторы в трех группах

	Контрольная (N=83)	Неклиническая (N=92)	Клиническая (N=84)	Статистика
1. *Классифицировано в соответствии с Европейской социально-экономической классификацией (ESEC) [66] 2. SEAT – Social Environment Assessment Tool – инструментарий для оценки социальной среды, VES – Victimization Experiences Schedule – Перечень опыта виктимизации (преследования) 3. Значимые различия выделены полужирным шрифтом				
Этническая принадлежность (%)				
Белые	90.4	87.0	65.5	Белые против прочих: $\chi^2=20.1$ , $df=2$ , $p<0.001$ (clinical< non-clinical = controls)
Смешанные	2.4	3.3	4.8	
Азиаты	2.4	2.2	2.4	
Чернокожие	3.6	6.5	26.2	
Другие	1.2	1.1	1.2	
Мигранты (%)	12.1	15.2	26.2	$\chi^2=6.4$ , $df=2$ , $p=0.04$ (clinical> non-clinical at trend level; non-clinical = controls)
Английский как первый язык (%)	89.0	91.2	88.1	$\chi^2=0.5$ , $df=2$ , $p=0.79$
Образование (количество лет) mean±SD	17.1±4.0	16.8±4.2	14.7± 5.8	$F_{2,254}=6.3$ , $p=0.002$ (clinical< non-clinical = controls)
Работающие/в процессе обучения (%)	78.3	69.6	16.7	$\chi^2=76.1$ , $df=2$ , $p<0.001$ (clinical< non-clinical = controls)
Текущая работа* (%)				$\chi^2=100.8$ , $df=8$ , $p<0.001$ (clinical< non-clinical = controls)
Salariat (сотрудник)	28.9	18.9	0	
Intermediate (Промежуточный)	21.7	21.1	0	
Рабочий класс	6.0	13.3	6.0	
Никогда не работал/ длительное время не работал	22.9	32.2	90.5	
Неклассифицируемые	20.5	14.4	3.6	
Женат/имеет партнера (%)	47.0	50.0	21.4	$\chi^2=17.6$ , $df=2$ , $p<0.001$ (clinical< non-clinical = controls)
Когда-либо имел отношения (%)	92.8	96.7	75.0	$\chi^2=22.5$ , $df=2$ , $p<0.001$ (clinical< non-clinical = controls)
Дети (один или больше, %)	59.0	57.6	35.7	$\chi^2=11.6$ , $df=2$ , $p=0.003$ (clinical< non-clinical = controls)
Семейная история психозов (%)	5.0	10.2	24.7	$\chi^2=14.0$ , $df=2$ , $p=0.001$ (clinical> non-clinical = controls)
Семейная история проблем с психическим здоровьем (%)	28.0	31.5	43.0	$\chi^2=4.4$ , $df=2$ , $p=0.11$
Религия (%)				$\chi^2=68.2$ , $df=4$ , $p<0.001$ (clinical ≠ non-clinical ≠ controls)
Никто	57.8	34.8	19.0	
Основное направление	33.7	20.7	65.5	
Нетрадиционные	8.4	44.6	15.5	
Духовное (%)	41.0	91.1	76.5	$\chi^2=54.2$ , $df=2$ , $p<0.001$ (non-clinical> clinical > controls)
Употребление марихуаны в прошлом (%)	41.0	33.7	53.6	$\chi^2=7.2$ , $df=2$ , $p=0.027$ (clinical> non-clinical; clinical = controls; non-clinical = controls)
Употребление марихуаны в настоящее время (%)	4.8	2.2	10.7	$\chi^2=6.1$ , $df=2$ , $p=0.048$ (clinical> non-clinical; clinical = controls; non-clinical = controls)
Употребление других наркотиков в прошлом (%)	25.3	12.0	36.9	$\chi^2=14.9$ , $df=2$ , $p=0.001$ (non-clinical< clinical = controls)
Другие наркотики в настоящее время (%)	2.4	0	2.4	$\chi^2=2.3$ , $df=2$ , $p=0.32$
SEAT общая (mean±SD)	0.20±2.6	0.04±2.9	-0.13±2.6	$F_{2,250}=0.3$ , $p=0.73$
SEAT гражданское расстройство (mean±SD)	0.05±0.9	0.21±0.9	-0.27±1.1	$F_{2,250}=5.2$ , $p=0.006$ (clinical< non-clinical = controls)
SEAT влияние гражданских беспорядков disorder (mean±SD)	0.08±1.0	0.02±1.0	-0.10±1.1	$F_{2,250}=0.7$ , $p=0.49$
SEAT неформальный социальный контроль (mean±SD)	-0.04±1.0	-0.12±1.0	0.18±0.9	$F_{2,250}=2.0$ , $p=0.14$
SEAT социальная сплоченность и доверие (mean±SD)	0.16±0.9	-0.05±1.1	-0.10±1.0	$F_{2,250}=1.7$ , $p=0.19$
IQ (mean±SD)	112.0±16.5	105.0±14.0	85.0±14.2	$F_{2,247}=71.1$ , $p<0.001$ (clinical< non-clinical < controls)
VES межличностная травма в детстве (mean±SD)	2.4±2.2	3.0±2.4	2.6±2.5	$K=4.8$ , $df=2$ , $p=0.09$ (controls< non-clinical; non-clinical = clinical; clinical = controls)
VES дискриминация на протяжении жизни (mean±SD)	1.0±1.2	1.2±1.4	1.9±1.7	$K=16.2$ , $df=2$ , $p<0.001$ (clinical> non-clinical = controls)

