

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb623959>

Опросник психотических переживаний. Часть 1

О.А. Сагалакова, Д.В. Труевцев, О.В. Жирнова

Московский государственный психолого-педагогический университет, Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Представлено обоснование концепции психотических и сходных с психотическими переживаний, бреда и слуховых галлюцинаций, на основе чего разработан опросник психотических переживаний.

Цель. Представить результаты апробации и валидации опросника, направленного на оценку выраженности психотических переживаний, определить содержательные особенности опыта на разных фазах проявления, включая этап переживаний, схожих с психотическими, а также метакогнитивные оценки данного опыта и связь с социальной тревогой.

Материал и методы. Выборка — 122 респондента, включает неклиническую и две клинические группы — с симптомами аффективного спектра и с симптомами психотического спектра. Для оценки конвергентной валидности опросника применяли русскоязычный «Опросник выраженности психопатологической симптоматики». Определены метакогнитивные оценки психотического опыта, общая выраженность социальной тревоги («Опросник социальной тревоги и социального тревожного расстройства»).

Результаты. Полученная с помощью кластерного анализа структура опросника верифицирована с помощью факторного анализа, продемонстрирована оптимальная согласованность теоретической и эмпирической моделей (CFI=0,998; TLI=0,998; SRMR=0,102; RMSEA=0,02; RMSEA p -value=0,986). Выявлены три шкалы и соответствующие субшкалы (шесть категорий), определяющие фазы разворачивания психотических переживаний. Определены высокая надёжность и согласованность пунктов опросника с помощью коэффициента альфа Кронбаха. Конвергентная валидность оценена с помощью корреляционного анализа Пирсона шкал опросника со шкалами SCL — психотизм, симптомы паранойи и обсессивно-компульсивные симптомы, получены достоверные и адекватные проверке валидности статистические связи. Показана роль социальной тревоги и метакогнитивных оценок психотических переживаний в их актуализации и поддержании. Представлены осмысление объективации мышления, возникновение интрузий, «голосов» как диалогического воплощения интернализованного опыта социального поражения в повторно развёрнутой внутренней речи.

Вывод. Представлены результаты апробации и валидации опросника, описаны связи компонент психотических переживаний с его метакогнитивными оценками и социальной тревогой. Конструкт психотических переживаний рассматривается в виде континуума, в котором нарушения привычной управляемости психических процессов располагаются от лёгкой (объективация мышления) к умеренной (нарушение самовосприятия, интрузивные феномены, включая «голоса») и до выраженной (нарушение чувства агентности, включая командные «голоса») степени.

Ключевые слова: опросник психотических переживаний; психотические переживания и переживания, схожие с психотическими; слуховые галлюцинации; «голоса»; социальная тревога; внутренняя речь; нарушение агентности психики; нарушение самовосприятия; интрузивные явления; метакогнитивные оценки.

Как цитировать:

Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В. Опросник психотических переживаний. Часть 1 // Неврологический вестник. 2024. Т. 56. Вып. 1. С. 23–36. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb623959>

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb623959>

Psychotic Experiences Questionnaire. Part 1

Olga A. Sagalakova, Dmitry V. Truevtsev, Olga V. Zhirnova

Moscow State Psychological and Pedagogical University, Moscow, Russia

ABSTRACT

BACKGROUND: The rationale for the concept of psychotic and psychotic-like experiences, delusions and auditory hallucinations, on the basis of which the Psychotic Experiences Questionnaire was developed.

AIM: The purpose of this study is to present the results of testing and validating of a questionnaire that assesses the severity of psychotic experiences. The study aims to determine the content of the experience at different phases of manifestation, including the phase of psychotic-like experiences, as well as metacognitive appraisals of the experience and its relationship to social anxiety.

MATERIAL AND METHODS: The sample of 122 respondents includes non-clinical and two clinical groups — with symptoms of the affective spectrum and with symptoms of the psychotic spectrum. To assess the convergent validity of the Questionnaire, the Russian-language Symptom Check List-90-Revised was used. Metacognitive appraisals of psychotic experience and the overall severity of social anxiety (“Social Anxiety and Social Anxiety Disorder Questionnaire”) were measured.

RESULTS: The structure of the Questionnaire obtained by cluster analysis was verified by confirmatory factor analysis, and optimal agreement between theoretical and empirical models was demonstrated (CFI=0.998; TLI=0.998; SRMR=0.102; RMSEA=0.02; RMSEA *p*-value=0.986). Three scales and corresponding subscales (six categories) defining the phases of unfolding of psychotic experience were identified. The high reliability and item consistency of the Questionnaire was determined using Cronbach's alpha coefficient. Convergent validity was assessed using Pearson correlation analysis of the questionnaire scales with the SCL scales — psychoticism, paranoid ideation and obsessive-compulsive symptoms; reliable and adequate statistical relationships were obtained. The role of social anxiety and metacognitive appraisals of psychotic experiences in their actualisation and maintenance is shown. The conceptualisation of thought the emergence of intrusions, “voices” as a dialogical embodiment of the internalised experience of social defeat in re-expanded inner speech is presented.

CONCLUSION: The results of approbation and validation of the questionnaire are presented, and the relationships of the psychotic experiences component with its metacognitive appraisals and social anxiety are described. The concept of psychotic experiences is considered a continuum in which disruptions in the usual controllability of mental processes vary range from mild (objectification of thinking) — to moderate (disturbance of self-perception, intrusive phenomena, including “voices”) — to severe (disturbance of the sense of agency, including command “voices”).

Keywords: Psychotic Experiences Questionnaire; psychotic and psychotic-like experiences; auditory hallucinations; “voices”; social anxiety; inner speech; impaired mental agency; impaired self-perception; intrusive phenomena; metacognitive appraisals.

To cite this article:

Sagalakova OA, Truevtsev DV, Zhirnova OV. Psychotic Experiences Questionnaire. Part 1. *Neurology Bulletin*. 2024;56(1):23–36.

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb623959>

DOI: <https://doi.org/10.17816/nb623959>

Психотик кичерешлэр сораулыгы. 1 нче өлеш

О. А. Сагалакова, Д. В. Труевцев, О. В. Жирнова

Мәскәү дәүләт психология-педагогика университеты, Мәскәү, Рәсәй

Аннотация

Нигезләмә. Психотик һәм психотик кичерешләргә охшаш кичерешләр, акылдан шашу һәм ишетү галлюцинацияләре концепциясенә нигезләмәсе тәкъдим ителә, шуның нигезендә психотик кичерешләр сораулыгы төзелә.

Максат. Психотик кичереш билгеләренә чагылышын бәяләүгә юнәлдерелгән сораулыкны апробацияләү һәм раслау нәтижеләрен тәкъдим итү, тәҗрибәнең төрле фазаларының эчтәлек ягыннан үзгәрешләрен билгеләү, шул исәптән психотик кичерешләргә охшаш кичерешләр этабын, шулай ук әлеге тәҗрибәгә метакогнитив бәя биреп, аның социаль шомлану белән бәйләнешенә билгеләмә бирү.

Материал һәм ысуллар. Клиник булмаган – бер, аффектив спектр симптомнары һәм психотик спектр симптомнары күзәтелгән ике клиник төркемгә кертелгән 122 респондент сайлап алынган. Сораулыкның конвергент валидлыгына бәя бирү өчен русча төзелгән «Психопатологик симптомнар чагылышы сораулыгы» кулланыла. Психотик тәҗрибәгә метакогнитив бәяләмә бирелә, социаль шомлануның гомуми чагылышы («Социаль шомлану һәм социаль шомлану тайпылышы сораулыгы») билгеләнә.

