



СРАВНЕНИЕ СПОСОБНОСТИ К МЕНТАЛИЗАЦИИ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ И ШИЗОАФФЕКТИВНЫМ ПСИХОЗОМ НА ОСНОВЕ МЕТОДИКИ «ПОНИМАНИЕ ПСИХИЧЕСКОГО СОСТОЯНИЯ ПО ГЛАЗАМ»¹

ХОЛМОГОРОВА А.Б.*, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П.Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: kholmogorova@yandex.ru

МОСКАЧЕВА М.А.**, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П.Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: moskacheva.m@gmail.com

РЫЧКОВА О.В.***, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П.Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: rychkovao@bk.ru

ПУГОВКИНА О.Д.****, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П.Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: olgarugovkina@yandex.ru

КРАСНОВА-ГОЛЬЕВА В.В.*****, МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П.Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: v.krasnova@inbox.ru

Для цитаты:

Холмоторова А.Б., Москачева М.А., Рычкова О.В., Пуговкина О.Д., Краснова-Гольева В.В., Долныкова А.А., Царенко Д.М., Румянцева Ю.М. Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом на основе методики «Понимание психического состояния по глазам» // Экспериментальная психология. 2015. Т. 8. № 3. С. 99–117. doi:10.17759/exppsy.2015080310

* Холмоторова А.Б. Доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, декан факультета консультативной и клинической психологии ГБОУ ВПО МГППУ. Москва, Россия. E-mail: kholmogorova@yandex.ru

** Москачева М.А. Младший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Москва, Россия. E-mail: moskacheva.m@gmail.com

*** Рычкова О.В. Доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, профессор кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии ГБОУ ВПО МГППУ. Москва, Россия. E-mail: rychkovao@bk.ru

**** Пуговкина О.Д. Кандидат психологических наук, доцент, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии ГБОУ ВПО МГППУ. Москва, Россия. E-mail: olgarugovkina@yandex.ru

***** Краснова-Гольева В.В. Кандидат психологических наук, научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия. E-mail: v.krasnova@inbox.ru

¹ Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (грант № 14-18-03461).



ДОЛНЫКОВА А.А. ***** , МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: dolnyko@gmail.com

ЦАРЕНКО Д.М. ***** , МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), Москва, Россия,
e-mail: dropship@rambler.ru

РУМЯНЦЕВА Ю.М. ***** , ГБУЗ ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы, Москва, Россия,
e-mail: jacky-j@mail.ru

Приводятся данные обследования больных шизофренией, шизоаффективным психозом и группы психически здоровых испытуемых тестом «Понимание психического состояния по глазам» (тест «Глаза») Барона-Козана, направленного на оценку способности к ментализации. Описывается процедура отбора наиболее валидных карточек теста для русскоязычной выборки испытуемых. Показано, что по результатам выполнения теста «Глаза» больные шизоаффективным расстройством занимают промежуточное положение между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми, т. е. способность к ментализации у них более сохранна по сравнению с больными шизофренией. Полученные данные обсуждаются в контексте теоретических моделей спектра психической патологии. Приводятся данные обследования пациентов и здоровых испытуемых дополнительными методиками, направленными на выявление связи способности к ментализации с выраженностью психопатологической симптоматики (Госпитальная шкала, Опросник SCL-90-R) и социальной мотивации в форме направленности на контакты с другими людьми и способности получать удовольствие от них (Шкала социальной избегания и дистресса, Краткая шкала страха негативной оценки, Шкала социальной ангедонии), а также направленности на психическую жизнь и эмоциональную сферу (Торонтская шкала алекситимии). На основании корреляционного анализа данных делается вывод о наличии статистически значимых обратных связей между способностью к ментализации, с одной стороны, и тяжестью психопатологической симптоматики и снижением социальной направленности – с другой.

Ключевые слова: ментализация, шизофрения, шизоаффективный психоз, шизофренический спектр, модели спектра, определение психического состояния по глазам, социальная мотивация, социальная ангедония, социальная тревожность.

В последние два десятилетия особый интерес клинических психологов вызывают нарушения социального познания. Начиная с нашумевшей статьи Л. Бразерс (Brothers, 1990), выдвинувшей гипотезу о существовании особого биологического субстрата – «социального мозга», процессы социального познания стали одним из главных фокусов внимания среди психиатров и клинических психологов (Burns, 2006; Рычкова, Холмогорова, 2012).

***** Долныкова А.А. Научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Москва, Россия. E-mail: dolnyko@gmail.com

***** Царенко Д.М. Кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России. Москва, Россия. E-mail: dropship@rambler.ru

***** Румянцева Ю.М. Медицинский психолог, ГБУЗ ПКБ №4 им. П.Б. Ганнушкина Департамента здравоохранения города Москвы. Москва, Россия. E-mail: jacky-j@mail.ru



Разработка адекватных методов для оценки уровня развития социального познания и механизмов его нарушений представляет собой отдельную проблему, тесно связанную с теоретическими представлениями о процессах социального познания.

Сейчас уже не вызывает сомнения, что наибольшее признание и распространение в исследованиях получила модель «теория психического» – «theory of mind» (сокращенно ТоМ). Под теорией психического понимается способность атрибутировать себе и Другому определенное психическое состояние, лежащее в основе поведения (Premack, Woodruff, 1978). Эта способность проверялась в многочисленных экспериментах у человекообразных обезьян и маленьких детей (Сергиенко, Лебедева, Прусакова, 2009), и также стала предметом многочисленных исследований в клинической психологии, начиная со ставшими классическими работ британского исследователя С. Барон-Козана с коллегами (Baron-Cohen, Leslie, Frith, 1985). Синонимичными модели психического являются понятия *ментализации* (Morton, Frith, Leslie, 1991; Fonagy et al., 2002), *mind reading* – «считывание» психического состояния (Whiten, 1991), *social understanding* – социальное понимание (Fernyhough, 2009; Carpendale, Lewis, 2006). Широко принятым в исследованиях психической патологии и психотерапевтических разработках является понятие ментализации (Bateman, Fonagy, 2003), которое используется в данной статье.

В последние десятилетия нарушения способности к ментализации вызвали повышенный интерес специалистов как один из возможных ключей к пониманию универсальных механизмов разных форм психической патологии. Предположение о наличии таких универсальных механизмов тесно связано не только с возникновением гипотезы о социальном мозге, но и с новыми революционными данными относительно общей генетической природы основных психических расстройств, полученными на большой выборке пациентов разных диагностических категорий (Smoller et al., 2013). Эти данные привели к обострению интереса к моделям спектра, которые известны давно, но стали предметом особенно активного обсуждения в последнее десятилетие (Marneros, Akiskal, 2009). Для современных исследователей становится все более очевидным, что не существует психических расстройств как отдельных дискретных единиц, и, скорее всего, их следует представлять как континуум различных по тяжести состояний, которые имеют общие и специфические механизмы возникновения и течения. Такой взгляд имеет важные последствия в виде происходящего в настоящее время пересмотра оснований классификации психических расстройств и повышенного интереса к сравнительному анализу расстройств, помещенных в рамки одного спектра (Холмогорова, 2014).