## Психологические характеристики в трех группах

	Контрольная (N=82)	Неклиническая (N=91)	Клиническая (N=83)	Statistics
1. *Этот опросник применялся только в отношении слышащих «голоса» (non-clinical: N=41; clinical: N=49) 2. QES – Questionnaire for Evaluation of Self – Анкета для самооценки, BCSS – Brief Core Schema Scales - Краткая шкала основной схемы, PEs - persistent psychotic experiences, SMQ – Southampton Mindfulness Questionnaires – Саусэмптонская Анкета Внимания, PBQ – Parental Bonding Questionnaire – Анкета Родительских Связей 3. Значимые различия выделены жирным шрифтом				
Beck-II – перечень признаков депрессии (mean±SD)	5.9±8.2	6.7±7.1	20.9±14.0	<b>F<sub>2,251</sub>=57.3,</b> <b>p&lt;0.001</b> (clinical>non-clinical=controls)
Beck – перечень признаков тревоги (mean±SD)	3.7±5.0	6.8±7.2	17.4±12.8	<b>F<sub>2,251</sub>=52.8,</b> <b>p&lt;0.001</b> (clinical>non-clinical>controls)
Шкала воспринимаемого стресса (mean±SD)	13.5±7.0	13.7±7.2	20.1±7.4	<b>F<sub>2,246</sub>=22.0,</b> <b>p&lt;0.001</b> (clinical>non-clinical=controls)
QES позитивные признаки (mean±SD)	21.3±3.5	21.8±3.7	19.0±4.9	<b>F<sub>2,251</sub>=11.2,</b> <b>p&lt;0.001</b> (clinical<non-clinical=controls)
QES негативные признаки (mean±SD)	8.9±2.2	8.7±2.4	11.7±4.2	<b>F<sub>2,251</sub>=25.4,</b> <b>p&lt;0.001</b> (clinical>non-clinical=controls)
QES отсутствие «самопринятия» (mean±SD)	12.0±3.5	11.7±2.9	16.5±5.6	<b>F<sub>2,252</sub>=34.4,</b> <b>p&lt;0.001</b> (clinical>non-clinical=controls)
BCSS позитивная оценка себя (mean±SD)	14.2±5.5	14.9±7.0	10.2±6.9	<b>F<sub>2,252</sub>=13.0,</b> <b>p&lt;0.001</b> (clinical<non-clinical=controls)
BCSS негативная оценка себя (mean±SD)	1.8±3.2	2.0±3.2	6.0±6.2	<b>F<sub>2,253</sub>=24.0,</b> <b>p&lt;0.001</b> (clinical>non-clinical=controls)
BCSS позитивная оценка других (mean±SD)	13.6±5.4	12.9±4.9	11.0±6.0	<b>F<sub>2,250</sub>=5.3,</b> <b>p=0.006</b> (clinical<non-clinical=controls)
BCSS негативная оценка других (mean±SD)	3.8±5.4	4.8±5.3	9.1±6.8	<b>F<sub>2,251</sub>=19.6,</b> <b>p&lt;0.001</b> (clinical>non-clinical=controls)
Удовлетворенность оценкой жизни (mean±SD)	23.3±7.1	23.6±6.7	17.2±7.9	<b>F<sub>2,251</sub>=21.1,</b> <b>p&lt;0.001</b> (clinical<non-clinical=controls)
Анкета Психологического благополучия после PEs (mean±SD)		72.9±11.9	61.5±14.3	<b>F<sub>1,169</sub>=32.7, p&lt;0.001</b>
SMQ мысли/образы (mean±SD)	58.9±15.6	63.4±15	47.0±12.7	<b>F<sub>2,228</sub>=24.6, p&lt;0.001</b> (non-clinical>controls>clinical)
SMQ голоса* (mean±SD)		69.2±14.5	48.0±13.3	<b>F<sub>1,88</sub>=51.8, p&lt;0.001</b>
PBQ материнская защита (mean±SD)	12.6±8.0	14.5±9.3	15.6±7.9	F <sub>2,247</sub> =2.6, p=0.076 (clinical>controls; controls=non-clinical; clinical=non-clinical)
PBQ отцовская защита (mean±SD)	11.4±8.0	11.4±7.6	14.8±8.6	<b>F<sub>2,225</sub>=4.0,</b> <b>p=0.02</b> (clinical>non-clinical=controls)
PBQ материнская забота (mean±SD)	23.2±9.4	22.7±10.3	24.3±9.9	F <sub>2,247</sub> =0.6, p=0.55
PBQ отцовская забота (mean±SD)	21.8±9.6	21.4±11.3	23.7±9.2	F <sub>2,225</sub> =1.1, p=0.35

## Социально-демографические и экологические факторы (табл. 2)

В прогнозируемом направлении доклиническая группа отличалась от клинической группы по 16 (+1 тренда) из 25 измеренным социально-демографическим и экологическим факторам. Были менее вероятны, чем в клинической группе: принадлежность к британскому меньшинству этнических групп и статус мигранта (на уровне тенденции); происхождение из рабочего класса и проживание в районах с «гражданским расстройством» (асоциальные традиции), хотя не было различий с точки зрения общего социального капитала; наличие семейной истории психоза (хотя и не общих проблем психического здоровья).