Нәтиҗә. Кластер анализы ярдәмендә төзелгән сораулык структурасы конфирматор фактор анализы ярдәмендә верификацияләнгән, теоретик һәм эмпирик модельләренң оптималь ярашуы күрсәтелә ($CFI=0,998$; $TLI=0,998$; $SRMR=0,102$; $RMSEA=0,02$; $RMSEA\ p\text{-value}=0,986$). Психотик кичерешләрнең үсеш фазаларын билгеләүче өч шкала һәм субшкалалар (алты категория) ачыклана. Альфа кронбах коэффициентлары ярдәмендә сораулык пунктларының югары ышанычлылыгы һәм үзара ярашуы билгеләнә. Конвергент валидлык scl — психотизм шкалалары белән сораулык шкалаларының Пирсон корреляцион анализы ярдәмендә бәяләнә, паранойя симптомнары һәм обсессив-компульсив симптомнар, валидлыкны тикшерүгә адекват статистик бәйләнешләр ачыклана. Психотик кичерешләрне актуальләштерүдә һәм саклауда социаль борчу һәм метакогнитив бәяләмәләрнең роле күрсәтелә. Представлено осмысление объективации мышления, возникновение интрузий, «голосов» как диалогического воплощения интернализованного опыта социального поражения в повторно развёрнутой внутренней речи. Фикерләүне объективлаштыруның, кабат жәелдерелгән эчке сөйләмдәге социаль зарарлану тәҗрибәсенә диалогик гәүдәләнеш буларак, интрузияләр, «тавышлар» барлыкка килүнең мәгънәсен аңлату тәкъдим ителә.

Нәтиҗә. Сораулыкны апробацияләү һәм раслау нәтижеләре тәкъдим ителә, психотик кичерешләр компонентларының метакогнитив бәяләмәләр һәм социаль шомлану белән бәйләнеше тасвирлана. Психотик кичерешләр конструкциясе континуум рәвешендә карала, анда психик процессларның гадәти идарә ителешенә бозылулары жиңелчә дәрәжәдән (фикерләүне объективлаштыру) уртача дәрәжәгә (үз-үзенә кабул итүнең бозылуы, интрузив феноменнар, шул исәптән «тавышлар») һәм аеруча ачык чагылган (агентлык хисенә бозылуы, шул исәптән команда «тавышлары») дәрәжәгә таба урнаша.

Төп сүзләр: психотик кичерешләр сораулыгы, психотик кичерешләр һәм психотик кичерешләргә охшаш кичерешләр, ишетү галлюцинацияләре, «тавышлар», социаль шомлану, эчке сөйләм, психика агентлыгындагы тайпылышлар, үз-үзенә кабул итүнең бозылуы, интрузив күренешләр, метакогнитив бәяләмәләр.

Өземтәләр ясау өчен:

Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В. Психотик кичерешләр сораулыгы. 1 нче өлеш // Неврология хәбәрләре. 2024 Т. 56. Чыг. 1. С. 23–36. DOI: <https://doi.org/10.17816/nb623959>

ВВЕДЕНИЕ

Традиционно в психиатрии галлюцинации и бред рассматривали как продуктивные симптомы первого ранга, указывающие на шизофрению. Согласно современным научным представлениям, данные явления встречаются не только при расстройствах психотического спектра [1], но и при аффективных расстройствах, болезни Альцгеймера, пограничном расстройстве личности [2]. Частота слуховых галлюцинаций (СГ) в течение жизни составляет 9,6%, «голосов» (вербальных СГ) — 7,3% [3]. Показатель распространённости зрительных галлюцинаций во взрослой выборке равен 7,3%, тактильных и обонятельных — 2,6 и 1,5% соответственно [4].

Переживания, сходные с бредом и/или галлюцинациями, широко представлены в общей популяции (распространённость 7,2%, диапазон 1,2–25,5%), которая не отвечает критериям психического расстройства [5]. Частота переживаний, схожих с бредом, среди населения мира находится в диапазоне 3–91% [6].

В контексте дименсионального подхода к психопатологии (в противовес категориальному), исследовательской методологии RDoC (от англ. Research Domain Criteria) верифицирована модель, в рамках которой галлюцинации и бред образуют континуум тяжести и устойчивости, усиливающихся в направлении от здоровья к психотическим расстройствам [5]. Следовательно, классическое положение патопсихологии о единстве механизмов функционирования психической деятельности в норме и при патологии [7] находит своё подтверждение в актуальных научных моделях психических расстройств и позволяет обоснованно исходить при понимании нарушений из общепсихологических закономерностей.

Предпринимаются попытки непротиворечивой операционализации дефиниции переживаний, сходных с бредом и/или галлюцинациями, встречающихся в популяции, но зачастую предлагаемые термины имеют клиническую направленность, например «аномальный», «предпсихотический», «субклинический», «продромальный» опыт [8]. В научном тезаурусе постепенно закрепляется понятие «psychotic-like experiences» [«переживания, сходные с психотическими» (ПСП)], что способствует депатологизации опыта [9].

ПСП описаны у детей и подростков, в этом возрасте типичны незлокачественные ПСП, тем не менее, они указывают на риск психотических переживаний (ПП) в будущем, а также сопутствующих расстройств [10, 11]. Характерными показателями потребности в медицинской помощи выступают дистресс, нарушения функционирования, связанные с ПСП [12], среди потенциальных факторов, разграничивающих более значимые ПСП, — одновременное возникновение переживаний с интернализирующими (тревожные расстройства, навязчивые мысли и т.п.) и/или экстернализирующими (импульсивное поведение, зависимости и т.п.) проявлениями расстройств.

ПСП ассоциированы с соматическими заболеваниями [13], социально-демографическими факторами [14], могут быть спровоцированы условиями депривации сна, сенсорных, социальных стимулов [15].

В современных моделях ПСП, бреда и СГ обсуждается роль психологических факторов в формировании и поддержании симптомов. Динамика развития психологических представлений о «голосах» отражается в переходе от трансформации дисфункциональных мыслей о «голосе» и связанного с ними неадаптивного поведенческого реагирования — через анализ галлюцинаций как перцептивно-когнитивной деятельности, искажённого восприятия внутренней речи в результате нарушения чувства агентности [16] — к осмыслению их как психосоциального события, воплощающего интернализованный диалогический опыт системы взаимоотношений [17], связанных с негативными социальными эмоциями [18, 19].

Нарушение чувства агентности как конструкт, используемый в рамках методологии RDoC, представляет собой высшую форму искажения самовосприятия (восприятия себя как субъекта), отражающую потерю ощущения авторства над собственными психическими процессами. Не доходящее до максимальной стадии отчуждения психики нарушение самовосприятия проявляется в виде дереализации, деперсонализации, неподконтрольных интрузий [20].

Близкая идея звучит в трудах А.А. Меграбяна, подчёркивающего, что в качестве основы как синдрома психического автоматизма, так и явления деперсонализации лежит нарушение особых системных «гностических чувств», дезинтеграция которых отчётливо заметна в случае психопатологии [21]. При изучении бреда в психологии особое внимание уделяют метакогнитивным факторам (поспешным выводам, предвзятости к опровергающим доказательствам), близости механизмов формирования, усиления социальной тревоги (СТр) и паранойи, нарушению подконтрольности психики, межличностным событиям [22].

В исследованиях ПСП, ПП необходимо учитывать роль степени отчуждения переживаний от привычного опыта как стационарного режима реализации психической деятельности. В экспериментах Т.А. Климушевой, реализованных под руководством Б.В. Зейгарник, обнаружено, что заметность ошибки и сложность задания, требующая умственного усилия, создают условия для проявления симптомов психического автоматизма (ошибочность решения объяснялась «вмешательством» извне) [23]. Для психологического осмысления ПСП важен анализ условий, усиливающих отчуждение и делающих симптомы нарушения агентности психики более явными, каковыми могут выступать социальные ситуации взаимодействий [24].

Выдвинута идея, что психотический опыт запускается и циклически поддерживается травматическими переживаниями [17], в том числе связанными с социальным поражением, а вербальные СГ целесообразно понимать

как диссоциативный, а не психотический, феномен [25]. Бред, галлюцинации и диссоциация, по всей видимости, составляют общий континуум вместе с нормальным функционированием и выступают трансдиагностическими феноменами [26].

В психологии отмечается дефицит современных исследований, диагностических инструментов, а также опыта экспериментально-психологического изучения ПП, ПСП. В общенаучной практике присутствует противоречие между выраженным интересом к проблеме ПСП, бреда и СГ и отсутствием методологической модели данных переживаний и их составляющих. Так, зарубежные учёные активно разрабатывают и применяют методики для оценки количественных и качественных свойств ПП и ПСП, к примеру «Голос и ты» [27], «Опросник убеждений о голосах» [28], «Опросник склонности к бреду и идеям преследования» [29] и т.д. Вместе с тем, существующие диагностические инструменты направлены на фиксацию явлений без учёта анализа психологических механизмов фазовых переходов с нарастанием отчуждения. Обращение к закономерностям развития ПП позволит расширить представления о динамике психотических состояний.

