

Клиническое значение оценки психотических переживаний

Не сами психотические переживания, но наш способ их оценки и осмысления определяет их клиническую значимость, а также определяет ключевую цель психотерапии. Психотические переживания не обязательно влекут за собой дистресс, ухудшение функционирования или психиатрический диагноз. Обширные эмпирические данные показывают, что эти переживания могут происходить в отсутствие “необходимости помощи”¹.

Что, соответственно, определяет клинические патологические исходы? Когнитивные модели психоза² демонстрируют, как людские оценки формируют содержание психотических переживаний и их смысловую нагрузку, сокращая разрыв между феноменологическим и нейробиологическим сторонами их существования³. Например, типичная оценка психотических переживаний как предвестников опасности, представляющая человека как уязвимого, никчемного, связана с необходимостью помощи. На эти оценки, в свою очередь, влияют психологические (например, когнитивные, аффективные и поведенческие) процессы, которые развивались в контексте генов человека, биологии и социальной обстановки⁴.

Клинический случай иллюстрирует нашу точку зрения. Джеймс рос в бедности, испытал издевательства и был изнасилован в подростковом возрасте. Эти ранние переживания привели к тревожной убежденности в собственной слабости, в том, что ему причинят вред, и он был склонен быть настороже в ожидании потенциальных угроз. В то время как подростковый возраст переходил в зрелый, безработный Джеймс становился все более изолированным от окружающих и редко выходил на улицу. Джеймс чувствовал себя взбудораженным, был нарушен сон. Однажды он услышал угрожающий шепот, и был уверен, что это люди говорили о нем. Он стал более тревожным и стал пытаться изо всех сил помочь себе. Он начал использовать каннабис. Голоса вдруг стали более интенсивными, говоря ему, “ты ничтожество и ты получишь”. Джеймс понял, что это был знак того, что он никогда не сможет избежать преследований других людей, и он стал еще более осторожен и замкнут. Джеймс чувствовал себя совершенно беспомощным и не имел никаких надежд.

Трудности Джеймса демонстрируют, как неблагоприятный жизненный опыт способствует негативной оценке себя и других, что может – в присутствии ряда аффективных, когнитивных, поведенческих, социальных и биологических факторов – явиться триггером и определить форму психотических переживаний и тот смысл, который приписывается им. Голоса Джеймса отражают то, как он видит себя и других; его оценка (“я проклят”) и ее последствия (“я беспомощен”) также отражают его пессимистические убеждения.

Но учтите, что не только содержание оценочных суждений имеет клиническую значимость, но также и процессы, посредством которых люди достигают таких выводов, и то, как они реагируют на них. Определенный тип стиля мышления – быстрое мышление⁵, особенно связан с восприятием угрозы при психозах и характеризуется тенденцией к “поспешным выводам”, верой в интуицию и сложностями с рассмотрением альтернативных точек зрения⁶. Волнение и застревание на мыслях дополнительно способствуют тревожным интерпретациям вместе со сфокусированностью внимания на угрозе, обманам памяти и понятными, но бесполезными избегающими моделями защитного поведения, которые способствуют сохранению страхов.

Таким образом, в центре внимания когнитивно-поведенческой терапии психозов (СВТр) – понимание и изучение данных оценок психотических переживаний и мышления, способствующего им, с целью поддержки людей, чтобы они меньше переживали дистресс и были в большей степени способны жить индивидуально значимой жизнью. На данный момент существует убедительная доказательная база для применения СВТр в отношении психотических симптомов⁷. Основой СВТр, как и других методов лечения, является укрепление доверия и безопасности в отношениях с врачом, что требует большой компетентности, учитывая характер убеждений людей и значимые межличностные трудности, с которыми они часто сталкивались.

Необходим эмпатический и сотруднический подход, который передает дух открытого запроса, в том числе “приостановки недоверия” в отношении правдивости оценок психотических переживаний⁸. Прямо оспаривать эти оценки и предоставлять противоречащие доказательства антилечебно, поскольку это может обесценить субъективный опыт людей и парадоксально усилить их убеждения и страдания.