Они имели более высокий IQ, были более образованными, и более вероятно, будут работать или после обучения, с повышением профессиональных классов; они имели и более вероятно, будут иметь долгосрочные отношения и иметь детей; они были менее склонны к употреблению наркотиков.

Участники неклинической группы были отобраны с учетом сопоставимости с контрольной группой по возрасту, полу, этнической принадлежности и образованию, и, следовательно, не отличались по этим переменным. Кроме того, они не отличались от контроля по большинству других рассмотренных переменных (19 из 23), кроме неклинической группы, имеющей более низкий IQ, В большей пропорции были пред-

ставлены духовность, следование нетрадиционным религиям и тенденция к приему меньшего числа лекарств, чем в контрольной группе.

По отношению к виктимизации не было никаких различий между клинической и доклинической группами в ряде детских межличностных травматических событий, причем последняя группа демонстрировала более высокий балл, чем контроль (хотя разница в целом была на уровне только тенденции). Тем не менее, в клинической группе участники сообщили о значительно большей дискриминации в течение жизни, чем в двух других группах.

### **Психологические характеристики (табл. 3)**

Неклиническая группа отличалась от клинической в прогнозируемом направлении по 15 из 18 исследованных характеристик. По сравнению с неклинической, клиническая группа была более тревожной, депрессивной и находящейся в состоянии напряжения, сообщала о более низкой самооценке и давала более высокую отрицательную оценку себя и других. Кроме того, неклинические участники продемонстрировали более высокий уровень самооценки и были более склонны воспринимать себя имеющими положительные атрибуты, набрали больше баллов на положительных оценках себя и других, были более удовлетворены жизнью и оценивались по осознанности даже выше, чем в контрольной группе. Они сообщили о высоком психологическом благополучии в результате их психотических переживаний (PEs); обследуемые, слышащие «голоса» из неклинической группы были более способны принять эти голоса и имели более осознанный стиль ответа на них, чем их клинические аналоги. Хотя неклинические участники были немного более тревожными, чем контроль, их средний балл по ВАИ находился еще в пределах минимального диапазона тревоги (0–7). Единственной областью, где различия между клиническими и другими группами либо отсутствовали, либо были неоднозначными ( $p > 0,01$ ) было восприятие родительских отношений; хотя в клинической группе было заметно больше людей, которые не имеют каких-либо отношений с отцом (18%), по сравнению с двумя другими группами (неклинические = 3%; контроль = 6%).

### **Обсуждение**

Мы обнаружили: а) отличительный рисунок сходства и различия по отдельным PEs между клинической и доклинической группами, что предполагает возможность того, что некоторые типы PEs являются более «щадящими», чем другие; б) конкретные социально-демографические и экологические факторы могут защитить от развития «потребности в помощи»; в) что можно быть психологически и эмоционально здоровым, испытывая стойкие психотические переживания (PEs). Эти результаты

подтверждают биопсихосоциальные модели [21, 22, 37], которые подчеркивают важность экологических и психологических факторов в этиологии психоза и потребности в помощи.

Основным ограничением исследования являлось то, что набор большинства обследуемых со стойкими психотическими переживаниями не был реализован эпидемиологическим способом: ориентировались на селективную выборку, сделанную специалистами заинтересованных организаций, которые, как правило, имеют тенденции к высокому уровню функционирования и погружения в субкультуральные группы, которые могут обеспечить проверку и принятие их PEs. Таким образом, наша выборка не может быть представителем более широкой группы лиц с PEs в общей популяции, которые могут быть огорчены своим опытом [67, 68] и имеют неудовлетворенные потребности в области психического здоровья [69]. Хотя эпидемиологический образец был бы предпочтительнее, это логистически сложно, так как люди со стойкими, в отличие от транзиторных, психотическими переживаниями, очень редки. Тем не менее, если учесть, что цель настоящего исследования состояла не в том, чтобы охарактеризовать представителя с PEs в общей популяции, а в том, чтобы сравнить людей с плохими и хорошими результатами стойких PEs; в этом контексте наши результаты по-прежнему информативны.