Цель статьи — представить результаты апробации и валидизации опросника ПП, направленного на оценку выраженности переживаний, определить содержательные особенности опыта на разных фазах его проявления, включая этап ПСП (или начальных и частично умеренных ПП), а также метакогнитивную оценку данного опыта. Задачи заключаются в оценке психометрических свойств диагностического инструмента, статистическом подтверждении выявляемой структурной модели опросника, а также интерпретации взаимосвязей компонент ПП с СГр.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Процедура создания опросника психотических переживаний (ОПП) состояла из нескольких этапов.

1. На первом этапе на основе обзора массива литературы по теме ПСП и ПП с опорой на ключевые теоретические модели обсуждаемых переживаний были сгенерированы их основные проявления (о которых могут сообщать сами пациенты) при разных расстройствах и состояниях. С помощью экспертной оценки, проводимой клиническими психологами и психиатрами, непосредственно работающими с пациентами с ПСП и ПП, были уточнены формулировки описания опыта, что позволило сформулировать 23 пункта опросника. Разработана инструкция к опроснику с акцентом на нормативность ПСП при определенных состояниях (табл. 1).

Итоговые корректировки при проверке согласованности в понимании вопросов и инструкции респондентам, отражения в них искомым переживаний были внесены в пункты посредством обсуждения с пациентами психиатрической клиники, получающими лечение в условиях стационара и находящимися в частичной ремиссии.

ПП дополнительно оценивали по выраженности *метакогнитивных оценок (переживание стыда, вины, тревоги, сложности контроля опыта, попытки скрыть от других) и частоте* их возникновения по шкале Ликерта от 0 до 3 (нет, скорее нет, скорее да, да) для понимания особенностей метакогнитивной обработки опыта и его роли в поддержании ПП.

Для характеристики выборки, анализа роли дополнительных переменных и исключения отклоняющихся значений применена анкета сведений о респонденте. Регистрировали пол, возраст, образование, опыт обращения за психологической и медицинской помощью по поводу ПП, ПСП.

2. Следующий этап заключался в изучении кластерной структуры опросника и её верификации при помощи конфирматорного факторного анализа, а также определении надёжности и внутренней согласованности пунктов опросника.

3. Далее проводили исследование конвергентной валидности ОПП, для чего применяли «Опросник выраженности психопатологической симптоматики» [30] — адаптация на русскоязычной выборке методики Symptom Check List-90-Revised (авторы L.R. Derogatis и соавт., адаптация Н.В. Тарабрина). Использовали шкалы «психотизм» (10 пунктов), «симптомы паранойи» (6 пунктов) и «обсессивно-компульсивные симптомы» (10 пунктов). Выраженность симптомов оценивали по шкале Ликерта от 0 (совсем нет) до 4 (очень сильно).

4. Для определения роли психологических компонент в структуре ПП, помимо анализа метакогнитивных оценок, определяли связи ОПП, его шкал и субшкал с СГр. Использовали авторский «Опросник социальной тревоги и социального тревожного расстройства» [24], состоящий из 29 вопросов и включающий оценку тревоги в разных социальных ситуациях в контексте её выраженности, тенденции к избеганию, постсобытийным руминациям. Пункты методики оценивают по шкале Ликерта от 0 (нет) до 3 (да).

В тестировании приняли участие 122 респондента в возрасте от 18 до 5 лет ($M=26,1$ года, $SD=8,6$ года), 26,2% мужчин и 73,8% женщин. По особенностям психического здоровья выборка разделена на три группы: (1) неклиническую, а также (согласно критериям Международной классификации болезней 10-го пересмотра) две клинические группы — (2) с симптомами аффективного спектра (57,1% с F41.2 — смешанное тревожное и депрессивное расстройство; 42,9% с F32.0 — депрессивный эпизод) и (3) с симптомами психотического спектра (57,1% с F20.0 — параноидная шизофрения; 23,8% с F25.0 — шизоаффективное расстройство; 19,0% с F21.0 — шизотипическое расстройство).

Общие критерии включения респондентов в исследование — возраст от 18 до 60 лет, образование не ниже среднего общего. В частности, критерии включения в клинические выборки — достижение ремиссии или

Таблица 1. Опросник психотических переживаний
Table 1. Psychotic Experiences Questionnaire

Ниже приведён список ощущений или переживаний, иногда возникающих у людей. Такие переживания случаются с людьми время от времени, а в определённом состоянии (при бессоннице, сильной усталости, после болезни или стресса) встречаются у каждого. Оцените, насколько верно по отношению к вам это утверждение

Пункты	Неверно	Пожалуй, неверно	Пожалуй, верно	Верно
1. Окружающие могут знать, о чём я думаю				
2. Другие способны читать мои мысли				
3. Мои мысли проговариваются окружающими				
4. Результаты моей деятельности воспринимаются как будто «подменённые» (не мои)				
5. Мои мысли как будто озвучиваются внутри головы				
6. Вкус привычной пищи оказывается изменённым				
7. Внутри головы возникают необычные образы или сцены, словно навязанные извне				
8. Временами мысли как будто останавливаются в голове				
9. Мне становится трудно контролировать то, как я думаю				
10. Внутри головы или рядом временами слышится голос				
11. Временами мыслей в голове становится так много, что трудно сосредоточиться				
12. Временами окружающее воспринимается как не вполне реальное, словно я смотрю фильм				
13. Кто-то контролирует мои мысли				
14. Я смотрю на себя как бы со стороны или из перспективы				
15. Я воспринимаю окружающее словно бы через преграду — толщу воды или стекло				
16. Моими движениями могут управлять				
17. Мои ощущения в теле вызваны извне (они «сделаны» кем-то)				
18. Голоса могут заставить меня делать что-то, чего я не хочу				
19. То, что делаю, в итоге оказывается не таким, как я делал(ла)				
20. На мне испытывают технологии воздействия на психику				
21. На расстоянии я силой мысли могу передавать сообщения другим				
22. Временами в голове как будто «включают» определённые звуки или сцены				
23. Мои эмоции и чувства как будто не мои — они изменены или навязаны какой-то силой извне				

Обработка результатов. Ответы оценивают по 4-балльной шкале: 0 баллов — неверно; 1 балл — пожалуй, неверно; 2 балла — пожалуй, верно; 3 балла — верно.

Баллы по шкалам и субшкалам рассчитывают как сумму оценок пунктов, составляющих её содержательную направленность.

Для первой шкалы «Объективация мышления и дефицит контроля» — пункты 5, 8, 9, 11.

Для второй шкалы «Нарушение самовосприятия и интрузивные феномены» — сумма баллов составляющих её субшкал:

(1) «Дереализация, деперсонализация» — пункты 12, 14, 15; (2) «Отчуждение привычного опыта» — пункты 4, 6, 19; (3) «Интрузивные переживания “внутри головы” (голоса, звуки, сцены)» — пункты 7, 10, 22.

Для третьей шкалы «Нарушение агентности психики» — сумма баллов образующих её субшкал: (1) «Открытость мыслей» — пункты 1, 2, 3, 21; (2) «Переживание управляемости извне» — пункты 13, 16, 17, 18, 20, 23.

Общую выраженность ПП рассчитывают как сумму баллов по трём шкалам.

Таблица 2. Характеристики групп
Table 2. Group characteristics

Характеристики		Неклиническая группа (n=73)	Клинические группы	
			Группа с аффективными симптомами (n=28)	Группа с психотическими симптомами (n=21)
Пол, %	Женщины	82,2	75,0	42,9
	Мужчины	17,8	25,0	57,1
	Диапазон	18–55	18–38	18–49
Возраст, годы	Me	25,9	24,5	30,0
	SD	8,5	5,6	11,1
	Высшее	34,2	27,6	23,8
	Неоконченное высшее	31,5	23,3	19,7
Образование, %	Среднее специальное	9,6	16,4	20,8
	Среднее общее	17,8	32,7	35,6
	Не сообщили	6,8	—	—

состояния частичной ремиссии, при котором острота ПСП и/или ПП снижается, однако они остаются актуальными; в неклиническую — отсутствие психиатрического диагноза.