Особое внимание исследователей привлекают диагностические единицы, лежащие на пересечении двух главных спектров психической патологии (аффективного и шизофренического): биполярного аффективного расстройства (БАР) и шизоаффективного психоза. Эта зона пересечения двух основных спектров психической патологии до сих пор оставалась мало изученной. Новые упования исследователей на открытие общего для всех расстройств субстрата – социального мозга – инициировали поток сравнительных исследований социального познания и его нейробиологических коррелятов при разных расстройствах – от тревожных расстройств и разных видов униполярной депрессии до биполярного расстройства, и далее – шизоаффективной патологии и шизофрении. При этом возможным психологическим факторам, в частности, социальной мотивации, в исследованиях нарушений социального познания уделяется недостаточно внимания (Bohl, 2014; Рычкова, Холмогорова, 2012, 2013; Холмогорова, 2014).



Предметом данного исследования является сравнение процессов социального познания в форме способности к ментализации как важной основы социальной адаптации и взаимодействия с другими людьми у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством. В рамках модели спектра, где шизоаффективное расстройство локализовано на границе между двумя спектрами – шизофреническим, наиболее тяжелым, и аффективным, более благоприятным, логично предположить, что способность к ментализации, хотя и будет снижена по сравнению с нормой в обеих группах, окажется наиболее значительно нарушенной при шизофрении как крайнем полюсе тяжести шизофренического спектра.

Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом до настоящего времени проводилось только за рубежом и подтвердило меньшую сохранность этой способности у больных шизофренией (Chen, 2011). Однако при этом не оценивалась связь способности к ментализации с выраженностью психопатологической симптоматики и особенностями социальной мотивации у больных с расстройствами шизофренического спектра, что стало дополнительными задачами данного исследования.

Задачи, гипотезы и методы исследования

Основной задачей исследования является оценка способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом, который, как упоминалось выше, лежит на границе с аффективным спектром психической патологии. Обычно шизоаффективные психозы характеризуются более благоприятным течением и менее грубыми нарушениями социальной адаптации у больных по сравнению последствиями шизофренического процесса (Magneros, Akiskal, 2009). В связи с этим была выдвинута *основная гипотеза* о большей сохранности у больных шизоаффективным психозом способности к ментализации – пониманию психического состояния людей.

Со времен Е. Блейлера известно, что больных шизофренией характеризует уход от социальных контактов и доминирование аутистического, оторванного от реальности мышления. Из этого вытекает другое важное предположение о роли психологических переменных в нарушениях способности к ментализации у больных с расстройствами шизофренического спектра и, прежде всего, различных нарушений социальной мотивации.

Поэтому мы выдвинули *дополнительные гипотезы* о связи способности к ментализации с социальной мотивацией в форме направленности на контакты с другими людьми и интереса к их психической жизни. Кроме того, мы предположили, что трудности ментализации у больных шизофренического спектра будут тесно связаны с тяжестью психопатологической симптоматики. Для проверки этих гипотез в качестве дополнительных были поставлены задачи выявления связи способности к ментализации со следующими переменными:

- 1) выраженностью психопатологических симптомов;
- 2) нарушениями социальной мотивации в виде снижения социальной направленности личности – ориентации на общение с другими людьми и способности получать удовольствие от него;
- 3) снижением общей ориентации на психическую и эмоциональную сферу жизни.

В качестве основного метода для оценки способности к ментализации был использован широко известный тест «Понимание психического состояния по глазам» (Reading the



mind in the Eyes), или сокращенно – тест «Глаза» (Eyes test), разработанный британским исследователем С. Барон-Козаном с коллегами для изучения способности к ментализации у страдающих расстройствами аутистического спектра (Baron-Cohen et al., 2001). Так как данный тест не прошел проверку на валидность в российской выборке, то такая задача стояла в качестве одной из дополнительных в нашем исследовании.

Известно, что одним из базовых навыков ментализации является способность к распознаванию эмоций по лицевой экспрессии. Было проведено большое количество российских и зарубежных исследований, направленных на проверку этой способности в норме и патологии, в том числе у больных шизофренией, с помощью наборов фотографий с изображениями разных эмоциональных состояний (Chen, 2011; Курек, 1985). Тест «Глаза» был разработан с целью некоторого усложнения задачи и придания тесту большей дифференцирующей силы, позволяющей выявлять достаточно широкий спектр нарушений способности к ментализации – от тонких до самых выраженных. Для этого задача усложнялась – на фотографии были изображены только глаза и небольшое пространство вокруг них. Для каждой карточки предлагается 4 варианта ответов. Только один вариант ответа является правильным, или «целевым». Остальные ответы можно назвать «фоновыми». «Фоновые» ответы не являются противоположными по смыслу «целевому» ответу, более того, они имеют схожую эмоциональную окраску с «целевым» ответом, что придает тесту дополнительную сложность.

Разработка оригинальной версии теста складывалась из нескольких этапов (Baron-Cohen et al., 2001). На первом этапе создания теста профессиональным актерам мужского и женского пола было предложено изобразить соответствующее психическое состояние, из полученных фотографий были выделены только области глаз для создания карточек с их изображением. Затем экспертам (всего 8 человек) было предложено идентифицировать состояния по карточкам, выбрав одно из четырех слов, описывающих разные психические состояния. После этого были отобраны те карточки, которые правильно определили большинство экспертов (5 из 8, т. е. 62%). Карточки, которые не были опознаны правильно большинством экспертов, а также те, в которых хотя бы один из неправильных ответов выбрали более двух экспертов, были удалены.

На основе отобранных таким образом карточек было проведено исследование в популяционной выборке. По результатам популяционного исследования были опять удалены некоторые карточки: те, которые не опознали правильно большинство испытуемых (более 50%), а также те, где какой-то из неправильных ответов выбрали более четверти (более 25%) испытуемых. После этого из первоначального набора осталось 36 карточек, которые и составили основу методики. На рис.1 приведен пример одной из карточек набора с четырьмя вариантами слов, описывающих психическое состояние человека по выражению его глаз.

В российской популяционной выборке и выборке подростков, больных шизофренией, тест был апробирован Е.Е. Румянцевой в ее диссертационном исследовании (Румянцева, 2013). Популяционная группа была небольшой по численности (30 человек) и набиралась из студентов и людей, имеющих высшее образование, чтобы избежать включения испытуемых со сниженным интеллектом. Средний возраст испытуемых составил 21 год, т. е. в группе преобладала молодежь. По выводу автора, ряд карточек нуждался в замене: в них процент людей, давших ответ, совпадающий с целевым, оказался меньше 50%, что было критерием исключения карточек из окончательного набора самими авторами методики.