### **Типы PEs**

Большинство обследованных неклинической группы сообщили, что слышали «голоса» в своей жизни, и испытывали галлюцинации во всех формах, что было для них обычным явлением; некоторые типы из них были более частыми, чем в клинической группе. Также сообщалось о симптомах первого ранга, таких как пассивность переживаний, вкладывание и чтение мыслей, а также были отмечены идеи отношения. Переживания были далеки от транзиторных (средняя продолжительность составляла 31 год), с более ранним возрастом начала, чем в клинической группе, что повторяет и другие исследования, которые обычно показывают начало психотических переживаний в детстве или подростковом возрасте у этих лиц [18, 19, 33]. Некоторые отдельные продуктивные симптомы, которые могут быть более патологическими, чем другие: например, комментирующие и беседующие «голоса»; опыт, предполагающий потерю контроля над своими собственными мыслями (например, изъятие и трансляция), в неклинической группе присутствовали редко. Кроме того, важное различие между группами было в тяжести: даже тогда, когда присутствовали четкие продуктивные симптомы, они не были столь тяжелыми/частыми в неклинической группе, предполагая, что сила настойчивости такого опыта может быть важным фактором, ведущим к страданиям и потребности в помощи [70].

Участники неклинической группы были почти полностью лишены негативных симптомов, странного поведения и расстройств мышления, согласующихся с данными слышащих голоса [33]. Также они были менее склонны сообщать о трудностях в мышлении и внимании, чем в клинической группе, что сейчас является хорошо воспроизводимыми выводами [17, 18, 39, 71]. Эти результаты согласуются с недавним доказательством того, что позитивные симптомы у лиц с ультра-высоким риском психоза являются более слабыми прогностическими факторами перехода к психозу и плохому функциональному исходу, чем негативные дезорганизирующие симптомы [72], а также субъективные когнитивные трудности [73, 74].

Наконец, как и было предсказано, участники в неклинической группе были гораздо менее параноидальными, чем в клинической, и отображали относительно немного бреда в целом, кроме идей отношения. Присутствие PEs в отсутствии бреда может быть важным феноменологическим различием между доклинической и клинической группами. Другие исследования также показали, что параноидальный взгляд на мир и угрожающие / неадекватные оценки аномальных переживаний различают две группы [16, 18, 19, 39], и могут определять, будет ли у человека развиваться полномасштабный психоз.

### **Социально-демографические и экологические факторы**

Как и следовало ожидать, две группы PEs были весьма различны демографически, неклиническая группа напоминала контроль по большинству исследованных переменных. В целом, обследуемые неклинической группы были из менее социально незащищенных слоев населения, чем больные психозом, и имели более социально-значимые роли. У них были большие когнитивные ресурсы, чем в клинической группе, они сообщали о меньшем употреблении наркотиков, чем даже в контрольной группе. Несмотря на то, что не представляется возможным определить направление причинно-следственной связи, вместе взятые, эти данные свидетельствуют о том, что в предварительном порядке отсутствие социальных и экологических неблагоприятных факторов может быть защитным против злокачественного течения PEs.

Заметным исключением является преобладание детской травмы, которая не отличалась между клинической и доклинической группами, причем в последней показатели были выше, чем в контрольной группе. Связь между детской травмой и наличием PEs воспроизводит ранее полученные данные [18, 34, 35], хотя в этом исследовании связь была слабее (разница между группами в целом не достигла значимости). Тем не менее, эти результаты демонстрируют важность определения, какие именно типы травм могут быть связаны с наличием в этом исследо-

вании PEs [36], а также дифференцировать их от тех, которые связаны с потребностью в помощи. Наши результаты согласуются с докладом С. Morgan и др. [31, 32] о сложном взаимодействии между различными экологическими факторами риска, предполагая, что это сочетание социальных невзгод и других факторов, таких как злоупотребление наркотиками и семейный риск, которые, в комбинации с воздействием детской травмы, могут подтолкнуть лиц к психотическому расстройству.

По сравнению с контролем и клинической группами, большая доля участников неклинической группы (>90%) описали себя как духовных (не связанных с основными религиозными течениями), Духовность может быть ключевым фактором в развитии положительных оценок PEs и в содействии их социальной проверке. Сочетание повышенной духовности с вышеуказанными социально-демографическими данными может представлять определенный психосоциальный буфер против потенциального вредного воздействия стойких PEs; или, иначе говоря, вполне вероятно, что стойкие психотические переживания становятся проблемой только в контексте ранее существовавших уязвимостей, как это было предложено в современных этиологических моделях психоза [21, 22, 37].

### **Психологические характеристики**

Участники неклинической группы не представляли текущие эмоциональные проблемы, было нетронутым чувство собственного достоинства, отображалось самовосприятие и здоровые представления о себе и других; они показывали высокую степень удовлетворенности жизнью. Они в какой-то мере не отличались от ВАИ контроля, кроме того, были немного тревожнее, хотя их оценка был все еще в пределах минимального диапазона тревоги. Выводы о родительских отношениях были более двусмысленны, с тенденцией к тому, что неклинические группы сообщали о том, что с большей вероятностью имеют отцовские отношения, и воспринимали своих родителей менее гипертрофированно, чем в клинической группе. Эти результаты требуют репликации, потенциально к более тревожным отношениям к событиям. В доклинической группе относились к «голосам» и потенциально тревожным событиям более осознанно, чем в клинической и даже контрольной группах. Точно так же и в духовности, стиль осознанного ответа может поэтому представлять собой защитный фактор против проблемных исходов PEs. В целом, эти результаты обеспечивают надежные доказательства того, что даже стойкие PEs не обязательно связаны с плохим состоянием психического здоровья, по крайней мере, у людей, у которых имеется целый ряд защитных экологических и психологических факторов.