Критерии исключения — когнитивно-мнестическое снижение, эмоционально-волевой дефект, тяжёлое течение психического заболевания с частыми повторными госпитализациями.

Характеристики групп приведены в табл. 2.

Исследование проведено на базе Алтайской краевой клинической психиатрической больницы им. Ю.К. Эрдыманова, часть данных (неклиническая группа) собрана рандомизированно с помощью онлайн-опроса. Участники заполняли методики на веб-сервисе PsyToolkit [31]. Исследование осуществлено на добровольной основе, анонимно, полученные результаты проанализированы обобщённо.

Для математико-статистической обработки данных использовались пакеты программ IBM SPSS 26, JASP 0.16.4, Jamovi 2.2.3.0.

Методы математико-статистического анализа данных: кластерный анализ (метод Уорда, квадрат евклидова расстояния), подтверждающий факторный анализ, коэффициент альфа Кронбаха, корреляционный анализ (Пирсона, Спирмена, Кендалла), однофакторный дисперсионный анализ, Post hoc тест (критерий наименьшей значимой разности Фишера).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Шкалы ОПП и корреляционные связи ПП со шкалами SCL¹. С помощью кластеризации матрицы ответов на пункты ОПП неклинической и клинических выборок (метод Уорда, квадрат евклидова расстояния) образованы три шкалы и соответствующие субшкалы ПСП и ПП (6 категорий). Дифференциация пунктов по шкалам демонстрирует

логику группировки симптомов от лёгких до умеренных (шкалы 1 и 2) и выраженных проявлений отчуждения психики (шкала 3).

Образованы шесть категорий оценки ПП: шкала 1 — «объективация мышления и дефицит контроля» («объективация процесса мышления»); шкала 2 — «нарушение самовосприятия и интрузивные феномены» [субшкалы: «дереализация и деперсонализация», «отчуждение привычного опыта», «интрузивные переживания “внутри головы” (голоса, звуки, сцены)»]; шкала 3 — «нарушение агентности психики» (субшкалы: «открытость мыслей», «переживание управляемости извне»).

Шесть категорий, образующих три шкалы, представляют искомую эмпирическую структуру опыта ПСП и ПП. Полученная структура ОПП верифицирована с помощью подтверждающего факторного анализа, продемонстрирована оптимальная согласованность теоретической и эмпирической моделей (CFI=0,998; TLI=0,998; SRMR=0,102; RMSEA=0,02; RMSEA p-value=0,986) (табл. 3).

Определены высокая надёжность и согласованность пунктов шкал ОПП с помощью коэффициента альфа Кронбаха (табл. 4). Внутренняя согласованность данных позволяет наряду с расчётами баллов по шкалам определять интегративный показатель выраженности ПП.

Конвергентная валидность ОПП оценена с помощью корреляционного анализа Пирсона (r) его шкал со шкалами SCL — «психотизм», «симптомы паранойи» и «обсессивно-компульсивные симптомы».

Выраженность ответов по шкале SCL «психотизм» обнаружила значимые прямые связи со всеми шкалами, субшкалами и суммарным показателем ОПП (коэффициент корреляции r=0,355–0,669; p < 0,0001). Субшкала «переживание управляемости извне» ассоциирована с «психотизмом» (r=0,379; p < 0,0001), «симптомами паранойи»

¹ SCL (от англ. Symptom Check List) — опросник выраженности психопатологической симптоматики.

Таблица 3. Результаты confirmаторного факторного анализа
Table 3. Results of confirmatory factor analysis

Факторы	Факторные нагрузки
I. Объективация мышления и дефицит контроля	
<i>Фактор 1. Объективация процесса мышления</i>	
5. Мои мысли как будто озвучиваются внутри головы	0,478
8. Временами мысли как будто останавливаются в голове	0,723
9. Мне становится трудно контролировать то, как я думаю	0,898
11. Временами мыслей в голове становится так много, что трудно сосредоточиться	0,762
II. Нарушение самовосприятия и интрузивные феномены	
<i>Фактор 2. Дерекализация, деперсонализация</i>	
12. Временами окружающее воспринимается как не вполне реальное, словно я смотрю фильм	0,820
14. Я смотрю на себя как бы со стороны или из перспективы	0,856
15. Я воспринимаю окружающее словно бы через преграду — толщу воды или стекло	0,914
<i>Фактор 3. Отчуждение привычного опыта</i>	
4. Результаты моей деятельности воспринимаются как будто «подменённые» (не мои)	0,815
6. Вкус привычной пищи оказывается изменённым	0,674
19. То, что делаю, в итоге оказывается не таким, как я делал(ла)	0,681
<i>Фактор 4. Интрузивные переживания «внутри головы» (голоса, звуки, сцены)</i>	
7. Внутри головы возникают необычные образы или сцены, словно навязанные извне	0,801
10. Внутри головы или рядом временами слышится голос	0,802
22. Временами в голове как будто «включают» определённые звуки или сцены	0,724
III. Нарушение агентности психики	
<i>Фактор 5. Открытость мыслей</i>	
1. Окружающие могут знать, о чём я думаю	0,815
2. Другие способны читать мои мысли	0,846
3. Мои мысли проговариваются окружающими	0,634
21. На расстоянии я силой мысли могу передавать сообщения другим	0,721
<i>Фактор 6. Переживание управляемости извне</i>	
13. Кто-то контролирует мои мысли	0,829
16. Моими движениями могут управлять	0,955
17. Мои ощущения в теле вызваны извне (они «сделаны» кем-то)	0,758
18. Голоса могут заставить меня делать что-то, чего я не хочу	0,793
20. На мне испытывают технологии воздействия на психику	0,638
23. Мои эмоции и чувства как будто не мои — они изменены или навязаны какой-то силой извне	0,747

Примечание. Все факторные нагрузки в модели, представленной в табл. 2, при $p < 0,001$.

($r=0,279$; $p < 0,01$), однако неопровержимой связи с «обсессивно-компульсивными симптомами» не обнаружено ($r=0,168$; $p=0,065$). Единственная не пересекающая порог статистической значимости связь шкал SCL и ОПП отмечена между обсессивно-компульсивными симптомами и нарушением агентности психики на высоте отчуждения («переживание управляемости извне»), при этом тенденция прямой направленности связи сохраняется.

Выявленное снижение определённости корреляции с симптомами, отражающими наличие тревоги [18, 19], по мере нарастания отчуждения свидетельствует не столько

об отсутствии связей, сколько о сложности их регистрации линейными психометрическими процедурами (с опорой на субъектную рефлексию опыта «от первого лица»).

Субшкала «открытость мыслей» значимо взаимосвязана со шкалами SCL («обсессивно-компульсивные симптомы» — $r=0,372$, $p < 0,0001$; «симптомы паранойи» — $r=0,380$, $p < 0,0001$; «психотизм» — $r=0,355$, $p < 0,0001$). Наиболее сильные зависимости шкал SCL отмечены с субшкалами второй («дерекализация, деперсонализация»; «отчуждение привычного опыта, интрузивные переживания»), первой («объективация мышления») шкал ОПП

($r=0,411-0,584$; $p < 0,0001$) и его суммарным показателем ($r=0,539-0,669$; $p < 0,0001$).

Пункты ОПП и SCL, направленные на оценку опыта «голосов». В ОПП два пункта направлены на измерение опыта СГ.

Пункт «Голоса могут заставить меня делать что-то, чего я не хочу» входит в третью шкалу «нарушение агентности психики», субшкалу «переживание управляемости извне» и регистрирует опыт командных «голосов», имеющих «власть над человеком», под влиянием которых возможна реализация нежелательных действий, а человек часто конфронтирует и пытается подавить такие СГ.

Указанная шкала представляет паттерн выраженного опыта чуждости ментальных явлений, воздействий извне. Это фаза интенсивного отчуждения, в которой человек в наименьшей степени способен воспринимать себя агентом собственной психики, её реализация теряет произвольный характер. Данный пункт содержит обращение к оппозиции «я/моё — не я/не моё/голос», отнесение к собственному опыту которой затрудняется при нарастании отчуждения.