Неполное совпадение результатов, полученных Е.Е. Румянцевой, с данными оригинального исследования разработчиков методики может объясняться культуральными особенностями, которые оказывают сильное влияние на восприятие и распознавание эмоций, что требует строгого отбора карточек для исследований в иной культурной среде. Помимо этого, перевод слов, обозначающих оттенки эмоциональных и психических состояний с одного языка на другой представляет большую трудность, так как нередко встает проблема наличия точных аналогов. Поэтому мы сочли необходимым дополнительную проверку валидности карточек с участием российских экспертов и популяционной выборки, отобранной по критериям отсутствия симптомов психической патологии и более широкого возрастного диапазона.



- 1) игривый;
- 2) расслабленный;
- 3) раздраженный;
- 4) скучающий.

Рис. 1. Пример карточки из набора к тесту «Глаза»

Для решения дополнительных задач исследования, сформулированных выше, использовались еще два блока методик.

Для оценки выраженности психопатологической симптоматики использовались две симптоматические шкалы.

- Опросник выраженности психопатологической симптоматики – Symptom check list-90-Revised – SCL-90-R (Derogatis, Rickels, Rock, 1976; адаптация Н.В. Тарабриной, 2001), состоящий из 90 вопросов, каждый из которых относится к одной из девяти шкал: соматизация, обсессивно-компульсивное расстройство, интерперсональная чувствительность, депрессия, тревога, враждебность, фобическая тревога, параноидное мышление, психотизм. При обработке подсчитываются дополнительно три интегративных показателя: общий индекс тяжести (GSI), общее число утвердительных ответов (PST), индекс симптоматического дистресса (PSDI).

- Госпитальная шкала тревоги и депрессии – The Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS (Zigmond, Snaith, 1983; адаптация М.Ю. Дробижева, 1993), предназначенная для первичного выявления симптомов тревоги и депрессии, состоит из 14 утверждений: 7 относятся к подшкале тревоги и 7 – к подшкале депрессии.

Для оценки социальной мотивации – направленности на общение с людьми и способности получать удовольствие от него, а также общей ориентации на психическую и эмоциональную сферу использовались четыре методики.



- Краткая шкала страха негативной оценки – Brief Fear of Negative Evaluation Scale – BFNE (Leary, 1983; в процессе апробации в русскоязычной выборке), предназначенная для измерения уровня тревоги в ситуациях оценивания, состоит из 12 пунктов.

- Шкала социального избегания и дистресса – Social Avoidance and Distress Scale – SADS (Watson, Friend, 1969; адаптация В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, 2011), предназначенная для измерения склонности избегать социальных ситуаций и испытывать в них дискомфорт, состоит из 28 пунктов.

- Шкала социальной ангедонии – Revised Social Anhedonia Scale – RSAS (Eckblad et al., 1982; адаптация О.В. Рычковой, А.Б. Холмогоровой, 2013), предназначенная для оценки степени снижения потребности в получении удовольствия от общения с другими людьми, от эмоционального контакта, выполнения совместной деятельности, состоит из 40 пунктов.

- Торонтская шкала алекситимии – Toronto Alexithimia Scale – TAS-20-R (Taylor, Bagby, Parker, 2003; адаптация Е.Г. Старостиной, Г.Д. Тейлор, Л.К. Квилти, А.Е. Боброва и др., 2010), предназначенная для диагностики основных компонентов алекситимии: трудностей идентификации чувств (ТИЧ), трудностей с описанием чувств другим людям (ТОЧ), внешне-ориентированного (экстернального) типа мышления (ВОМ), состоит из 20 пунктов.

Проверка валидности карточек теста «Глаза» для российской выборки испытуемых

Для исследования способности к ментализации у больных с расстройствами шизофренического спектра нами была проведена процедура отбора карточек оригинального теста «Глаза», описанная ниже.

Карточки с переводом английских слов, обозначающих различные оттенки эмоциональных и нейтральных психических состояний (русскоязычный вариант теста), были заимствованы на сайте Кембриджского центра исследований аутизма (http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests). На первом этапе процедура отбора совершалась на основании экспертных выборов. Экспертами были русскоязычные психотерапевты с большим профессиональным опытом, а также имеющие опыт исследовательской работы по изучению эмоциональной сферы человека (всего пять человек). На этапе экспертной оценки нами были отобраны только те карточки, в которых правильный ответ выбрали четыре эксперта из пяти (т. е. 80% экспертов); таким образом, отбор происходил по более строгим критериям, чем в оригинальной версии теста с порогом 60% совпадений экспертных оценок. Выборы четырех экспертов совпали только для 21 карточки из 36, причем для двух из отобранных 21 карточки выборы четырех экспертов не совпали с ключом оригинального теста. Эти карточки были удалены из окончательного набора, таким образом, осталось всего 19 карточек из 36.

После этого из 150 испытуемых разного пола и возраста, обследованных двумя клиническими симптоматическими опросниковыми методиками (SCL-90-R и госпитальной шкалой), нами была отобрана группа испытуемых, которые вошли в коридор нормы по всем показателям симптоматических шкал – всего 41 человек (21 мужчина и 20 женщин). Такой отбор позволил нам считать, что с большой вероятностью отобраны психически здоровые испытуемые и в дальнейшем мы можем ориентироваться на их ответы. Этой группе из 41 испытуемого было предложено выбрать правильный ответ для 19 карточек, которые были отобраны на основании результатов опроса экспертов (табл.1, в таблице сохранена нумерация карточек оригинального варианта методики).



Таблица 1
Процент здоровых испытуемых (N = 41), выбравших каждый из четырех возможных вариантов ответа в тесте «Глаза»

Номер изображения	Правильный ответ (экспертный ключ)	Неправильный ответ № 1	Неправильный ответ № 2	Неправильный ответ № 3
1	90,2	7,3	2,4	0,0
2	97,6	0,0	0,0	2,4
6	68,3	2,4	0,0	29,3
9	82,9	2,4	4,9	9,8
10	63,4	0,0	31,7	4,9
12	90,2	7,3	2,4	0,0
13	80,5	12,2	7,3	0,0
14	58,5	36,6	4,9	0,0
15	82,9	2,4	4,9	9,8
22	82,9	4,9	2,4	9,8
23	65,9	2,4	12,2	19,5
28	73,2	0,0	4,9	22,0
29	70,7	9,8	2,4	17,1
30	97,6	0,0	0,0	2,4
31	78,0	7,3	12,2	2,4
32	73,2	19,5	4,9	2,4
33	61,0	14,6	17,1	7,3
34	73,2	0,0	22,0	4,9
36	75,6	0,0	22,0	2,4

Как видно из таблицы, в трех карточках (6, 10, 14) выборы какого-то одного неправильного ответа осуществили более 25% испытуемых, что также стало основанием для их удаления из набора. Таким образом, в результате процесса отбора наиболее валидных карточек у нас осталось 16 карточек из 36. На основе биномиального теста была установлена граница, после которой выборы правильного ответа не являются случайными. В наборе из 16 карточек такой границей является показатель 7 правильных ответов. При всех показателях теста больше 7 баллов, т. е. начиная с 8 баллов, выбор правильных ответов не является случайными.