## Клинические проявления

Наши выводы имеют потенциальные последствия для клинического ведения людей с РЕs, в том числе – лиц с ультра-высоким риском психоза. Психологические методы лечения (в том числе когнитивно-поведенческой терапии психозов и третьей волны терапии, таких как принятие и приверженность терапии и ее осознанность) в качестве центрального принципа имеют нормализующий и принимающий подход к психотическим переживаниям РЕs [76, 77]. Так как РЕs могут присутствовать без патологических результатов, целью терапии может быть не обязательно устранение такого опыта, но оценка их менее угрожающим и параноидальным способом, или возможность иметь дело с ними дифференцированно [78]. Эти результаты имеют явные последствия также для помощи лицам ультра-высокого риска возникновения психоза. В то время как тради-

ционно диагноз состояния высокого риска сильно тяготеет к наличию позитивных РЕs, отсутствие негативных симптомов и субъективных когнитивных нарушений в доклинических образцах согласуется с недавним доказательством того, что эти функции особенно связаны с повышенным риском перехода к психозу [79]. Важно отметить, как показано, что психологические и эмоциональные проблемы являются ключевыми факторами дифференциации групп [80], являются ли они последствиями или вкладом в РЕs [81–83].

Мы надеемся, что эти выводы проложит путь к изменению парадигмы в исследованиях психозов, которые традиционно чрезмерно сосредоточены на моделях заболеваний и выявлении факторов риска/биомаркеров болезненных состояний, чтобы рассматривать защитные факторы и детерминанты благополучия в контексте РЕs [84].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Claridge G. Single indicator of risk for schizophrenia – probable fact or likely myth // *Schizophr. Bull.* 1994. Vol. 20. P. 151–168.
2. Linscott R.J., van Os J. An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: on the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders // *Psychol. Med.* 2013. Vol. 43. P. 1133–1149.
3. Krabbendam L., Myin-Germeys I., De Graaf R. et al. Dimensions of depression, mania and psychosis in the general population // *Psychol. Med.* 2004. Vol. 34. P. 1177–1186.
4. van Os J., Linscott R.J., Myin-Germeys I. et al. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder // *Psychol. Med.* 2009. Vol. 39. P. 179–195.
5. Johns L.C., van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population // *Clin. Psychol. Rev.* 2001. Vol. 21. P. 1125–1141.
6. Corlett P.R., Fletcher P.C. The neurobiology of schizotypy: frontostriatal prediction error signal correlates with delusion-like beliefs in healthy people // *Neuropsychol.* 2012. Vol. 50. P. 3612–3620.
7. Nelson M.T., Seal M.L., Pantelis C. et al. Evidence of a dimensional relationship between schizotypy and schizophrenia: a systematic review // *Neurosci. Biobehav. Res.* 2013. Vol. 37. P. 317–327.
8. Kaymaz N., Drukker M., Lieb R. et al. Do subthreshold psychotic experiences predict clinical outcomes in unselected non-help-seeking population-based samples? A systematic review and meta-analysis, enriched with new results // *Psychol. Med.* 2012. Vol. 42. P. 2239–2253.
9. David A.S. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality // *Psychol. Med.* 2010. Vol. 40. P. 1935–1942.
10. Stranghellini G., Langer A.I., Ambrosini A. et al. Quality of hallucinatory experiences: differences between a clinical and a non-clinical sample // *World Psychiatry.* 2012. Vol. 11. P. 110–113.
11. Kounali D., Zammit S., Wiles N. et al. Common versus psychopathology-specific risk factors for psychotic experiences and depression during adolescence // *Psychol. Med.* 2014. Vol. 44. P. 2557–2566.
12. Johns L.C., Kompus K., Connell M. et al. Auditory verbal hallucinations in persons with and without a need for care // *Schizophr. Bull.* 2014. Vol. 40. P. S255–264.
13. Jackson M.C. Benign schizotypy? The case of spiritual experience / G.S. Claridge (Ed.). *Schizotypy: relations to illness and health.* Oxford: Oxford University Press, 1997. P. 137–154.
14. Jackson M.C., Fulford K.W.M. Spiritual experience and psychopathology // *Philosophy, Psychiatry Psychology.* 1997. Vol. 1. P. 41–65.
15. Brett C.M., Peters E.R., McGuire P.K. Which psychotic experiences are associated with a need for clinical care? // *Eur. Psychiatry.* 2015. Vol. 30. P. 648–654.
16. Brett C.M.C., Peters E.P., Johns L.C. et al. Appraisals of Anomalous Experiences Interview (AANEX): a multidimensional measure of psychological responses to anomalies associated with psychosis // *Br. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 191. P. S23–30.
17. Brett C., Heriot-Maitland C., McGuire P. et al. Predictors of distress associated with psychotic-like anomalous experiences in clinical and non-clinical populations // *Br. J. Clin. Psychol.* 2014. Vol. 53. P. 213–227.
18. Lovatt A., Mason O., Brett C. et al. Psychotic-like experiences, appraisals, and trauma // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2010. Vol. 198. P. 813–819.
19. Ward T.A., Gaynor K.J., Hunter M.D. et al. Appraisals and responses to experimental symptom analogues in clinical and nonclinical individuals with psychotic experiences // *Schizophr. Bull.* 2014. Vol. 40. P. 845–855.
20. Rossler W., Ajdacic-Gross V., Muller M. et al. Assessing sub-clinical psychosis phenotypes in the general population – a multidimensional approach // *Schizophr. Res.* 2015. Vol. 161. P. 194–201.
21. Garety P.A., Kuipers E., Fowler D. et al. A cognitive model of the positive symptoms of psychosis // *Psychol. Med.* 2001. Vol. 31. P. 189–195.
22. Howes O.D., Murray R.M. Schizophrenia: an integrated sociodevelopmental-cognitive model // *Lancet.* 2014. Vol. 383. P. 1677–1687.
23. Fowler D., Freeman D., Smith B. et al. The Brief Core Schema Scales (BCSS): psychometric properties and associations with paranoia and grandiosity in non-clinical and psychosis samples // *Psychol. Med.* 2006. Vol. 36. P. 749–759.
24. Berry K., Barrowclough C., Wearden A. A review of the role of adult attachment style in psychosis: unexplored issues and questions for further research // *Clin. Psychol. Rev.* 2007. Vol. 27. P. 458–475.
25. Bebbington P.E., Bhugra D., Brugha T. et al. Psychosis, victimisation and childhood disadvantage – Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity // *Br. J. Psychiatry.* 2004. Vol. 185. P. 220–226.
26. Varese F., Smeets F., Drukker M. et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort studies // *Schizophr. Bull.* 2012. Vol. 38. P. 661–671.
27. Arseneault L., Cannon M., Fisher H.L. et al. Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: a genetically sensitive longitudinal cohort study // *Am. J. Psychiatry.* 2011. Vol. 168. P. 65–72.
28. Janssen I., Hanssen M., Bak M. et al. Discrimination and delusional ideation // *Br. J. Psychiatry.* 2003. Vol. 182. P. 71–76.
29. Morgan C., Charalambides M., Hutchinson G. et al. Migration, ethnicity, and psychosis: toward a sociodevelopmental model // *Schizophr. Bull.* 2010. Vol. 36. P. 655–664.
30. Kirkbride J.B., Boydell J., Ploubidis G.B. et al. Testing the association between the incidence of schizophrenia and social capital in an urban area // *Psychol. Med.* 2008. Vol. 38. P. 1083–1094.
31. Morgan C., Reininghaus U., Reichenberg A. et al. Adversity, cannabis use and psychotic experiences: evidence of cumulative and synergistic effects // *Br. J. Psychiatry.* 2014. Vol. 204. P. 346–353.
32. Morgan C., Reininghaus U., Fearon P. et al. Modelling the interplay between childhood and adult adversity in pathways to psychosis: initial evidence from the AESOP study // *Psychol. Med.* 2014. Vol. 44. P. 407–419.

