

Качественные отличия галлюцинаторных феноменов в клинической и неклинической популяциях

Giovanni Stanghellini¹, Álvaro I. Langer², Alessandra Ambrosini¹, Adolfo J. Cangas²

¹Department of Biomedical Science, G. d'Annunzio University, Chieti, Italy;

²Department of Clinical Psychology, University of Almeria, Spain

Перевод: Алфимов П.В. (Москва)

Редактор: Фролов А.М. (Москва)

Авторы исследовали две группы участников – клиническую, состоящую из пациентов с шизофренией, и неклиническую, состоящую из студентов. Участники самостоятельно заполняли Расширенную шкалу галлюцинаций (RHS). Если участник давал положительный ответ на один из пунктов шкалы, его просили дать развернутое описание своих переживаний (привести примеры). Описания, полученные в двух группах, имели значительные отличия. В неклинической популяции нецелесообразно использовать опросники лишь с двумя вариантами ответов («да» или «нет»). Не представляется возможным достоверно оценить галлюцинаторные и другие схожие явления, не имея точной характеристики, то есть качественного феноменологического описания.

Ключевые слова: континуальная модель, галлюцинации, псевдопсихотические явления, феноменология, качественный анализ, шизофрения

(*World Psychiatry* 2012; 11: 110-113)

В последнее время становится популярным мнение о том, что психотические симптомы, такие как бред и галлюцинации, могут возникать у здоровых людей [1]. Это мнение подкрепляется тем, что явления, регистрируемые в клинической и неклинической популяциях, в чем-то схожи и частично перекрываются (концепция «псевдопсихотических симптомов», т. е. симптомов, находящихся в середине континуума болезнь–здоровье) [2].

В 1981 г. опубликована Шкала галлюцинаций Лони-Слейда [3] (LSHS – Launay-Slade Hallucination Scale). Она представляет собой заполняемый пациентом опросник из 12 пунктов, направленных на выявление расстройств восприятия и субклинических галлюцинаторных феноменов. С публикации шкалы LSHS начался 30-летний период изучения галлюцинаций в неклинических популяциях. Шкала LSHS неоднократно дополнялась и пересматривалась [4–6]. Для более подробной оценки зрительных галлюцинаций Morrison и соавт. [5] исключили из шкалы три оригинальных пункта и внесли в нее четыре новых. Эта версия шкалы получила название RHS (Revised Hallucination Scale – Расширенная шкала галлюцинаций) (см. таблицу 1). RHS широко использовалась в исследованиях клинических и неклинических популяций [7, 8].

Шкала LSHS и другие похожие психометрические инструменты разрабатывались для оценки «предрасположенности к галлюцинаторным переживаниям», то есть «фенотипа уязвимости», но не «фенотипа болезни» [3]. Результаты исследований, проведенных в неклинических популяциях, использовались в качестве аргумента, подтверждающего относительно высокую распространенность галлюцинаций в общей популяции как психотического симптома – компонента предполагаемого «фенотипа болезни». Показательным примером этой точки зрения является следующая цитата [9]: «В ряде исследований авторы оценивали галлюцинаторные переживания в группах студентов, используя самозаполняемые опросники. Результаты этих исследований предполагают, что значительное число здоровых людей в тот или иной период жизни испытывают галлюцинации».

Многие исследователи стали искать связь галлюцинаторных феноменов в неклинических популяциях с другими психологическими и психопатологическими переменными – тревогой, депрессией и стрессовыми факторами [10], эмоциональными нарушениями [11], личностными характеристиками [12] и «метакогнитивными» параметрами [13]. Анализ результатов этих исследований позволил выдвинуть ряд важных теоретических

Таблица 1. Пункты RHS (Расширенной шкалы галлюцинаций)

1.	Мои мысли кажутся мне такими же реальными, как и фактические события моей жизни.
2.	Независимо от того, насколько сильно я пытаюсь сконцентрироваться на работе, в голову постоянно лезут отвлеченные мысли.
3.	Бывало так, что я слышал чей-то голос, а рядом никого не оказывалось.
4.	Звуки, которые я слышу, когда предаюсь мечтам и фантазиям, обычно четкие и хорошо различимые.
5.	Люди, которых я представляю, когда предаюсь мечтам и фантазиям, кажутся настолько живыми, что я считаю их настоящими.
6.	Мечтая или фантазируя, я представляю себе звуки или мелодии и слышу их так же четко, как настоящие.
7.	Я слышу голос, который проговаривает мои мысли вслух.
8.	Меня беспокоят голоса, возникающие у меня в голове.
9.	Я видел перед собой лицо человека, хотя рядом со мной никого не было.
10.	Когда я смотрю на предметы, они кажутся мне странными.
11.	Я вижу тени и фигуры там, где ничего нет.
12.	Когда я смотрю на предметы, они кажутся мне нереальными.
13.	Когда я смотрю на себя в зеркало, я кажусь себе другим человеком.