Данный пункт ОПП достоверно коррелирует с утверждением шкалы «психотизм» SCL «Вы слышите голоса, которых не слышат другие» [Spearman's rho (p)= $0,382$; $p < 0,0001$], но, несмотря на высокую достоверность, демонстрирует меньший коэффициент связи, чем вопрос о «голосах внутри головы».

Пункт «Внутри головы или рядом временами слышится голос» кодирует СГ с умеренной выраженностью отчуждения психики, при которой на фоне нарушения самовосприятия доступна искажённая субъектная позиция по отношению к опыту, характеризующая ослабленные возможности подконтрольности психики. Пункт включён в шкалу «нарушение самовосприятия и интрузивные феномены», субшкалу «интрузивные переживания «внутри головы» (голоса, звуки, сцены)». Интрузии в этой фазе опыта включают переживание возникающих помимо воли ментальных явлений во всей их яркости, реалистичности.

Обсуждаемый пункт значимо коррелирует с вопросом SCL «Вы слышите голоса, которых не слышат другие» ($p=0,663$; $p < 0,0001$), что верифицирует его диагностическую направленность. В ОПП, в отличие от SCL, отсутствует компонент информации («не слышат другие»), требующий не только идентифицировать переживания, но и сопоставить их с восприятием других. Обсуждаемый пункт ОПП имеет усложнение, но связанное не с анализом в диаде «я слышу — другие не слышат», трудное для дифференциации при нарушении самовосприятия, а с необходимостью обдумать близость локализации источника «голоса». «Смягчение» утверждения неоднозначностью локализации и временной периодичностью обеспечивает необходимый разброс данных меры согласия/несогласия с пунктом.

Возникновение интрузивных, частично отчуждённых ментальных явлений «внутри головы» («Внутри головы возникают необычные образы или сцены, словно

Таблица 4. Коэффициент альфа Кронбаха шкал и общего суммарного показателя опросника психотических переживаний

Table 4. Cronbach's alpha coefficient of the scales and the total summary score of the Psychotic Experiences Questionnaire

Коэффициент	Шкала 1	Шкала 2	Шкала 3	Суммарный показатель ПП
Альфа Кронбаха	0,724	0,842	0,744	0,890

навязанные извне»; «Временами в голове как будто «включают» определённые звуки или сцены»), которые объединены с опытом «голосов» в рамках субшкалы, значимо коррелирует с пунктом о СГ в SCL ($p=0,367$; $p < 0,0001$ и $p=0,359$; $p < 0,0001$ соответственно).

Опыт «голосов» в клинических группах в сравнении с неклинической. Для оценки выраженности опыта «голосов», зафиксированного пунктами ОПП, проведён однофакторный дисперсионный анализ, показавший статистически значимую различимость неклинической и двух клинических групп. Значения критерия Фишера для пункта о наличии «голосов внутри головы или рядом» — $F(2, 119)=13,10$; $p < 0,0001$, для пункта о наличии командных «голосов» — $F(2, 119)=3,21$; $p < 0,05$.

Применение апостериорного сравнения с помощью теста Post hoc (критерий наименьшей значимой разности Фишера) для последовательной проверки различий средних значений в парах показало статистическую неотличимость неклинической и клинической групп (аффективные симптомы), но достоверную дифференцированность каждой из них от второй клинической (психотические симптомы) группы для обоих пунктов ($p < 0,01$).

Появление «голосов» может предшествовать симптоматике развёрнутого психотического опыта, но редко фиксируется до этого этапа, поскольку ПСП воспринимаются иначе, не репрезентируются в клинических терминах, в том числе замалчиваются из-за стигматизации. Если пункт о наличии «голосов внутри головы» зафиксировал опыт, который встречается и в неклинической группе, то пункт о «командных голосах» — опыт, характерный почти исключительно для клинической группы, следовательно, такой тип СГ — мера тяжести состояния. Вопрос о командных СГ отражает негативный контент («... могут заставить меня делать что-то, чего я не хочу») и направленность на не-ассертивные отношения с «голосом».

Осмысление отчуждения мышления, «голосов» как диалогического воплощения неблагоприятных отношений и социального опыта в «повторно развёрнутой» внутренней речи. ПП, СГ и метакогнитивные оценки опыта, СТр. До того как человек сможет идентифицировать эпизоды искажений психики, в структуре ПП и ПСП присутствуют аномалии опыта, в которых восприятие мышления, себя и окружающего, результатов собственной

Таблица 5. Шкалы опросника психотических переживаний и метакогнитивные оценки опыта, социальной тревоги: корреляционный анализ Пирсона
Table 5. Scales of the Psychotic Experiences Questionnaire and metacognitive assessments of experience, social anxiety: Pearson correlation analysis

Шкалы	Возникают часто	Сопровождаются стыдом	Сопровождаются виной	Сопровождаются тревогой	Сложно контролировать	Стараюсь скрыть	Стр
1 Объективация процесса мышления	0,506***	0,347***	0,428***	0,562***	0,554***	0,433***	0,46***
Дереализация, деперсонализация	0,381***	0,397***	0,324***	0,363***	0,415***	0,420***	0,45***
2 Отчуждение привычного опыта	0,470***	0,425***	0,427***	0,479***	0,529***	0,459***	0,39***
Интрузивные переживания «внутри головы»	0,379***	0,422***	0,320***	0,487***	0,480***	0,423***	0,260*
Открытость мыслей	0,175	0,187*	0,138	0,242**	0,274**	0,224*	0,318**
3 Переживание управляемости извне	0,250**	0,392***	0,200*	0,197*	0,340***	0,324***	0,039

*** $p < 0,0001$; ** $p < 0,001$; * $p < 0,01-0,05$.

деятельности изменяется, отчуждаясь и всё больше реатрибуцируясь за пределы субъекта. Логика развития ПСП идёт в направлении нарастания отчуждения, поэтому механизмы фазовых переходов необходимо исследовать в первую очередь.

Континуум развития «голосов» в авторской модели представляет динамику обратного разворачивания интериоризированной, автоматизированной психической деятельности: от объективации процесса мышления и дефицита контроля когниций — через диссоциативные процессы, нарушение самовосприятия — к нарушению агентности психики.

С. Fernyhough [16] разработал объяснительную модель СГ с позиции исследования диалогического мышления. По мысли Л.С. Выготского, внутренняя речь как продукт онтогенетического развития сохраняет диалогические качества социально опосредованных взаимодействий. С. Fernyhough описывает формы внутренней речи — расширенную и сжатую, характер которых по-разному конфигурирован (синтаксическая и смысловая трансформации).

Четырёхфазная модель интернализации речи (внешняя речь, частная речь, расширенная внутренняя речь и сжатая внутренняя речь) позволила определить пути формирования СГ:

- 1) «нарушение модели интернализации» (СГ как дефицит развития при переходе от расширенной внутренней частной речи к сжатой внутренней речи);
- 2) «модель повторного разворачивания» (сокращённая внутренняя речь повторно расширяется в ситуации стресса).

Вторая модель связана с актуализацией социального стресса, ассоциируемого с поражением, объясняет отрицательный контент «голосов» и соответствующую коммуникацию с их воплощениями.

В ходе раскрытия психологических характеристик ПСП, ПП обнаружены значимые прямые корреляции интегративного показателя ОПП с частотой и метакогнитивными оценками ПП ($r=0,432-0,602$; $p < 0,0001$) (табл. 5).

Отдельные шкалы ОПП также имеют значимые прямые связи с метакогнитивными оценками, включая эмоциональное сопровождение ПП. Негативные социальные эмоции (стыд, вина), равно как и тревога, сложности контроля и попытки скрыть опыт, сопровождают все параметры переживаний. Лишь при «открытости мыслей» коэффициенты корреляции с частотой опыта и актуализацией вины не соответствуют уровню достоверности ($p > 0,05$), хотя и есть тенденция к их прямой связи.

Корреляционный анализ Пирсона СТр и ОПП (см. табл. 4) показывает значимую роль неблагоприятного социального опыта и меры дистресса в оценочных ситуациях при развитии ПП и ПСП. Прямые связи СТр обнаружены со всеми категориями ПП, включая «открытость мыслей», кроме максимального уровня отчуждения («переживание управляемости извне»). Нерегистрируемость СТр при тотальном нарушении агентности психики с помощью линейного корреляционного анализа, вероятно, связана со сложностью соотнесения утверждений опросника с опытом как «своим», однако медиаторные модели способны проявить наличие связи. На ранних этапах ПП роль социально-тревожного компонента, дестабилизирующего свёрнутый характер протекания психики, усиливающего нарушение самовосприятия, является наглядной в самоотчёте, далее связь приобретает непрямой характер [18, 19].