33. Sommer I.E.C., Daalman K., Rietkerk T. et al. Healthy individuals with auditory verbal hallucinations; who are they? Psychiatric assessments of a selected sample of 103 subjects // *Schizophr. Bull.* 2010. Vol. 36. P. 633–641.
34. Daalman K., Diederer K.M.J., Derks E.M. et al. Childhood trauma and auditory verbal hallucinations // *Psychol. Med.* 2012. Vol. 42. P. 2475–2484.
35. Andrew E.M., Gray N.S., Snowden R.J. The relationship between trauma and beliefs about hearing voices: a study of psychiatric and non-psychiatric voice hearers // *Psychol. Med.* 2008. Vol. 38. P. 1409–1417.
36. Bentall R.P., Wickham S., Shevlin M. et al. Do specific early-life adversities lead to specific symptoms of psychosis? A study from the 2007 Adult Psychiatric Morbidity Survey // *Schizophr. Bull.* 2012. Vol. 38. P. 734–740.
37. Garety P.A., Bebbington P., Fowler D. et al. Implications for neurobiological research of cognitive models of psychosis: a theoretical paper // *Psychol. Med.* 2007. Vol. 37. P. 1377–1391.
38. Marks E.M., Steel C., Peters E.R. Intrusions in trauma and psychosis: information processing and phenomenology // *Psychol. Med.* 2012. Vol. 42. P. 2313–2323.
39. Gaynor K., Ward T., Garety P. et al. The role of safety-seeking behaviours in maintaining threat appraisals in psychosis // *Behav. Res. Ther.* 2013. Vol. 51. P. 75–81.
40. Heriot-Maitland C., Knight M., Peters E. A qualitative comparison of psychotic-like phenomena in clinical and non-clinical populations // *Br. J. Clin. Psychol.* 2012. Vol. 51. P. 37–53.
41. Hatch S.L., Frissa S., Verdecchia M. et al. Identifying socio-demographic and socioeconomic determinants of health inequalities in a diverse London community: the South East London Community Health (SELCoH) study // *BMC Public Health.* 2011. P.11.
42. Bebbington P., Nayani T. The Psychosis Screening Questionnaire // *Int. J. Methods. Psychiatr. Res.* 1995. Vol. 5. P. 11–19.
43. Slade M., Loftus L., Phelan M. et al. The Camberwell Assessment of Need. London: Gaskell, 1999.
44. Andreasen N. Scale for the Assessment of Positive Symptoms (SAPS). Iowa City: University of Iowa Press, 1984.
45. Mason O., Claridge G. The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE): further description and extended norms // *Schizophr. Res.* 2006. Vol. 82. P. 203–211.
46. Naroo J.Y. Ethnicity and mental health: findings from a National Community Survey. London: Policy Studies Institute, 1997.
47. Singleton N., Bumpstead R., O'Brien M. et al. Psychiatric morbidity among adults living in private households 2000. London: The Stationery Office, 2001.
48. Wessely S., Buchanan A., Reed A. et al. Acting on delusions. 1. Prevalence // *Br. J. Psychiatry.* 1993. Vol. 163. P. 69–76.
49. Andreasen N. Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City: University of Iowa Press, 1984.
50. Kirkbride J.B. Instructions for scoring the Social Environment Assessment Tool (Version 0.1-Alpha), 2014.
51. Wechsler D. Wechsler Adult Intelligence Scale – 3rd ed. San Antonio: The Psychological Corporation, 1997.
52. Charalambides M. Appraisals of anomalous experiences in need for care versus non-need for care groups: examining the cognitive route of impact of victimisation life events. London: Psychology, Institute of Psychiatry, King's College London, 2013.
53. Bifulco A., Brown G.W., Harris T.O. Childhood Experience of Care and Abuse (CECA) – a retrospective interview measure // *J. Child. Psychol. Psychiatry.* 1994. Vol. 35. P. 1419–1435.
54. Green B.L. Trauma History Questionnaire. Washington: U.S. Department of Veterans Affairs, 1996.
55. EU-GEI. European Network of Schizophrenia Networks for the Study of Gene Environment Interactions. Schizophrenia etiology: do gene-environment interactions hold the key? // *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 102. P. 21–26.
56. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. Beck Depression Inventory (2nd ed). San Antonio: The Psychological Corporation, 1996.
57. Beck A.T., Brown G., Epstein N. et al. An inventory for measuring clinical anxiety – Psychometric properties // *J. Consult. Clin. Psychol.* 1988. Vol. 56. P. 893–897.
58. Cohen S., Williamson G. Perceived stress in a probability sample of the United States / S. Spacamp, S. Oskamp (Eds.). The social psychology of health: Claremont Symposium on applied social psychology. Newbury Park: Sage, 1988.
59. Holding J., Tarrier N., Gregg L. et al. Self-esteem and psychosis: development and validation of the Questionnaire for Evaluation of Self (QES). Submitted for publication.