тических положений: а) симптомы, наблюдаемые у психотических пациентов, можно выявить и количественно оценить в неклинической популяции [2]; б) дефиниция психоза может включать лишь небольшой (и при этом необязательно клинический) компонент всего фенотипического континуума [9]; в) клинические проявления психоза можно изучать в группах, к которым выявляется его неклинический фенотип [9].

Несмотря на большой объем эмпирических данных, по настоящее время не опубликовано ни одного исследования, в котором бы проводилось качественное сравнение «псевдопсихотических» явлений в клинических и неклинических популяциях. Другими словами, если представители обеих популяций положительно отвечают на один и тот же пункт RHS, неясно, имеют ли они в виду одно и то же явление.

В настоящем исследовании авторы попросили участников к каждому положительному ответу по шкале RHS предоставить дополнительный комментарий, т. е. дать качественную характеристику своих переживаний. Авторы поставили перед собой задачу выявить отличия и схожесть феноменов, описываемых испытуемыми обеих групп.

МЕТОДЫ

Участники случайным образом отбирались в клиническую и неклиническую группы. Клиническая группа состояла из 23 пациентов с диагнозом шизофрении, установленным по критериями DSM-IV-TR. Пациенты набирались в дневных стационарах Национального центра здравоохранения провинции Альмерия (Испания). Возраст участников – от 21 до 63 лет, 73 % были мужчинами, 27 % – женщинами. Все пациенты были родом из Испании, ни один из них не был иммигрантом, никто из них не был трудоустроен. Во время проведения исследования все пациенты получали плановую терапию антипсихотиками и (или) антидепрессантами. В неклиническую группу вошли 60 студентов университетов Южной Испании (Андалусия). Возраст участников – от 17 до 29 лет, 48 % были мужчинами, 52 % – женщинами.

Все участники самостоятельно заполняли опросник RHS. Если участник давал положительный ответ на какой-либо пункт RHS, его просили предоставить дополнительный комментарий – описание или при-

мер своих переживаний. Исследователи записывали комментарии участников дословно.

Исследователи не знали, к какой группе относится участник. Каждый исследователь независимо от других анализировал комментарии и присваивал им цифровой код. В дальнейшем комментарии группировались в соответствии с феноменологическими аналогиями (например, как грезоподобные явления или фантазии) или по контексту, в котором возникли феномены (например, гипнагогические или гипнопомпические галлюцинации). Окончательная категоризация комментариев проводилась путем сравнения цифровых кодов, присвоенных им всеми исследователями. После этого категориям присваивались названия с использованием системы психопатологической оценки AMPD [14]. Комментарии, которые не удалось описать по системе AMPD, классифицировались с использованием терминов, взятых из руководства по общей психопатологии [15].

Протокол исследования был утвержден этическими комитетами Больницы Альмерии и Больницы Пониентэ.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Прототипы комментариев (описаний), предоставленных участниками, приведены в таблицах 2 и 3. Типы описаний, полученные в двух группах, значительно различались. Например, в комментариях к пунктам 3, 4, 8, 9 и 12 (см. таблицу 1) участники давали описания гипнагогических и гипнопомпических галлюцинаций («В состоянии полусна, когда я еще не заснул, но уже не бодрствую, я могу слышать, как другие люди зовут меня по имени»), грезоподобных переживаний («В моменты, когда я фантазирую, я могу увидеть лицо своего отца») и псевдогаллюцинаций («Когда я занимаюсь дома, я могу услышать голос своей матери, зовущей меня. Я живу с матерью, и она действительно часто меня зовет, поэтому в такие моменты мне кажется, что это происходит на самом деле»). В клинической группе пациенты описывали слуховые вербальные галлюцинации («Я слышу голос, который приказывает мне сделать что-то или о ком-нибудь рассказывает»), ощущение «центральности», т. е. сосредоточенности на своем «Я» («При просмотре ТВ-передачи я думал, что ее участники обращаются ко мне»), зрительные галлюцинации («Я видел призрак своего брата, который показывал