Применение корреляционного анализа Кендалла для проверки связи СТр и отдельных пунктов ОПП о «голосах» и объективации мышления показал статистически значимые прямые корреляции с утверждениями «Временами мысли как будто останавливаются в голове» ($\tau=0,315$; $p < 0,0001$); «Мне становится трудно контролировать то,

как я думаю» ($t=0,315$; $p < 0,0001$); «Временами мыслей в голове становится так много, что трудно сосредоточиться» ($t=0,277$; $p < 0,0001$). С СТр значимо коррелируют утверждения об интрузивных феноменах: «Внутри головы или рядом временами слышится голос» ($t=0,193$; $p < 0,01$); «Внутри головы возникают необычные образы или сцены, словно навязанные извне» ($t=0,159$; $p < 0,05$).

Социальный опыт выступает психологическим содержанием и механизмом как сворачивания, так и обратного разворачивания внутренней речи, прорыва внутреннего диалога во внешний развёрнутый процесс. Важным выводом при анализе СГ в структуре данной логики выступило наличие частого негативного контента СГ или негативных свойств самого звучания «голоса», связанных с СТр, чувствительностью к межличностным оценкам. Связи ПП и СТр свидетельствуют в пользу значимости социальных мотивов личности.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В статье освещены современные теоретические представления о ПП, ПСП, включая бред и СГ, на основе которых разработан, апробирован на клинической и неклинической выборке, валидизирован ОПП. Теоретическая конфигурация составляющих ПП верифицирована статистически. Выявленная с помощью кластерного анализа структура опросника подтверждена применением конфирматорного факторного анализа, продемонстрирована оптимальная согласованность теоретической и эмпирической моделей.

Опросник состоит из трёх шкал, осмысляемых как этапы развития ПП или фазовые состояния, переходы между которыми детерминированы системными перестройками в направлении усиления нарушения самовосприятия и агентности, опосредованы психологическими закономерностями.

Шкалы включают субшкалы (шесть категорий), характеризующие внутреннее строение каждой фазы ПСП, ПП:

- шкала 1 — «объективация мышления и дефицит контроля» (одна субшкала — «объективация процесса мышления»);
- шкала 2 — «нарушение самовосприятия и интрузивные феномены» (три субшкалы: «дереализация и деперсонализация», «отчуждение привычного опыта», «интрузивные переживания "внутри головы" (голоса, звуки, сцены)»);
- шкала 3 — «нарушение агентности психики» (две субшкалы: «открытость мыслей», «переживание управляемости извне»).

Высокая надёжность и согласованность пунктов опросника подтверждена с помощью коэффициента альфа Кронбаха. Конвергентная валидность оценена с помощью корреляционного анализа Пирсона шкал ОПП со шкалами SCL — «психотизм», «симптомы паранойи» и «обсессивно-компульсивные симптомы», получены достоверные статистические взаимосвязи.

Корреляционные связи пунктов опросников, диагностирующих опыт «голосов», продемонстрировали адекватность разработанного диагностического инструмента для оценки наличия опыта СГ на этапе интрузий при нарушении самовосприятия (голоса «внутри головы или рядом») и на этапе тотального нарушения агентности (командные голоса).

Показана усиливающая роль стыда, тревоги и СТр, вины как метакогнитивных оценок опыта в поддержании ПП. Стыд как метакогнитивная оценка сохраняет высокозначимую прямую связь с ПП даже на этапе максимального отчуждения, выступая негативной социальной эмоцией — индикатором социального поражения, самостигматизации, осмысление усиливающей ПП роли которого в фазовых переходах нарастающего отчуждения обсуждается в науке. СТр взаимосвязана со всеми аспектами психотического опыта, играет роль в объективации мышления, актуализации голосов, а при полном инвертировании агентности статистическая экспликация связи возможна через усиливающее влияние метакогнитивных стратегий [18].

Субъективная неуправляемость возникающих помимо воли, повторяющихся навязчивых вторжений в сознание (интрузий) во всей сенсорно-перцептивной яркости вызывает желание контролировать их, остановить поток неприятного, мешающего привычной адаптации содержания мыслей и образов. Процессы диссоциации усиливаются СТр и метакогнитивными оценками опыта, опосредуют связь между объективацией мышления (повторно разворачивающейся внутренней речи в условиях стресса), включая образы диалога и социальных ситуаций, и склонностью к переживанию СГ, ПП.

ОПП можно применять для скрининговых исследований ПСП и ПП, а именно для оценки выраженности как их общего показателя в клинической картине, так и отдельных шкал, отражающих фазы разворачивания психотического опыта, а также для определения метакогнитивной оценки данных переживаний, информация о которой полезна для построения стратегий психологического вмешательства, поскольку позволяет нацелиться на психологические переменные, поддерживающие ПП. *Данный аспект более подробно будет рассмотрен во второй части статьи.*

ОГРАНИЧЕНИЯ

Диагностируемость опыта СГ, несмотря на анонимность исследования, — сложная задача, указывающая не столько на небольшую распространённость подобных переживаний, сколько на то обстоятельство, что из-за попыток сопротивляться СГ или стигматизировать/самостигматизировать ПП снижается вероятность согласия с утверждениями опросника.

Существует вероятность, что часть выборки, имеющей опыт ПП, осмысляют его в иных категориях (например, не обозначая опыт развёрнутого диалога, озвучивания мыслей, звучащие в голове фразы из прошедшей беседы как

«голоса» или «галлюцинации»), не переживают его в данный момент или не имеют привычки словесно обозначать опыт или делиться им с другими. Наряду с этим, в науке ещё не разработано непротиворечивой теории и моделей ПП, которые могли бы объединить множество описательно-экспериментальных фактов, объясняя законы системных динамических перестроек при усилении отчуждения психики.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Исследование выполнено при финансовой поддержке Российского научного фонда (РНФ) в рамках научного проекта №22-28-01310 «Патопсихологические механизмы и современные технологии вмешательства при слуховых галлюцинациях: роль социальной тревоги и воспринимаемого стыда в формировании негативного контента “голосов”», руководитель проекта О.А. Сагалакова.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Вклад авторов. Сагалакова О.А. — основная идея, руководство проектом, формулировка базовых положений, концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материалов, анализ и описание полученных данных, обзор литературы, написание текста; Труевцев Д.В. — формулировка базовых положений, концепция и дизайн исследования, сбор и обработка материалов, анализ полученных данных, обзор литературы, написание текста; Жирнова О.В. — концепция и дизайн исследования, обзор литературы, сбор и анализ материалов, написание текста.

Применяя опросник в клинической практике, важно обеспечивать конфиденциальность или достижение оптимального комплайенса, при наличии негативной установки на обследование данные будут искажены отрицанием симптомов. В ряде случаев ответ «пожалуй, нет» может свидетельствовать о наличии ПП, однако эффект стигматизации/самостигматизации не позволяет оценить опыт с большей степенью согласия.

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. The reported study was funded by Russian Science Foundation (RSF), project number 22-28-01310: Pathopsychological mechanisms and modern technologies of intervention in auditory hallucinations: the role of social anxiety and perceived shame in the formation of negative content of “voices”, O.A. Sagalakova, head of the project.

Competing interests. The authors declare no conflicts of interests.