Далее была проведена процедура оценки влияния пола и возраста на ответы здоровых испытуемых по этим карточкам.

Как уже говорилось, в группу нормы был включен 41 человек – 21 мужчина и 20 женщин в возрасте от 19 до 40 лет, средний возраст по всей группе составил 31,7 (данные представлены в табл. 2).



Таблица 2

Половозрастные характеристики здоровых испытуемых

Пол	N	Возраст (лет)	
		Среднее	Стандартное отклонение
Мужской	21	29,6	4,6
Женский	20	34,0	5,7
Итого	41	31,7	5,5

Примечание: N – количество испытуемых.

На основе метода двухфакторного анализа ANOVA 2x3 была проведена оценка влияния факторов пола (2 градации) и возраста (3 градации) на число правильных ответов по тесту «Глаза». Было установлено, что такое влияние отсутствует как для факторов пола ($p = 0,269$) и возраста ($p = 0,726$) по отдельности, так и для их совокупности ($p = 0,564$), что позволило нам не учитывать эти параметры в дальнейшем.

Результаты исследования клинических групп

Отобранные 16 карточек вместе с рядом других методик были предъявлены здоровым испытуемым, а также группе больных шизофренией и больных шизоаффективным расстройством.

В группу больных шизофренией вошли 39 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0) – 24 мужчины и 15 женщин в возрасте от 20 до 65 лет, средний возраст – $35,7 \pm 10,0$ лет. Средняя длительность заболевания составила $11,6 \pm 9,0$ лет. Клиническая картина у больных в психотический период отличалась развитием галлюцинаторно-параноидного синдрома без выраженных аффективных расстройств. На этапе становления ремиссии состояние пациентов характеризовалось редукцией острой психопатологической симптоматики. При этом присутствовали остаточные позитивные и негативные симптомы.

Группу больных шизоаффективным расстройством сформировали 25 пациентов – 10 мужчин и 15 женщин в возрасте от 18 до 48 лет с диагнозами шизоаффективное расстройство: маниакальный тип (F25.0) – 10 человек, депрессивный тип (F25.1) – 11 человек и смешанный тип шизоаффективного психоза (F25.2) – 4 человека. Средний возраст по всей группе – $30,2 \pm 8,5$ лет. Средняя длительность заболевания составила $7,0 \pm 6,0$ лет. Во время психотического эпизода состояние больных в группе характеризовалось проявлениями депрессивной, маниакальной или смешанной аффективной патологии одновременно с симптомами шизофрении и преобладанием аффективно-бредовой симптоматики. В период становления ремиссии отмечались остаточные расстройства настроения при значительной редукции параноидных симптомов.

Сравнительный анализ групп при помощи клинических шкал также выявил преобладание в группе шизоаффективных расстройств выраженности аффективной патологии. Яркость аффекта, чувственный характер бредовой симптоматики обуславливали большую остроту и интенсивность психопатологического состояния у этих больных. Средний индекс общей тяжести по SCL-90-R в группе больных с шизофренией составил – $0,99 \pm 0,76$; в груп-



пе шизоаффективных расстройств – $1,30 \pm 0,84$ ($p=0,045$). По этой же причине больные шизоаффективным психозом отличались повышенной раздражительностью, гневливостью и враждебностью. Средний показатель по подшкале враждебности (HOS) SCL-90-R в группе больных с шизофренией составил – $0,52 \pm 0,61$; в группе с шизоаффективными расстройствами – $1,17 \pm 1,04$ ($p=0,020$).

В табл. 3 представлены результаты сравнения показателей успешности выполнения теста «Глаза» в группе здоровых испытуемых и двух клинических группах по критерию Манна–Уитни.

Таблица 3
Средние значения и стандартные отклонения показателя правильных выборов в тесте «Глаза» в трех группах испытуемых (здоровые, больные шизофренией, больные шизоаффективным расстройством)

Группа испытуемых	N	Суммарный балл по тесту «Глаза»	
		Среднее	Стандартное отклонение
Больные шизофренией	39	9,6a,b	2,30
Больные шизоаффективным расстройством	25	11,3a,c	1,9
Здоровые	41	12,8b,c	1,8
Итого	105	11,2	2,5

Примечание: N – количество испытуемых; a – различия между группами больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на уровне 0,01; b – различия между группами больных шизофренией и здоровыми испытуемыми на уровне 0,000; c – различия между группами больных шизоаффективным расстройством и здоровыми испытуемыми на уровне 0,01.

Как видно из таблицы, хуже всего с задачей распознавания справились больные шизофренией, в среднем они смогли правильно определить психическое состояние по глазам менее чем в 10 карточках из 16. Далее следуют больные шизоаффективным расстройством – они в среднем правильно определили психическое состояние более чем в 11 случаях из 16 возможных. Наконец, здоровые испытуемые в среднем давали около 13 правильных ответов из 16 возможных. В целом, у больных обеих групп шизофренического спектра способность к ментализации в форме распознавания психического состояния по глазам оказалась сниженной по сравнению с нормой. Ниже приводится гистограмма (рис. 2), из которой видно, как распределялось количество правильных ответов (в %) в объединенной группе больных шизофренией и больных шизоаффективным расстройством по сравнению с группой здоровых.

Из рис. 2 видно, что наибольший процент (20 %) больных правильно определили психическое состояние в 10 случаях из 16, а среди здоровых 30% испытуемых выбрали правильный ответ в 13 случаях и более 20% – в 14 карточках из 16.

Ниже приводится гистограмма (рис. 3), демонстрирующая распределение процента правильных ответов в обеих группах больных в сравнении со здоровыми.