Таблица 2. Прототипические описания феноменов в клинической группе

Пункты RHS	Категории	Описания
1	Дереистическое мышление	Я считаю, что мой брат умер, хотя на самом деле он жив.
1, 3, 8, 10, 11	Центральность (сосредоточенность на своем «Я»)	При просмотре ТВ-передачи я думал, что ее участники обращаются ко мне.
3, 7, 8	Слуховые вербальные галлюцинации	Я слышу голос, который приказывает мне сделать что-то или о ком-нибудь рассказывает.
3, 4, 5, 9	Зрительные галлюцинации	Я видел призрак своего брата, который показывал мне, как ему больно.
6	Яркое воображение	Часто мне достаточно представить себе музыкальную композицию, чтобы услышать в голове инструменты и мелодии.
2, 12	Обсессивно-компульсивные явления	Иногда я просто нападаю на людей, хотя на самом деле я хороший человек и никому не сделал ничего плохого.
10, 13	Дереализация-деперсонализация	Когда я смотрю на людей и обычные предметы, они кажутся мне странными, как будто ненастоящими.
4, 9, 11, 12	Тангенциальное мышление	Слушая песню Анны Белен, на словах «...ворота Алькалы, о, как быстро течет время...» я заплакал – я родом из Мадрида и у меня возникли приятные воспоминания о своих студенческих годах.
2, 3, 5, 7, 13	Резидуальная категория	Я пытался вступить в диалог со своей мыслью, считая, что это чья-то речь. В этот момент я думал, что у меня есть какая-то сила и другие люди могут меня слышать (передача мыслей на расстоянии). Я представила, что внутри меня живет другая женщина (чувство овладения).

RHS – Revised Hallucination Scale (Расширенная шкала галлюцинаций)

Таблица 3. Прототипические описания феноменов в неклинической группе

Пункты RHS	Категории	Описания
1, 4, 5, 8, 9	Фантазии и грезоподобные переживания	В моменты, когда я фантазирую, я могу увидеть лицо своего отца.
3, 4, 8, 9	Гипнагогические и гипнопомпические галлюцинации	В состоянии полусна, когда я еще не заснул, но уже не бодрствую, я могу слышать, как другие люди зовут меня по имени.
3, 4, 7, 8, 9, 12	Псевдогаллюцинации	Когда я занимаюсь дома, я могу услышать голос своей матери, зовущей меня. Я живу с матерью, и она действительно часто меня зовет, поэтому в такие моменты мне кажется, что это происходит на самом деле.
4, 5, 6	Яркое воображение	Если мне очень нравится песня, я могу слушать ее у себя в голове.
1	Магическое мышление	Иногда я представляю себе ситуации, и потом они действительно происходят.
2	Мешающие мысли	Когда я пытаюсь заниматься, в голову постоянно лезут неприятные мысли о ссоре с подружкой.
2	Рассеянность	У меня проблемы в семье и часто мне сложно сконцентрироваться на занятиях.
10, 12	Внимательность и рефлексия	Если я долго смотрю на лицо другого человека, он представляется мне в новом свете. Я хочу сказать, что у меня появляется понимание того, что этот человек не такой, каким я представлял себе его раньше.
13	Колебания настроения	Бывают дни, когда я очень энергична, хорошо выгляжу и не замечаю морщин вокруг глаз. Бывают и другие дни, когда я подавлена настолько, что даже не могу заставить себя открыть входную дверь.
11	Аффективные иллюзии	Когда я лежу в постели, я вижу на стене какие-то тени. Затем я понимаю, что всего лишь уличное освещение.
8, 12	Резидуальная категория	Когда я сильно нервничаю, мне кажется, что окружающие и их поступки не имеют никакого смысла, как будто я попала в дурацкий спектакль (дереализация). Иногда, когда у меня поднимается температура, я слышу «голоса». В детстве такое происходило довольно часто (органические галлюцинации).

RHS – Revised Hallucination Scale (Расширенная шкала галлюцинаций)

мне, как ему больно») или предоставляли ответы, не относящиеся к вопросу (тангенциальное мышление – «Слушая песню Анны Белен, на словах «...ворота Алькалы, о, как быстро течет время...» я начинаю плакать. Я родом из Мадрида и у меня возникли приятные воспоминания о своих студенческих годах»).

