

**НА СТЫКЕ ДВУХ СПЕКТРОВ:
НАРУШЕНИЯ
СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ
ПРИ БИПОЛЯРНОМ
И ШИЗОАФФЕКТИВНОМ
РАССТРОЙСТВАХ**

Коллективная монография

Под редакцией А.Б. Холмогоровой

ФОРУМ
НЕОЛИТ

УДК 159.9
ББК 88
Н28

*Исследование проведено при финансовой поддержке
Российского Научного Фонда (грант № 14-18-03461)
на базе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

Н28 На стыке двух спектров: нарушения социального познания при биполярном и шизоаффективном расстройствах : коллективная монография / Под ред. А.Б. Холмогоровой. — М. : Неолит, 2016. — 200 с.

ISBN 978-5-00091-224-9

Монография посвящена одной из наименее изученных проблем современной клинической психологии и психиатрии — нарушениям социального познания при биполярном и шизоаффективном расстройствах. Раскрывается важность исследований нарушений социального познания для обоснования моделей спектра, приобретающих все большее влияние в современных подходах к классификации психических расстройств. Рассматриваются существующие теоретические модели социального познания и модели спектра психической патологии, в первую очередь, шизофренического и аффективного, на стыке которых находятся биполярное и шизоаффективное расстройства. Анализируется столкновение двух парадигм в изучении социального познания — биологической и культурно-исторической. Дается характеристика основанной на положениях Л.С. Выготского культурно-исторической психологии модели социального познания, в которой сделан особый акцент на роли социальной мотивации в нарушениях социального познания. Приводятся аналитические обзоры и данные оригинального эмпирического исследования нарушений ментализации и эмпатии у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, проведенного на основе указанной модели. Подчеркивается необходимость учета негативной социальной мотивации как важнейшей мишени в программах по развитию социального познания при разных формах психической патологии.

УДК 159.9
ББК 88

ISBN 978-5-00091-224-9

© Коллектив авторов, 2016
© Издательский дом «Неолит», 2016

*Посвящается выдающимся ученым, психологу и психиатру,
Блюме Вульфовне Зейгарник и Дмитрию Евгеньевичу Мелехову,
которых сблизили не только совместная научная деятельность
в очень трудное для науки время, но и вера в силу мотивации
личности, способной как разъединять человека с миром людей
при тяжелых психических расстройствах,
так и стать основой воссоединения с людьми
в процессе реабилитации*

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие.....	6
Глава 1. Природа нарушений социального познания при психической патологии: как примирить «био» и «социо»? (<i>А.Б. Холмогорова</i>)	9
1.1. Дефициты социального познания — революция в представлениях о механизмах психической патологии?	9
1.2. От моделей дискретных категорий к моделям спектрального континуума психических расстройств: роль гипотезы социального мозга	16
1.3. Культурно-историческая парадигма против биологической: «Насколько социальны социальные когнитии?»	20
1.4. Современные модели развития способности к социальному познанию в фило- антро- и онтогенезе, основанные на культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского	30
1.5. Ментализация, эмпатия и социальная мотивация	43
1.6. Теоретические и методические основы эмпирического исследования нарушений социального познания при психической патологии	53
Выводы	69
Библиография	71
Глава 2. На стыке двух спектров психической патологии: нарушения социального познания при шизоаффективном расстройстве (<i>М.А. Москачева, А.Б. Холмогорова</i>).....	81
2.1. Современное состояние исследований нарушения социального познания при шизоаффективном расстройстве	81
2.2. Задачи, гипотезы, методы исследования и характеристика выборки	89
2.3. Нарушения ментализации при шизоаффективном расстройстве	96

2.4. Нарушение эмпатии при шизоаффективном расстройстве	103
2.5. Обсуждение результатов и выводы	112
Выводы	115
Библиография	117
Глава 3. На стыке двух спектров: нарушения социального познания при биполярном расстройстве (<i>Д.М. Царенко, Т.В. Довженко, Т.Ю. Юдеева, А.Б. Холмогорова</i>)	121
3.1. Современное состояние исследований нарушений социального познания при биполярном расстройстве	121
3.2. Задачи, гипотезы, методы исследования и характеристика выборки	130
3.3. Нарушения ментализации при биполярном расстройстве ..	136
3.4. Нарушения эмпатии при биполярном расстройстве	142
3.5. Обсуждение результатов и выводы	151
Выводы	155
Библиография	156
Глава 4. Нарушения социального познания в контексте двух спектров психической патологии: шизофренического и аффективного (<i>А.Б. Холмогорова, М.А. Москачева, Д.М. Царенко</i>)	163
4.1. Нарушения способности к ментализации при расстройствах шизофренического и аффективного спектров	163
4.2. Нарушения способности к эмпатии при расстройствах шизофренического и аффективного спектров	172
4.3. Обсуждение результатов и выводы	191
Выводы	194
Библиография	196
Заключение	197

ПРЕДИСЛОВИЕ

Авторы данной монографии — клинические психологи и психиатры, работающие с психическими расстройствами не только как исследователи, но и как практики. Важная роль мотивации, на которой сделан особый акцент в данном исследовании, подтверждается всем опытом работы с психическими расстройствами. Именно она может стать точкой дальнейшего падения в болезнь или же точкой опоры для ее преодоления. Научная и практическая деятельность авторов монографии проходила в Московском НИИ психиатрии, сотрудники которого, начиная с основания института, развивали идеи социальной психиатрии, отводя особенно важную роль социальной мотивации личности в процессе реабилитации.