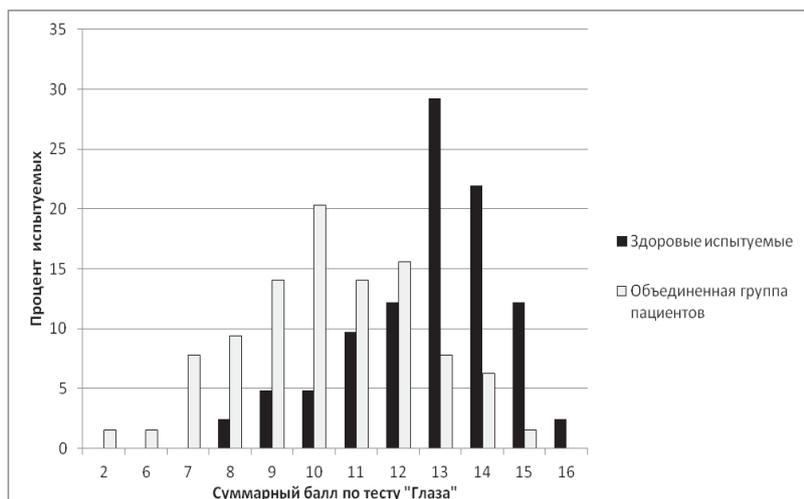


Рис. 2. Процент испытуемых из группы здоровых (N=41) и объединенной группы пациентов с расстройствами шизофренического спектра (N=64), набравших разное количество баллов по тесту «Глаза»

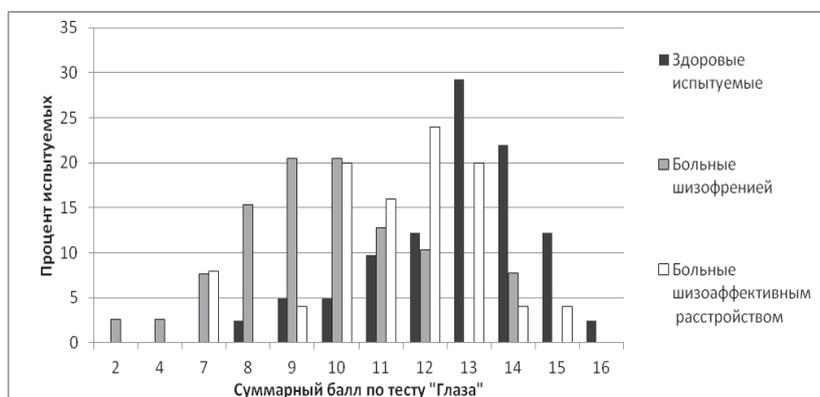


Рис. 3. Процент испытуемых из группы здоровых (N=41), группы больных шизофренией (N=39) и группы больных шизоаффективным психозом (N=25), набравших разное количество баллов по тесту «Глаза»

Как видно из гистограммы, большинство больных шизофренией (около 60%) выбрали правильный ответ не более чем в 10 случаях, в то время как около половины больных шизоаффективным психозом смогли правильно определить психическое состояние по глазам не менее чем в 12 карточках. Из рисунка видно, что больные шизоаффективным расстройством по результатам выполнения теста «Глаза» занимают промежуточное положение между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми, что подтверждает нашу основную гипотезу. Также следует отметить, что, согласно указанному ранее биномиальному критерию, никто из испытуемых группы нормы не попал в зону случайного выбора правильных ответов (меньше восьми). В то время среди испытуемых обеих групп пациентов такие случаи имели место. В группе больных шизофренией их число оказалось наибольшим – более 10 %.

Полученные данные свидетельствуют о том, что социальное познание в форме способности к ментализации у больных шизоаффективным расстройством более сохранно по



сравнению с больными шизофренией. Это, в свою очередь, служит косвенным доказательством модели спектра, в которой шизоаффективное расстройство примыкает к аффективному спектру и характеризуется большей сохранностью психических процессов, лежащих в основе социальной адаптации.

Корреляция между результатами выполнения теста «Глаза» и показателями других методик в объединенной выборке

Помимо теста «Глаза» здоровые испытуемые и больные расстройствами шизофренического спектра заполнили целый ряд других методик с целью проверки возможных связей успешности выполнения этого теста с уровнем психопатологической симптоматики, а также с уровнем социальной тревожности, социальной ангедонии и алекситимии как факторов, отражающих социальную мотивацию и направленность личности на психологическое содержание и эмоциональную сферу жизни.

Психопатологические шкалы были заполнены всеми испытуемыми без исключения и была поставлена задача выяснить, существуют ли корреляционные связи между выраженностью психопатологической симптоматики по двум симптоматическим шкалам (SCL-90-R и Госпитальной шкалой) и уровнем выполнения теста «Глаза» на всей выборке испытуемых, включая больных и здоровых – всего 104 человека. Результаты корреляционного анализа представлены ниже в табл. 4. Так как распределение изучаемых показателей отличалось от нормального, корреляционный анализ проводился с использованием коэффициента корреляции Спирмана.

Таблица 4

Корреляция между показателем выполнения теста «Глаза» и показателями психопатологической симптоматики Госпитальной шкалы и опросника SCL-90-R в объединенной выборке больных и здоровых (N=105)

Показатели	Суммарный балл по тесту «Глаза»	
	Коэффициент корреляции Спирмана	Значения (2-сторонняя)
Тревога (Госпитальная шкала)	-,292**	0,003
Депрессия (Госпитальная шкала)	-,382***	0,000
GSI (общий индекс тяжести SCL-90)	-,365***	0,000
PST (общее число утвердительных ответов)	-,364***	0,000
PSDI (индекс симптоматического дистресса)	-,266**	0,006
SOM (соматизация)	-,311***	0,001
OC (обсессивно-компульсивные расстройства)	-,334***	0,001
INT (интерперсональная чувствительность)	-,349***	0,000
DEP (депрессия)	-,381***	0,000
ANX (тревога)	-,372***	0,000
HOS (враждебность)	-0,149	0,132
PHOB (фобическая тревога)	-,319***	0,001
PAR (параноидное мышление)	-,310***	0,001
PSY (психотизм)	-,367***	0,000

Примечание: «***» – корреляция значима на уровне 0,001 (2-сторонняя); «**» – корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя).



Как видно из табл. 4, получены значимые обратные корреляционные связи со всеми шкалами опросника SCL-90-R кроме шкалы враждебности (HOS), а также с обеими подшкалами Госпитальной шкалы. Наиболее высокие и значимые корреляции получены для шкал депрессии в обоих клинических опросниках, для шкал тревоги и психотизма, а также общего индекса психопатологической симптоматики (GSI) и показателя общего числа утвердительных ответов (PST) шкалы SCL-90-R.

Если психопатологические шкалы были заполнены всеми испытуемыми без исключения, то шкалы, тестирующие социальную направленность (Шкала социальной ангедонии и два опросника социальной тревожности), а также направленность на психическую жизнь и эмоциональную сферу (Торонтская шкала алекситимии) заполнили только часть испытуемых. Тем не менее, при проверке связей между успешностью выполнения теста «Глаза» и показателями методик, тестирующих социальную направленность, на объединенной выборке были получены некоторые значимые корреляции, которые представлены в табл. 5.