Authors' contribution. O.A. Sagalakova — basic idea, project management, formulation of basic points, research concept and design, collection and processing of materials, analysis and describing obtained data, literature review, text writing; D.V. Truevtsev — formulation of basic points, concept and design of the study, collection and processing of materials, analysis of obtained data, literature review, text writing; O.V. Zhimova — concept and design of the study, literature review, collection and analysis of materials, text writing.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Менделевич В.Д., Гатин Ф.Ф., Хамитов Р.Р. и др. Психотические симптомы при непсихотических расстройствах: ошибки диагностики или новая реальность? // Неврологический вестник. 2022. Т. 54. Вып. 2. С. 5–12. doi: 10.17816/nb108655
2. Baryshnikov I., Suvisaari J., Aaltonen K. et al. Self-reported psychosis-like experiences in patients with mood disorders // European Psychiatry. 2018. Vol. 51. P. 90–97. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.07.005
3. Majjer K., Begemann M.J.H., Palmen S.J.M.C. et al. Auditory hallucinations across the lifespan: A systematic review and meta-analysis // Psychological Medicine. 2018. Vol. 48. N. 6. P. 879–888. doi: 10.1017/S0033291717002367
4. Waters F., Collerton D., Fytche D.H. et al. Visual hallucinations in the psychosis spectrum and comparative information from neurodegenerative disorders and eye disease // Schizophrenia Bulletin. 2014. Vol. 40. N. 4. P. 233–245. doi: 10.1093/schbul/sbu036
5. 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 // Psychological Medicine. 2013. Vol. 43. N. 6. P. 1133–1149. doi: 10.1017/s0033291712001626
6. Heilskov S.E.R., Urfer-Parnas A., Nordgaard J. Delusions in the general population: A systematic review with emphasis on methodology // Schizophrenia Research. 2020. Vol. 216. P. 48–55. doi: 10.1016/j.schres.2019.10.043
7. Рубинштейн С.Я. Экспериментальное исследование обманов слуха. В кн.: Патопсихология. Хрестоматия / Сост. Н.Л. Белопольская. М.: УРАО; 1998. с. 59–72.
8. Bourgin J., Tebeka S., Mallet J. et al. Prevalence and correlates of psychotic-like experiences in the general population // Schizophrenia Research. 2020. Vol. 215. P. 371–377. doi: 10.1016/j.schres.2019.08.024
9. Kuztrits I., Larøi F., Laloyaux J. et al. Mapping psychotic-like experiences: Results from an online survey // Scandinavian Journal of Psychology. 2021. Vol. 62. N. 2. P. 237–248. doi: 10.1111/sjop.12683
10. Grattan R.E., Mehta A., Clifford A. Disparities in psychosis risk symptoms for New Zealand Māori may be explained by systemic stressors and inappropriate conceptualization of culturally normative experiences // Schizophrenia Bulletin. 2023. Vol. 156. P. sbad085. doi: 10.1093/schbul/sbad085
11. Karcher N.R. Psychotic-like experiences in childhood and early adolescence: Clarifying the construct and future directions // Schizophrenia Research. 2022. Vol. 246. P. 205–206. doi: 10.1016/j.schres.2022.06.030
12. Van Os J., Reininghaus U. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population // World Psychiatry. 2016. Vol. 15. N. 2. P. 118–124. doi: 10.1002/wps.20310
13. Scott K.M., Saha S., Lim C.W. et al. Psychotic experiences and general medical conditions: A cross-national analysis based on 28 002 respondents from 16 countries in the WHO World Mental Health

Surveys // *Psychological Medicine*. 2018. Vol. 48. N. 16. P. 2730–2739. doi: 10.1017/S0033291718000363

14. Khaled S.M., Wilkins S.S., Woodruff P. Lifetime prevalence and potential determinants of psychotic experiences in the general population of Qatar // *Psychological Medicine*. 2020. Vol. 50. N. 7. P. 1110–1120. doi: 10.1017/S0033291719000977

15. Кузнецов О.Н., Лебедев В.И. Психология и психопатология одиночества. М.: Книга по требованию; 2013. 336 с.

16. Borghi A.M., Fernyhough C. Concepts, abstractness and inner speech // *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*. 2023. Vol. 378. N. 1870. Article 20210371. doi: 10.1098/rstb.2021.0371

17. Longden E., Corstens D., Bowe S. et al. A psychological intervention for engaging dialogically with auditory hallucinations (Talking With Voices): A single-site, randomised controlled feasibility trial // *Schizophrenia Research*. 2022. Vol. 250. P. 172–179. doi: 10.1016/j.schres.2022.11.007

18. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В. Голова в структуре психотических переживаний: роль социальной тревоги и метакогнитивных стратегий // *Консультативная психология и психотерапия*. 2023. Т. 31. № 4. С. 86–104. doi: 10.17759/cpp.2023310405

19. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В., Жирнова О.В., Тиников А.В. Эффект социальной тревоги и стыда в развитии голов: метакогнитивная обработка неблагоприятного опыта отношений и бдительность к социальным угрозам // *Клиническая и специальная психология*. 2023. Т. 12. №2. С. 25–53. doi: 10.17759/cpse.2023120202

20. Ford J.M. Studying auditory verbal hallucinations using the RDoC framework // *Psychophysiology*. 2016. Vol. 53. N. 3. P. 298–304. doi: 10.1111/psyp.12457

21. Меграбян А.А. Дегерсонализация. Ереван: Армянское государственное издательство; 1962. 356 с.

22. Sheffield J.M., Smith R., Suthaharan P. et al. Relationships between cognitive biases, decision-making, and delusions // *Scientific reports*. 2023. Vol. 13. N. 1. Article 9485. doi: 10.1038/s41598-023-36526-1

23. Климушева Т.А. Клинико-психологические исследования больных параноидной формой шизофрении с синдромом Кандинского–Клерамбо. В кн.: Вопросы экспериментальной патопсихологии / Под ред. Б.В. Зейгарник, С.Я. Рубинштейн. М.: НИИ психиатрии; 1965. с. 117–128.

24. Сагалакова О.А., Труевцев Д.В. Патопсихология социальной тревоги и социального тревожного расстройства. Томск: изд-во Томского университета; 2016. 140 с.

25. Dorahy M., Green M.J. Cognitive perspectives on dissociation and psychosis: Differences in the processing of threat / A. Moskowitz, M.J. Dorahy, I. Schäfer eds. In: *Psychosis, trauma and dissociation: Evolving perspectives on severe psychopathology*. Wiley Blackwell; 2019. p. 283–303. doi: 10.1002/9781118585948.ch18

26. Nesbit A., Dorahy M.J., Palmer R. et al. Dissociation as a mediator between childhood abuse and hallucinations: An exploratory investigation using dissociative identity disorder and Schizophrenia Spectrum Disorders // *Journal of Trauma and Dissociation*. 2022. Vol. 23. N. 5. P. 521–538. doi: 10.1080/15299732.2022.2064579

27. Hayward M., Denney J., Vaughan S., Fowler D. The voice and you: Development and psychometric evaluation of a measure of relationships with voices // *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2008. Vol. 15. N. 1. P. 45–52. doi: 10.1002/cpp.561

28. Strauss C., Hugdahl K., Waters F. et al. The Beliefs about Voices Questionnaire — Revised: A factor structure from 450 participants // *Psychiatry Research*. 2018. Vol. 259. P. 95–103. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.089

29. McKay R., Langdon R., Coltheart M. “Sleights of mind”: Delusions, defences, and self-deception // *Cognitive Neuropsychiatry*. 2005. Vol. 10. N. 4. P. 305–326. doi: 10.1080/1354680044000074

30. Тарабрина Н.В. Психология посттравматического стресса. Бланки методик. М.: Когито-Центр; 2007. 77 с.

31. Stoet G. PsyToolkit: A novel web-based method for running online questionnaires and reaction-time experiments // *Teaching of Psychology*. 2017. Vol. 44. N. 1. P. 24–31. doi: 10.1177/0098628316677643

REFERENCES

1. Mendelevich V.D., Gatin F.F., Hamitov R.R. et al. Psichoticheskie simptoms pri nepsihoticheskikh rasstrojstvah: oshibki diagnostiki ili novaya real'nost'? *Nevrologicheskij vestnik*. 2022;54(2):5–12. doi: 10.17816/nb108655. (In Russ.)