60. Barrowclough C., Tarrier N., Humphreys L. et al. Self-esteem in schizophrenia: relationships between self-evaluation, family attitudes, and symptomatology // *J. Abnorm. Psychol.* 2003. Vol. 112. P. 92–99.
61. Chadwick P., Hember M., Symes J. et al. Responding mindfully to unpleasant thoughts and images: reliability and validity of the Southampton Mindfulness Questionnaire (SMQ) // *Br. J. Clin. Psychol.* 2008. Vol. 47. P. 451–455.
62. Chadwick P., Barnbrook E., Newman-Taylor K. Responding mindfully to distressing voices // *J. Norwegian Psychol. Assoc.* 2007. Vol. 44. P. 581–587.
63. Diener E., Emmons R.A., Larsen R.J. et al. The Satisfaction with Life Scale // *J. Pers. Assess.* 1985. Vol. 49. P. 71–75.
64. Joseph S., Maltby J., Wood A.M. et al. The Psychological Well-Being-Post-Traumatic Changes Questionnaire (PWB-PTCQ): reliability and validity // *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 2012. Vol. 4. P. 420–428.
65. Parker G., Tupling H., Brown L.B. Parental bonding instrument // *Br. J. Med. Psychol.* 1979. Vol. 52. P. 1–10.
66. Harrison E., Rose D. The European Socio-economic Classification (ESeC) User Guide. Colchester: Institute for Social and Economic Research, University of Essex, 2006.
67. Mills J.G. Defining the prevalence of subjects at Ultra High Risk of developing psychosis in the general population. London: King's College London, 2014.
68. Kelleher I., Wigman J.T., Harley M. et al. Psychotic experiences in the population: association with functioning and mental distress // *Schizophr Res.* 2015. Vol. 165. P. 9–14.
69. DeVylder J.E., Oh H.Y., Corcoran C.M. et al. Treatment seeking and unmet need for care among persons reporting psychosis-like experiences // *Psychiatr. Serv.* 2014. Vol. 65. P. 774–780.
70. Bak M., Myin-Germeys I., Hanssen M. et al. When does experience of psychosis result in a need for care? A prospective general population study // *Schizophr. Bull.* 2003. Vol. 29. P. 349–358.
71. Brett C.M.C., Peters E.R., McGuire P. Which psychotic-like experiences are associated with a need for clinical care? // *Eur. Psychiatry.* 2015. Vol. 30. P. 648–654.
72. Valmaggia L.R., Stahl D., Yung A.R. et al. Negative psychotic symptoms and impaired role functioning predict transition outcomes in the at-risk mental state: a latent class cluster analysis study // *Psychol. Med.* 2013. Vol. 43. P. 2311–2325.
73. Morita K., Kobayashi H., Takeshi K. et al. Poor outcome associated with symptomatic deterioration among help-seeking individuals at risk for psychosis: a naturalistic follow-up study // *Early Interv. Psychiatry.* 2014. Vol. 8. P. 24–31.
74. Fusar-Poli P., Deste G., Smieskova R. et al. Cognitive functioning in prodromal psychosis: a meta-analysis // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2012. Vol. 69. P. 562–571.
75. Gumley A.I., Taylor H.E.F., Schwannauer M. et al. A systematic review of attachment and psychosis: measurement, construct validity and outcomes // *Acta Psychiatr. Scand.* 2014. Vol. 129. P. 257–274.
76. Morrison A.P., Barratt S. What are the components of CBT for psychosis? A Delphi study // *Schizophr. Bull.* 2010. Vol. 36. P. 136–142.
77. Chadwick P. Mindfulness for psychosis // *Br. J. Psychiatry.* 2014. Vol. 204. P. 333–334.
78. Birchwood M., Trower P. The future of cognitive-behavioural therapy for psychosis: not a quasi-neuroleptic // *Br. J. Psychiatry.* 2006. Vol. 188. P. 107–108.
79. Demjaha A., Valmaggia L., Stahl D. et al. Disorganization/cognitive and negative symptom dimensions in the at-risk mental state predict subsequent transition to psychosis // *Schizophr. Bull.* 2012. Vol. 38. P. 351–359.
80. Fusar-Poli P., Yung A.R., McGorry P. et al. Lessons learned from the psychosis high-risk state: towards a general staging model of prodromal intervention // *Psychol. Med.* 2014. Vol. 44. P. 17–24.
81. Birchwood M. Pathways to emotional dysfunction in first-episode psychosis // *Br. J. Psychiatry.* 2003. Vol. 182. P. 373–375.
82. Fowler D., Hodgekings J., Garety P. et al. Negative cognition, depressed mood, and paranoia: a longitudinal pathway analysis using structural equation modeling // *Schizophr. Bull.* 2012. Vol. 38. P. 1063–1073.
83. Law H., Morrison A.P. Recovery in psychosis: a Delphi study with experts by experience // *Schizophr. Bull.* 2014. Vol. 40. P. 1347–1355.
84. Mohr C., Claridge G. Schizotypy – do not worry, it is not all worrisome // *Schizophr. Bull.* 2015. Vol. 41, Suppl. 2. P. S436–443.