Таблица 5

Корреляция между показателем выполнения теста «Глаза» и показателями методик, тестирующих социальную мотивацию (Шкала социальной ангедонии, Шкала социального избегания и дистресса, Краткая шкала страха негативной оценки) и направленность на психологическую сферу жизни (Торонтская шкала алекситимии) в объединенной выборке больных и здоровых (число испытуемых по каждой методике указано в таблице)

Показатели	Суммарный балл по тесту «Глаза»		
	N	Коэффициент корреляции Спирмана	Значение (2-сторонняя)
Общий показатель SADS, в том числе:	61	-,259*	0,044
социальный дистресс	61	-0,135	0,298
социальное избегание	61	-,357**	0,005
Страх негативной оценки	52	-,242t	0,084
Социальная ангедония	87	-,242*	0,024
Общий показатель TAS, в том числе:	77	-,223t	0,052
трудности идентификации чувств	77	-0,148	0,198
трудности осознания чувств	77	-0,18	0,117
внешне-ориентированное мышление	77	-0,173	0,133

Примечание: «**» – корреляция значима на уровне 0.01 (2-сторонняя); «*» – корреляция значима на уровне 0.05 (2-сторонняя); t – корреляция на уровне тенденции; N – количество испытуемых.



Из таблицы видно, что значимые обратные корреляции получены для подшкалы «социальное избегание» опросника SADS, а также для общего показателя этого опросника и для шкалы «социальная ангедония». Наиболее высокий уровень значимости ($p < 0.01$) у подшкалы «социальное избегание», которая отражает выраженность мотивации ухода от контактов, направленность от людей. Вопреки ожиданиям, значимых корреляций с Краткой шкалой страха негативной оценки и Торонтской шкалой алекситимии не получены, хотя коэффициенты корреляции говорят о наличии связи на уровне статистической тенденции для обеих шкал. Данные корреляционного анализа свидетельствуют о наличии связи негативной социальной мотивации в виде избегания социальных контактов и отсутствия удовольствия от них со снижением способности к ментализации.

Обсуждение результатов

Результаты сравнительного исследования способности к ментализации у больных шизофренией и больных шизоаффективным психозом подтвердили гипотезу о более выраженных трудностях в определении психического состояния других людей по выражению их глаз у больных шизофренией. Это подтверждает большую сохранность процессов социального познания у больных с шизоаффективным расстройством. В дальнейшем необходимо сравнительное исследование процессов ментализации у больных с расстройствами аффективного спектра, включая биполярное аффективное расстройство и монополярную депрессию, с целью проверки предположения о наличии континуума нарушений социального познания и промежуточного положения шизоаффективного психоза и биполярного расстройства в этом континууме.

Были также выявлены многочисленные корреляционные связи показателей успешности выполнения теста «Глаза» с подшкалами опросника SCL-90-R и шкалами тревоги и депрессии Госпитальной шкалы. Наиболее значимые корреляции получены для общего индекса психопатологической симптоматики и показателя общего числа положительных ответов по шкалам опросника, что говорит о связи общего психического неблагополучия со снижением способности к ментализации. Особенно высокие значимые связи с показателями шкал депрессии, тревоги и психотизма свидетельствуют о роли тревожного и тоскливого аффектов, чувства опасности, снижения интереса к жизни и тенденции к избегающему, шизоидному жизненному стилю в трудностях ментализации у больных с расстройствами шизофренического спектра.

Согласно полученным данным, страх негативной оценки со стороны окружающих и уровень дистресса от социальных контактов не оказывают существенного влияния на определение психического состояния по глазам. Отсутствие значимых корреляций со шкалой страха негативной оценки может быть, однако, связано с тем, что ее заполнила только половина всех испытуемых. Учитывая, что тенденция к корреляции все же имеет место, можно предположить, что при увеличении выборки эта связь может стать значимой.

Также не получилось значимых корреляций ни с одной из подшкал опросника алекситимии, а именно – трудностями идентификации и осознания чувств, а также внешне ориентированным мышлением. Одним из объяснений такого рода данных может быть, с одной стороны, специфика теста «Глаза» – наличие готового набора слов, из которых надо было только выбрать подходящее, что позволило исключить один из важных дефицитов, стоящих за алекситимным радикалом, а именно, бедность эмоционального словаря. С другой стороны, анализ средних значений показателей алекситимии по группам свидетельствует о том, что даже в группе больных средний балл относительно невысок (51 б.), а в группе здоровых испытуемых и вовсе достаточно низкий (41 б.). Вместе с тем, полученные дан-



ные требуют дальнейшего уточнения, так как не все испытуемые заполнили эти методики. Учитывая тот факт, что общий показатель шкалы алекситимии коррелирует с числом правильных ответов в тесте «Глаза» на уровне статистической тенденции, можно предположить, что при увеличении выборки корреляция может стать значимой.

На основании проведенного исследования можно сделать следующие **выводы**.

1. Способность к ментализации (в виде способности к определению психического состояния другого человека по выражению его глаз) у больных с расстройствами шизофренического спектра снижена по сравнению со здоровыми испытуемыми.

2. Способность к ментализации у больных шизофренией ниже по сравнению с больными шизоаффективным психозом. Больные шизоаффективным психозом по степени успешности распознавания психического состояния по глазам занимают промежуточное место между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми.

3. Способность к ментализации связана с общей тяжестью психопатологической симптоматики обратными корреляционными связями, наиболее значимые обратные связи отмечаются с симптомами депрессии, тревоги и психотизма.

4. Способность к ментализации связана с социальной мотивацией: чем выше мотивация социального избегания и ниже удовольствие от социальных контактов, тем хуже способность к распознаванию психического состояния другого человека по выражению его глаз.

Литература

1. Дробижев М.Ю. Нейрональная пластичность – новая мишень в терапии депрессии. М.: НИЦЗ РАМН, 1993. 24 с.
2. Кrasnova B.B., Холмогорова А.Б. Социальная тревожность и ее связь с эмоциональной дезадаптацией, уровнем стресса и качеством интерперсональных отношений у студентов // Вопросы психологии. 2011. № 3. С. 49–58.
3. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией (на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии) // Журнал Невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 1985. № 2. С. 70–75.
4. Румянцев Е.Е. Модель психического и когнитивное функционирование у больных молодого возраста после перенесенного эндогенного приступа: дисс. ... канд. психол. наук. М.: НИЦЗ РАМН, 2014. 196 с.
5. Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией: дисс. ... докт. психол. наук. СПб.: СПбГУ, 2011. 475 с.
6. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. О мозговых основах социального познания, поведения и психической патологии: концепция «социальный мозг» – «за» и «против» // Вопросы психологии. 2012. № 5. С. 1–16.
7. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Социальная ангедония и нарушения социальной направленности при шизофрении // Сб. материалов науч. конф. «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии» / ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, МГППУ. М., 2013. С. 92–93.
8. Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И., Прусакова О.А. Модель психического в онтогенезе человека. М.: Институт психологии РАН, 2009. 412 с.
9. Старостина Е.Г., Тейлор Г.Д., Квилти Л.К., Бобров А.Е. и др. Торонтская шкала алекситимии (20 пунктов): валидизация русскоязычной версии на выборке терапевтических больных // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 4. С. 31–38.
10. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.
11. Холмогорова А.Б. Природа нарушений социального познания при психической патологии: как примирить «био» и «социо»? // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 8–29.
12. Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Does the autistic child have a ‘theory of mind’ // Cognition. 1985. Vol. 21. P. 37–46.
13. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J., Raste Y., Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test



- Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism // *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2001. Vol. 42 (2). P. 241–251.
14. *Bateman A., Fonagy P.* Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment. Oxford: Oxford university press, 2003. 478 p.
 15. *Bohl V.* We read minds to shape relationships // *Philosophical Psychology*. 2014. Vol. 28(5). P. 674–694.
 16. *Brothers L.* The social brain: A project for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domain // *Concepts Neuroscience*. 1990. Vol. 1. P. 227–251.
 17. *Burns J.* The social brain hypothesis of schizophrenia // *World psychiatry*. 2006. Vol. 5(2). P. 77–81.
 18. *Carpendale J., Lewis C.* How children develop social understanding. Oxford: Blackwell, 2006. 323 p.
 19. *Chen Y.* Face Perception in Schizophrenia Spectrum Disorders: Interface Between Cognitive and Social Cognitive Functioning // In: Michael Ritsner (ed.) *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders, Volume II Phenotypic and Endophenotypic Presentations*. Springer Science, Business Media, 2011. P. 111–121.
 20. *Fernyhough C.* Getting Vygotskian about theory of mind: Mediation, dialogue, and the development of social understanding // *Developmental Review*. 2009. Vol. 28. P. 225–262.
 21. *Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M.* Affect regulation, mentalization, and the development of self. N. Y.: Other Press, 2002. 592 p.
 22. *Frith U., Morton J., Leslie A.M.* The cognitive basis of a biological disorder: autism // *Trends in Neurosciences*. 1991. Vol. 14. P. 433–438.
 23. *Marneros A., Akiskal H.S.* The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra. Cambridge Academ., 2009. 312 p.
 24. *Premack D., Woodruff G.* Does the chimpanzee have a theory of mind? // *Behavioural and Brain Sciences*. 1978. Vol. 1. P. 515–526.
 25. *Smoller J.W., Craddock N., Kendler K.* Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis // *The Lancet*. 2013. Vol. 381. № 1. P. 1371–1379.
 26. *Whiten A.* (ed.) *Natural theories of mind*. Oxford: Basil, 1991. 31 p.

COMPARISON OF THE ABILITY TO MENTALIZATION IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA AND SCHIZOAFFECTIVE PSYCHOSIS BASED ON THE METHODOLOGY «UNDERSTANDING THE MENTAL STATE OF THE EYES»

KHOLMOGOROVA A.B. *, *Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: kholmogorova@yandex.ru*

MOSKACHEVA M.A. **, *Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: moskacheva.m@gmail.com*

For citation:

Kholmogorova A.B., Moskacheva M.A., Rychkova O.V., Pugovkina O.D., Krasnova V.V., Dolnykova A.A., Tsarenko D.M., Rumyantseva Yu.M. Comparison of the ability to mentalization in patients with schizophrenia and schizoaffective psychosis based on the methodology «Understanding the mental state of the eyes». *Экспериментальная Психология = Experimental Psychology (Russia)*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 99–116 (In Russ., abstr. in Engl.). doi:10.17759/exppsy.2015080310

* *Kholmogorova A.B.* Doctor of Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia; Dean of the Faculty Advisory and Clinical Psychology, MSUPE. Moscow, Russia. E-mail: kholmogorova@yandex.ru

** *Moskacheva M.A.* Junior Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia. Moscow, Russia. E-mail: moskacheva.m@gmail.com



RYCHKOVA O.V. ***, Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: rychkovao@bk.ru

PUGOVKINA O.D. ****, Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: olgapugovkina@yandex.ru

KRASNOVA V.V. *****, Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: v.krasnova@inbox.ru

DOLNYKOVA A.A. *****, Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: dolnyko@gmail.com

TSARENKO D.M. *****, Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: dropship@rambler.ru

RUMYANTSEVA YU.M. *****, Moscow Research Institute of Psychiatry (branch of State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia), Moscow, Russia, e-mail: jacky-j@mail.ru

Funding

The study was supported by the Russian Science Foundation (project № 14-18-03461) based in State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Russian Ministry of Health.

We present the data of the survey of patients with schizophrenia, schizoaffective psychosis and a group of mentally healthy people using the test «Understanding the mental state of the eyes» («Eyes test») by Baron-Cohen, aimed at assessing the capacity for mentalization. We describe the procedure for selecting the most valid test cards for Russian sample of subjects. It is shown that the results of the test «Eyes» of schizoaffective disorder patients are intermediate between patients with schizophrenia and healthy subjects, i.e. ability for mentalization they save more than patients with schizophrenia. The findings are discussed in the context of theoretical models of the spectrum of mental pathology. The data of the survey of patients and healthy subjects, additional procedures aimed at identifying the communication capacity for mentalization with the severity of psychopathology (Hospital scale questionnaire SCL-90-R) and social motivation in the

*** *Rychkova O.V.* Doctor of Psychology, a leading researcher at the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia; Professor of Clinical Psychology and Psychotherapy of the Faculty of counseling and clinical psychology, MSUPE. Moscow, Russia. E-mail: rychkovao@bk.ru

**** *Pugovkina O.D.* Ph.D., associate professor, senior researcher at the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia; assistant professor of clinical psychology and psychotherapy Faculty Advisory and Clinical Psychology, MSUPE. Moscow, Russia. E-mail: olgapugovkina@yandex.ru

***** *Krasnova V.V.* Ph.D., researcher at the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia. Moscow, Russia. E-mail: v.krasnova@inbox.ru

***** *Dolnykova A.A.* Researcher at the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia. Moscow, Russia. E-mail: dolnyko@gmail.com

***** *Tsarenko D.M.* PhD, senior researcher at the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Ministry of Health of Russia. Moscow, Russia. E-mail: dropship@rambler.ru

***** *Rumyantseva Yu.M.* Clinical psychologist, Psychiatric Hospital named after P.B. Gannushkin. Moscow, Russia. E-mail: jacky-j@mail.ru



form of focus on the contact with others and the ability to enjoy them (The scale of social avoidance and distress scale Brief fear of negative evaluation, social anhedonia scale), as well as focus on the mental and emotional sphere of life (Toronto alexithymia scale). Based on the correlation analysis of the data concludes that there is a statistically significant inverse association between the ability to mentalization, on the one hand, and the severity of psychopathology and the reduction of social orientation – on the other.