В ответах на 1-й пункт RHS («Мои мысли кажутся мне такими же реальными, как и фактические события моей жизни») в неклинической группе были получены комментарии, свидетельствующие о магическом мышлении («Иногда я представляю себе ситуации, и потом они действительно происходят»), а в клинической группе – комментарии, отражающие дереистическое мышление («Я считаю, что мой брат умер, хотя на самом деле он жив»). В ответах на 2-й пункт RHS («Независимо от того, насколько сильно я пытаюсь сконцентрироваться на работе, в голову постоянно лезут отвлеченные мысли») в неклинической группе были получены комментарии, описывающие «мешающие мысли» («Когда я пытаюсь заниматься, в голову постоянно лезут неприятные мысли о ссоре с подружкой»), а в клинической группе – комментарии, описывающие обсессивно-компульсивные явления («Иногда я просто нападаю на людей, хотя на самом деле я хороший человек и никому не сделал ничего плохого»).

В ответах на 10-й пункт RHS («Когда я смотрю на предметы, они кажутся мне странными») в неклинической группе были получены комментарии, описывающие процессы рефлексии и внимания («Если я долго смотрю на лицо другого человека, он представляется мне в новом свете. Я хочу сказать, что у меня появляется понимание того, что этот человек не такой, каким я представлял себе его раньше.»), а в клинической группе – комментарии, характеризующие дереализацию («Когда я смотрю на людей и обычные предметы, они кажутся мне странными, как будто ненастоящими»).

В ответах на 11-й пункт RHS («Я вижу тени и фигуры там, где ничего нет») в неклинической группе были

получены комментарии, описывающие аффективные иллюзии («Когда я лежу в постели, я вижу на стене какие-то тени. Затем я понимаю, что всего лишь уличное освещение»), а в клинической группе – комментарии, описывающие ощущение центральности, т. е. сосредоточенности на своем «Я» («Я понял, что эти тени пришли за мной»).

Только для 6-го пункта RHS («Мечтая или фантазируя, я представляю себе звуки или мелодии и слышу их так же четко, как настоящие») в обеих группах получены сопоставимые комментарии, характеризующие яркое воображение (пример из неклинической группы – «Если мне очень нравится песня, я могу слушать ее у себя в голове», пример из клинической группы – «Часто мне достаточно представить себе музыкальную композицию, чтобы услышать в голове инструменты и мелодии»).

ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты настоящего исследования показывают, что люди, страдающие психозом, и здоровые студенты по-разному описывают свои переживания, отвечая на опросник RHS. Можно сказать, что эти различия носят фундаментальный характер.

Галлюцинации и схожие с ними феномены нельзя достоверно описать, используя только количественные параметры (частоту и интенсивность). Достоверная оценка требуется качественного феноменологического описания. У пациентов с психозом описываемые переживания были тесно связаны с самосознанием (идентичностью), нарушением чувства собственного «Я» и метаморфозой связи между «Я» и окружающей действительностью [16-18]. Среди здоровых лиц описываемые явления были связаны с определенными жизненными ситуациями (например, с потерей близкого человека) или являлись единичными изолированными феноменами.

Авторы согласны с точкой зрения Kendler [19]: психопатологическая оценка не должна опираться на про-

стую констатацию наличия или отсутствия симптома, а также на поверхностные симптомы, которые признаны относительно надежными (патогномичными). Для понимания сути симптома требуется тщательный феноменологический анализ.

Результаты настоящего исследования предполагают, что при изучении галлюцинаций, особенно в неклинических популяциях, нецелесообразно использовать простые опросники, основанные на прямых положительных и отрицательных ответах. Это не значит, что исследовать галлюцинации у здоровых лиц не нужно. Авторы лишь подчеркивают, что существующая методология требует серьезной доработки. Псевдопсихотические расстройства у здоровых лиц и симптомы шизофрении в чем-то схожи, но при этом они представляют собой самостоятельные феномены.

Требуется углубленная феноменологическая квалификация нарушений восприятия (в частности, галлюцинаций). Такой подход позволит избежать распространенных диагностических ошибок (например, расширительной диагностики шизофрении), а также предотвратит создание недостоверных патогенетических моделей, основанных на неточной оценке нарушений восприятия в неклинических популяциях. Если существующая методология не будет феноменологически доработана, существует риск того, что многие исследователи придут к недостоверным выводам [20].