## ПОИСКИ НОВЫХ ПОДХОДОВ И ПАРАДИГМ В ПОНИМАНИИ ПСИХОЗОВ

И.Я. Гурович, Н.Г. Шашкова, О.О. Папсуев

Среди появившихся в последнее время публикаций, имеющих отношение к поискам новых подходов и парадигм понимания психозов, важное место занимает исследование, опубликованное в журнале World Psychiatry. 2016. Vol.15, N 1. P. 41–52. E.Peters “Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic

experiences with and without a “need for care”. Привлекая внимание к этому исследованию возможно более широкого круга специалистов, подчеркивается значение и интерес полученных в нем результатов.

**Ключевые слова:** психозы, клинические, социальные, экологические, психологические факторы, новые подходы.

## LOOKING FOR NEW APPROACHES AND PARADIGMS IN UNDERSTANDING PSYCHOSIS

I.Ya. Gurovich, N.G. Shashkova, O.O. Papsuyev

Recently the journal World Psychiatry has published an article by E. Peters “Clinical, socio-demographic and psychological characteristics in individuals with persistent psychotic experiences with and without a “need for care” (2016. Vol.15, N 1. P. 41–52) that explores new approaches and paradigms

in understanding psychosis. This is an interesting article for a wide circle of professionals both in terms of importance and novelty of new findings.

**Key words:** psychoses, clinical, social, ecological, psychological factors, new approaches

---

**Гурович Исаак Яковлевич** – доктор медицинских наук, профессор, руководитель отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, e-mail: prof.gurovich@gmail.com

**Шашкова Нина Геннадьевна** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России, e-mail: ngshashkova@gmail.com

**Папсуев Олег Олегович** – кандидат медицинских наук, ведущий научный сотрудник отдела внебольничной психиатрии и организации психиатрической помощи Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П.Сербского» Минздрава России