Однако, одного эмпатического взаимодействия недостаточно, чтобы добиться клинически значимого улучшения у людей с психозом. Ключевым механизмом улучшения в СВТр, в соответствии с психодинамическими представлениями, является развитие рефлексивного функционирования или способность осмысливать себя и других, чтобы понимать поведение⁹. В частности, гибкость убеждений и размеренное мышление чрезвычайно важны для адаптивного психологического функционирования, и включают рефлексивное любопытство и выработку альтернативных идей⁵. Теперь существуют доказательства того, что терапия, которая направлена на совершенствование гибкости убеждений, специфично уменьшает паранойяльность¹⁰.

Таким образом, в то время как представления о развитии являются полезными для самопознания, ключевой целью терапии является идентификация и изменение повседневных циклов, которые поддерживают возникновение тревожных оценок психотических переживаний. Помимо быстрых мыслительных процессов они включают в себя чувствительность к стрессу, ожидание угрозы, негативный аффект, беспокойные мысли и защитное поведение⁶.

Синтез индивидуального нарратива позволяет определить ряд возможных факторов, которые способствуют отрицательным оценкам, с целью повышения осведомленности людей о механизмах, с помощью которых они придают смысл своим переживаниям. СВТр может рассматриваться как процесс “посева семян”, способствующий прорастанию альтернативных, менее тягостных объяснений, которые с течением времени становятся более адаптивными оценками психотических переживаний¹¹. Это, в свою очередь, поддерживает проведение поведенческих экспериментов в повседневной жизни для изучения влияния изменения этих оценок и испытания альтернативных способов осуществления стрессорирующих, но ценных видов деятельности, с постепенным обучением на основе опыта, которое в дальнейшем усиливает более безопасные оценки психотического опыта.

СВТр отражает натуралистический процесс, посредством которого мы извлекаем смысл из нашего жизненного опыта для обеспечения адаптивного функционирования. Однако, осуществление этого без поддержки, с учетом повышенной уязвимости к стрессу, является

ся серьезной проблемой. Важной задачей для будущих исследований является обеспечение применения достижений терапии в повседневной жизни. Чтобы решить эту проблему, наша исследовательская группа изучает возможности цифровой терапии под названием SlowMo, которая нацелена на проблематичное быстрое мышление для снижения тревожной оценки психотических переживаний и, тем самым, паранойи¹⁰. Приложение SlowMo (см. www.slowmotherapy.co.uk) помогает людям приостанавливаться на время в своей повседневной жизни, чтобы замечать новую информацию и продуцировать более безопасные мысли, тем самым стремясь оптимизировать клиническое значение адаптивной оценки психотических переживаний в реальной жизни.

Philippa A. Garety^{1,2}, Amy Hardy¹

¹Department of Psychology, King's College London, Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, Лондон, Великобритания; ²National Institute for Health Research Biomedical Research Centre for Mental Health, South London and Maudsley NHS Foundation Trust, Лондон, Великобритания.

Перевод: Дорофейкова М. В. (Санкт-Петербург)

Редактура: к.м.н. Корнева М.Ю. (Москва)

(*World Psychiatry* 2017;16(2):140-141)

Библиография

1. Linscott RJ, van Os J. *Psychol Med* 2013;43:1133-49.
2. Garety PA, Kuipers E, Fowler D et al. *Psychol Med* 2001;31:189-95.
3. Howes OD, Nour M. *World Psychiatry* 2016;15:3-4.
4. Peters E, Ward T, Jackson M et al. *World Psychiatry* 2016;15:41-52.
5. Kahneman D. *Thinking, fast and slow*. New York: Farrar, Strauss, Giroux, 2011.
6. Garety P, Freeman D. *Br J Psychiatry* 2013;203:327-33.
7. van der Gaag M, Valmaggia L, Smit F. *Schizophr Res* 2014;156:30-7.
8. Garety P. *World Psychiatry* 2015;14:180-1.
9. Fonagy P, Gergely G, Jurist E et al. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press, 2002.
10. Garety P, Waller H, Emsley R et al. *Schizophr Bull* 2015;41:400-10.
11. Moritz S, Andreou C, Schneider BC et al. *Clin Psychol Rev* 2014;34:358-66.

DOI:10.1002/wps.20408