Ограничением настоящего исследования является то, что в неклиническую группу вошли только студенты. Очевидно, что эта группа не является репрезентативной по отношению к общей популяции. Также важно подчеркнуть, что все сведения, предоставленные участниками, должны анализироваться в культурном контексте Испании. В будущих исследованиях представляется интересным сравнить наши результаты с результатами, полученными в других странах, а также в других клинических и неклинических группах (например, в группах пациентов с биполярным расстройством и в группах здоровых лиц среднего возраста).

ВЫРАЖЕНИЕ БЛАГОДАРНОСТИ АВТОРОВ

Настоящая публикация была поддержана Министерством образования и науки Испании (гранты SEJ2006-02342/PSIC и FPU/AP2007-02810).

Литература:

1. David AS. Why we need more debate on whether psychotic symptoms lie on a continuum with normality. *Psychol Med* 2010;40: 1935-42.
2. vanOs J, Linscott RJ, 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; 39:179-95.
3. Launay G, Slade PD. The measurement of hallucinatory predisposition in male and female prisoners. *Pers Individ Differ* 1981;2:221-34.

4. Bentall RP, Slade PD. Reliability of a scale measuring disposition towards hallucinations: a brief report. *Pers Individ Differ* 1985;6: 527-9.
5. Morrison AP, Wells A, Nothard S. Cognitive factors in predisposition to auditory and visual hallucinations. *Br J Clin Psychol* 2000;39:67-78.
6. Laroi F, Marczewski P, van der Linden M. Further evidence of the multi-dimensionality of hallucinatory predisposition: factor structure of a modified version of the Launay-Slade Hallucination Scale in a normal sample. *Eur Psychiatry* 2004;19:15-20.
7. Langer AI, Cangas AJ, Serper M. Analysis of the multidimensionality of hallucination-like experiences in clinical and nonclinical Spanish samples and their relation to clinical symptoms: implications for the model of continuity. *Int J Psychol* 2011;46:46-54.
8. Cangas AJ, Errasti JM, Garcha JM et al. Metacognitive factors and alterations of attention related to predisposition to hallucinations. *Pers Individ Differ* 2006;40:487-96.
9. Johns LC, van Os J. The continuity of psychotic experiences in the general population. *Clin Psychol Rev* 2001;21:1125-41.
10. Paulik G, Badcock JC, Maybery MT. The multifactorial structure of the predisposition to hallucinate and associations with anxiety depression and stress. *Pers Individ Differ* 2006;41:1067-76.
11. Allen P, Freeman D, MacGuire P et al. The prediction of hallucinatory predisposition in non-clinical individuals: examining the contribution of emotion and reasoning. *Br J Clin Psychol* 2005;44: 127-32.
12. Laroi F, DeFruyt F, van Os J et al. Associations between hallucinations and personality structure in a non-clinical sample: comparison between young and elderly samples. *Pers Individ Differ* 2005;39: 189-200.
13. Stirling J, Barkus E, Lewis S. Hallucination proneness, schizotypy and meta-cognition. *Behav Res Ther* 2007; 45:1401-8.
14. Guy W, Ban TA. *The AMDP System: a manual for the assessment and documentation of psychopathology*. Berlin: Springer-Verlag, 1982.
15. Oyeboode F. *Sims' symptoms in the mind. An introduction to descriptive psychopathology*. Edinburgh: Saunders Elsevier, 2008.
16. Straus E. Aesthesiology and hallucinations. In: May R, Angel E, Ellenberger HF (eds). *Existence: a new dimension in psychiatry and psychology*. New York: Basic Books, 1958:139-69.
17. Sass LA, Parnas J. Schizophrenia, consciousness, and the self. *Schizophr Bull* 2003;29:427-44.
18. Stanghellini G. *Psicopatologia del senso comune*. Milano: Cortina, 2008.
19. Kendler KS. Introduction: Why does psychiatry need philosophy. In: Kendler KS, Parnas J (eds). *Philosophical issues in psychiatry: explanation, phenomenology, and nosology*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2008:1-16.
20. Daalamn K, Boks MPM, Diederer KMJ et al. The same or different? A phenomenological comparison of auditory verbal hallucinations in healthy and psychotic individuals. *J Clin Psychiatry* 2011;72:320-5.