2. Baryshnikov I., Suvisaari J., Aaltonen K. et al. Self-reported psychosis-like experiences in patients with mood disorders. *European Psychiatry*. 2018;51:90–97. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.07.005

3. Majjer K., Begemann M.J.H., Palmen S.J.M.C. et al. Auditory hallucinations across the lifespan: A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*. 2018;48(6):879–888. doi: 10.1017/S0033291717002367

4. Waters F., Collerton D., Ffytche D.H. et al. Visual hallucinations in the psychosis spectrum and comparative information from neurodegenerative disorders and eye disease. *Schizophrenia Bulletin*. 2014;40(4):233–245. doi: 10.1093/schbul/sbu036

5. 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. *Psychological Medicine*. 2013;43(6):1133–1149. doi: 10.1017/s0033291712001626

6. Heilskov S.E., Urfer-Parnas A., Nordgaard J. Delusions in the general population: A systematic review with emphasis on methodology. *Schizophrenia Research*. 2020;216:48–55. doi: 10.1016/j.schres.2019.10.043

7. Rubinshtejn S.Ya. Eksperimental'noe issledovanie obmanov sluha. In: *Patopsihologiya. Hrestomatiya. Sost. N.L. Belopol'skaya*. M.: URAO; 1998. p. 59–72. (In Russ.)

8. Bourgin J., Tebeka S., Mallet J. et al. Prevalence and correlates of psychotic-like experiences in the general population. *Schizophrenia Research*. 2020;215:371–377. doi: 10.1016/j.schres.2019.08.024

9. Kusztrits I., Larøi F., Laloyaux J. et al. Mapping psychotic-like experiences: Results from an online survey. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2021;62(2):237–248. doi: 10.1111/sjop.12683

10. Grattan R.E., Mehta A., Clifford A. Disparities in psychosis risk symptoms for New Zealand Māori may be explained by systemic stressors and inappropriate conceptualization of culturally normative experiences. *Schizophrenia Bulletin*. 2023;156:sbad085. doi: 10.1093/schbul/sbad085

11. Karcher N.R. Psychotic-like experiences in childhood and early adolescence: Clarifying the construct and future directions. *Schizophrenia Research*. 2022;246:205–206. doi: 10.1016/j.schres.2022.06.030

12. Van Os J, Reininghaus U. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*. 2016;15(2):118–124. doi: 10.1002/wps.20310
13. Scott KM, Saha S, Lim CW et al. Psychotic experiences and general medical conditions: A cross-national analysis based on 28 002 respondents from 16 countries in the WHO World Mental Health Surveys. *Psychological Medicine*. 2018;48(16):2730–2739. doi: 10.1017/S0033291718000363
14. Khaled SM, Wilkins SS, Woodruff P. Lifetime prevalence and potential determinants of psychotic experiences in the general population of Qatar. *Psychological Medicine*. 2020;50(7):1110–1120. doi: 10.1017/S0033291719000977
15. Kuznecov ON, Lebedev VI. Психология и психопатология одиночеств. М.: Книга по требованию; 2013. 336 p. (In Russ.)
16. Borghi AM, Fernyhough C. Concepts, abstractness and inner speech. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*. 2023;378(1870):20210371. doi: 10.1098/rstb.2021.0371
17. Longden E, Corstens D, Bowe S et al. A psychological intervention for engaging dialogically with auditory hallucinations (Talking With Voices): A single-site, randomised controlled feasibility trial. *Schizophrenia Research*. 2022;250:172–179. doi: 10.1016/j.schres.2022.11.007
18. Sagalakova OA, Truevcev DV, Zhirnova OV. Golosa v strukture psihoticheskikh perezhivaniy: rol' social'noj trevogi i metakognitivnykh strategiy. *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya*. 2023;31(4):86–104. doi: 10.17759/cpp.2023310405. (In Russ.)
19. Sagalakova OA, Truevcev DV, Zhirnova OV, Tinekov AV. Effekt social'noj trevogi i styda v razvitii golosov: metakognitivnaya obrabotka neblagopriyatnogo opyta otnosheniy i bditel'nost' k social'nym ugrozam. *Klinicheskaya i special'naya psihologiya*. 2023;12(2):25–53. doi: 10.17759/cpse.2023120202. (In Russ.)
20. Ford JM. Studying auditory verbal hallucinations using the RDoC framework. *Psychophysiology*. 2016;53(3):298–304. doi: 10.1111/psyp.12457
21. Megrabyan AA. *Depersonalizatsiya*. Erevan: Armyanskoe gosudarstvennoe izdatel'stvo; 1962. 356 p. (In Russ.)
22. Sheffield JM, Smith R, Suthaharan P et al. Relationships between cognitive biases, decision-making, and delusions. *Scientific Reports*. 2023;13(1):9485. doi: 10.1038/s41598-023-36526-1
23. Klimusheva TA. Kliniko-psihologicheskie issledovaniya bol'nykh paranoidnoy formoy shizofrenii s sindromom Kandinskogo–Klerambo. In: *Voprosy eksperimental'no patopsihologii*. Pod red BV Zeigarnik, SYa Rubinshtejn. M.: NII psichiatrii; 1965. p. 117–128. (In Russ.)
24. Sagalakova OA, Truevcev DV. *Patopsixologiya social'noj trevogi i social'nogo trevozhnogo rasstrojstva*. Tomsk: izd-vo Tomskogo universiteta; 2016. 140 p. (In Russ.)
25. Dorahy M, Green MJ. Cognitive perspectives on dissociation and psychosis: Differences in the processing of threat. A Moskowitz, MJ Dorahy, I Schäfer eds. In: *Psychosis, trauma and dissociation: Evolving perspectives on severe psychopathology*. Wiley Blackwell; 2019. p. 283–303. doi: 10.1002/9781118585948.ch18
26. Nesbit A, Dorahy MJ, Palmer R et al. Dissociation as a mediator between childhood abuse and hallucinations: An exploratory investigation using dissociative identity disorder and Schizophrenia Spectrum Disorders. *Journal of Trauma and Dissociation*. 2022;23(5):521–538. doi: 10.1080/15299732.2022.2064579
27. Hayward M, Denney J, Vaughan S, Fowler D. The voice and you: Development and psychometric evaluation of a measure of relationships with voices. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. 2008;15(1):45–52. doi: 10.1002/cpp.561
28. Strauss C, Hugdahl K, Waters F et al. The Beliefs about Voices Questionnaire — Revised: A factor structure from 450 participants. *Psychiatry Research*. 2018;259:95–103. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.089
29. McKay R, Langdon R, Coltheart M. "Sleights of mind": Delusions, defences, and self-deception. *Cognitive Neuropsychiatry*. 2005;10(4):305–326. doi: 10.1080/13546800444000074
30. Tarabrina NV. *Psihologiya posttravmaticheskogo stressa. Blanki metodik*. M.: Kogito-Centr; 2007. 77 p. (In Russ.)
31. Stoet G. PsyToolkit: A novel web-based method for running online questionnaires and reaction-time experiments. *Teaching of Psychology*. 2017;44(1):24–31. doi: 10.1177/0098628316677643

ОБ АВТОРАХ

* **Сагалакова Ольга Анатольевна**, канд. психол. наук, доц., ст. науч. сотрудник лаборатории экспериментальной патопсихологии; адрес: Россия, 127051, Москва, ул. Сретенка, д. 29; ORCID: 0000-0001-9975-1952; eLibrary SPIN: 4455-7179; e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Труевцев Дмитрий Владимирович, канд. психол. наук, доцент, ст. науч. сотрудник; ORCID: 0000-0003-4246-2759; eLibrary SPIN: 2983-0984; e-mail: truevtsev@gmail.com

Жирнова Ольга Владимировна, мл. науч. сотрудник, медицинский психолог; ORCID: 0000-0002-6680-8286; eLibrary SPIN: 6870-8526; e-mail: olga.zhirnova.2015@mail.ru

AUTHORS' INFO

* **Olga A. Sagalakova**, PhD, Cand. Sci. (Psychol.), Assoc. Prof., Senior Researcher, Laboratory of Experimental Pathopsychology; address: 29 Sretenka str., 127051, Moscow, Russia; ORCID: 0000-0001-9975-1952; eLibrary SPIN: 4455-7179; e-mail: olgasagalakova@mail.ru

Dmitry V. Truevtsev, PhD, Cand. Sci. (Psychol.), Assoc. Prof., Senior Researcher; ORCID: 0000-0003-4246-2759; eLibrary SPIN: 2983-0984; e-mail: truevtsev@gmail.com

Olga V. Zhirnova, Junior Researcher, Medical Psychologist; ORCID: 0000-0002-6680-8286; eLibrary SPIN: 6870-8526; e-mail: olga.zhirnova.2015@mail.ru

* Автор, ответственный за переписку / Corresponding author