Keywords: mentalization, schizophrenia, schizoaffective psychosis, schizophrenia spectrum, the spectrum model, the definition of the mental state of the eyes, social motivation, social anhedonia, social anxiety.

References

1. Drobizhev M.Iu. *Neironal'naia plastichnost' – novaia misha' v terapii depressii*. [Neuronal plasticity – a new target in the treatment of depression]. Moscow: NTSPZ Medical Sciences, 1993. 24 p. (In Russ.).
2. Krasnova V.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naia trevozhnost' i ee sviaz' s emotsional'noi dezadaptatsiei, urovnem stressa i kachestvom interpersonal'nykh otnoshenii u studentov [Social anxiety and its relation to emotional maladjustment, stress levels and quality of interpersonal relationships among students]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology], 2011, no. 3, pp. 49–58 (In Russ.).
3. Kurek N.S. Issledovanie emotsional'noi sfery bol'nykh shizofreniei (na modeli raspoznavaniia emotsii po neverbal'noi ekspressii) [The study of the emotional sphere of schizophrenic patients (on the model of recognition of non-verbal expression of emotions)]. *Zhurnal Nevropatologii i psikiatrii imeni S.S. Korsakova* [Journal of Neuropathology and Psychiatry named after S.S. Korsakov], 1985, no. 2., pp. 70–75 (In Russ.).
4. Rumiantseva E.E. *Model' psikhicheskogo i kognitivnoe funktsionirovanie u bol'nykh molodogo vozrasta posle perenesennogo endogenogo pristupa: diss. ... kand. psikh. nauk* [Model mental and cognitive functioning in young patients after myocardial endogenous attack: diss. ... cand. psychol. sciences]. Moscow: NTSPZ RAMS, 2014. 196 pp. (In Russ.).
5. Rychkova O.V. *Narusheniia sotsial'nogo intellekta u bol'nykh shizofreniei: diss. ... dokt. psikh. nauk* [Violations of social intelligence in patients with schizophrenia: diss. ... doctor. psychol. sciences]. St. Petersburg: St. Petersburg State University, 2011. 475 p. (In Russ.).
6. Rychkova O.V., Kholmogorova A.B. O mozgovykh osnovakh sotsial'nogo poznaniia, povedeniia i psikhicheskoi patologii: kontseptsiiia «sotsial'nyi mozg» – «za» i «protiv» [About the brain bases of social cognition, behavior, and mental disorders: the concept of the “social brain” - “for” and “against”]. *Voprosy psikhologii* [Questions of psychology], 2012, no. 5, pp. 1–16 (In Russ.).
7. Rychkova O.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naia angedoniia i narusheniia sotsial'noi napravlenosti pri shizofrenii. [Social anhedonia and violations of social orientation in schizophrenia]. In *Sb. materialov nauch. konf. «Teoreticheskie i prikladnye problemy meditsinskoi (klinicheskoi) psikhologii»* [Coll. scientific materials. Conf. “Theoretical and applied problems of medical (clinical) psychology”]. Moscow: FGBI “Mental Health Research Center” RAMS, MGPPU. 2013. S. 92–93 (In Russ.).
8. Sergienko E.A., Lebedeva E.I., Prusakova O.A. *Model' psikhicheskogo v ontogeneze cheloveka* [Mental model in human ontogeny]. Moscow: Institute of Psychology RAS, 2009. 412 pp. (In Russ.).
9. Starostina E.G., Teilor G.D., Kvilti L.K., Bobrov A.E. et al. Torontskaia shkala aleksitimii (20 punktov): validizatsiia russkoiazychnoi versii na vyborke terapevticheskikh bol'nykh [Toronto alexithymia scale (20 points): validation of the Russian version of a sample of medical patients]. *Sotsial'naia i klinicheskaia psikiatriia* [Social and clinical psychiatry], 2010, vol. 20, no. 4, pp. 31–38 (In Russ.).
10. Tarabrina N.V. *Praktikum po psikhologii posttraumaticheskogo stressa* [Workshop on the psychology of post-traumatic stress]. St. Petersburg: Piter, 2001. 272 pp. (In Russ.).
11. Kholmogorova A.B. Priroda narushenii sotsial'nogo poznaniia pri psikhicheskoi patologii: kak primirit' «bio» i «sotsio»? [The nature of social cognition disorders in the mental disorders: how to reconcile the “bio” and “socio”?]. *Konsul'tativnaia psikhologii i psikhoterapiia* [Counseling Psychology and psychotherapy], 2014, no. 4, pp. 8–29 (In Russ.).
12. Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Does the autistic child have a ‘theory of mind’. *Cognition*, 1985, vol. 21, pp. 37–46.
13. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J., Raste Y., Plumb I. The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, vol. 42, no. 2, pp. 241–251.



14. Bateman A., Fonagy P. *Psychotherapy for borderline personality disorder. Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford university press, 2003. 478 p.
15. Bohl V. We read minds to shape relationships. *Philosophical Psychology*, 2014, vol. 28, no. 5, pp. 674–694.
16. Brothers L. The social brain: A project for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domain. *Concepts Neuroscience*, 1990, vol. 1, pp. 227–251.
17. Burns J. The social brain hypothesis of schizophrenia. *World psychiatry*, 2006, vol. 5, no. 2, pp. 77–81.
18. Carpendale J., Lewis C. How children develop social understanding. Oxford: Blackwell, 2006. 323 p.
19. Chen Y. Face Perception in Schizophrenia Spectrum Disorders: Interface Between Cognitive and Social Cognitive Functioning. In M. Ritsner (ed.), *Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders, Volume II Phenotypic and Endophenotypic Presentations*. Springer Science, Business Media, 2011, pp. 111–121.
20. Fernyhough C. Getting Vygotskian about theory of mind: Mediation, dialogue, and the development of social understanding. *Developmental Review*, 2009, vol. 28, pp. 225–262.
21. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. *Affect regulation, mentalization, and the development of self*. N. Y.: Other Press, 2002. 592 p.
22. Frith U., Morton J., Leslie A.M. The cognitive basis of a biological disorder: autism. *Trends in Neurosciences*, 1991, vol. 14, pp. 433–438.
23. Marneros A., Akiskal H.S. *The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra*. Cambridge Academ., 2009. 312 p.
24. Premack D., Woodruff G. Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioural and Brain Sciences*, 1978, vol. 1, pp. 515–526.
25. Smoller J.W., Craddock N., Kendler K. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. *The Lancet*, 2013, vol. 381, no. 1, pp. 1371–1379.
26. Whiten A. (ed.) *Natural theories of mind*. Oxford: Basil, 1991. 31 p.