В связи с этим хотелось бы прокомментировать посвящение этой монографии. Дмитрий Евгеньевич Мелехов может по праву считаться одним из основателей направления социальной психиатрии в нашей стране. Окончив в 1930 г. ординатуру в клинике П.Б. Ганнушкина, он начал работать в Институте нервно-психиатрической профилактики Министерства здравоохранения РСФСР, где совместно со своим учителем Т.А. Гейером открыл первое в нашей стране отделение экспертизы трудоспособности и восстановительной терапии. Параллельно с этим он вел научно-исследовательскую работу в Институте психиатрии Министерства здравоохранения РСФСР (так назывался тогда Московский НИИ психиатрии), а с 1951 по 1956 гг. занимал пост его директора. Во многом благодаря его усилиям в 1960–70-х гг. исследования по социальной психиатрии приобрели широкий размах в нашей стране.

Д.Е. Мелехов хорошо понимал условность любой классификации, и от его внимания не ускользало многообразие переходных форм (о которых и пойдет речь в представляемом исследовании): «Конечно, жизнь многообразнее любой схемы; 5–8 % больных остаются вне описанных типов как неясные варианты. Кроме того, нередко приходится встречать переходные формы... Мы наблюдали больных с единственным в течение всей жизни приступом и исходом в социальное выздоровление» [Клинические основы прогноза трудоспособности при шизофрении, 1963]. При этом уже в 1960-е гг. он подчеркивал, что «длительное содержание больных в больницах и госпиталях способствует неблагоприятному затяжному течению даже начальных форм» [там же].

Дмитрия Евгеньевича отличала глубокая вера в ресурсы личности. Известно, что жизненным кредо Дмитрия Евгеньевича — человека глубоко и искренне верующего, но никогда не смешивавшего веру и науку — были слова святого Игнатия Брянчанинова: «И слепому, и прокаженному, и поврежденному рассудком, и грудному младенцу, и уголовному преступнику, и язычнику окажи почтение, как образу Божию. Что тебе до его немощей и недостатков? Наблюдай за собой, чтобы тебе не иметь недостатка в любви».

Он придавал исключительное значение ресурсам и мотивации личности для организации эффективного процесса социальной реабилитации: «Функциональный диагноз и прогноз трудоспособности осуществимы лишь при комплексном исследовании психического и соматического состояния больного и при обязательном изучении не только пораженных, но и оставшихся незатронутыми болезнью или хотя бы частично сохранившихся функций и сторон личности: необходима оценка индивидуальных особенностей личности больного, отношения к болезни, степени сохранности профессиональных навыков, основных социальных и эмоциональных установок больного и **прежде всего активности, целенаправленности личности**. Игнорируя одну из этих сторон — то, что разрушено, или то, что осталось, — психиатр неизбежно ошибается в функциональной диагностике и определении прогноза» [там же]; (выделено мной — А. Х.). Для такого рода диагностики Д.Е. Мелехов считал необходимым привлекать психологов. Подобно В.Н. Мясищеву, на которого он неоднократно ссылался в своих работах, он закладывал методологию биопсихосоциального подхода еще до появления самого этого термина в 1970-х гг.

Профессиональная судьба основательницы Московской школы клинической психологии Б.В. Зейгарник тоже была тесно связана с Московским НИИ психиатрии, в котором она проработала с 1938 по 1966 гг. В то время, когда Д.Е. Мелехов был директором института, Б.В. Зейгарник возглавляла лабораторию патопсихологии МНИИ психиатрии (лабораторию, где сейчас работает весь авторский коллектив данной монографии). Их позиции в отношении роли личности и ее мотивации в течении и лечении психических расстройств были во многом близки. Будучи ученицей К. Левина и сотрудницей Л.С. Выготского, Блюма Вульфовна продолжала развивать их идеи о тесной связи аффекта и интеллекта, которые нашли подтверждение как в ее собственном фундаментальном исследовании нарушений мышления при психических расстройствах, так и в работах ее учеников. Вот

как рассказывала она об этом в своей беседе с историком психологии М.Г. Ярошевским: «В 30-е гг. больше всего интересовались нарушением отдельных процессов. Мы же с Л.С. Выготским первыми заговорили об аффективной деменции, утверждая **мотивационно-личностный подход к патопсихологическим явлениям**. И в этом отразилось влияние левиновской школы» (выделено мной — А. Х.).

Помимо общих взглядов и глубокого взаимного уважения, Д.Е. Мелехова и Б.В. Зейгарник связала жизненная драма, когда во время антисемитской кампании в начале 1950-х гг. (дело еврейских врачей и дело Антифашистского еврейского комитета) повсюду по приказу свыше по принципу национальной принадлежности увольнялись специалисты. Дмитрий Евгеньевич, рискуя собственным положением (а в те времена, возможно, и жизнью), тянул с выполнением этого приказа более года, придумывая всевозможные уловки. Блюма Вульфовна всегда вспоминала об этом с чувством глубокой благодарности.

За прошедшие годы идеи мотивационной обусловленности нарушений мышления и биопсихосоциальной методологии не только не потеряли своей значимости, но даже приобрели особую остроту и актуальность в связи с биологическим креном многих современных исследований в психиатрии и клинической психологии. Мы надеемся, что данное исследование продолжает традиции изучения психических расстройств в тесной связи с мотивационной сферой личности и системой ее социальных связей. Исследования самых последних десятилетий показали, что в основе этих связей лежит способность к социальному познанию — пониманию психических состояний — как собственных, так и других людей. Нарушения социального познания при психических расстройствах стали предметом интенсивных исследований в современной науке. Данное исследование посвящено изучению дефицитов социального познания при наименее изученных расстройствах, представляющих сложные переходные формы — шизоаффективном и биполярном. В основе исследования лежит методология биопсихосоциального подхода и принцип единства аффекта и интеллекта, а в терминах предмета исследования данной монографии — единства социальной мотивации и социального познания.

Авторы выражают благодарность клиническому психологу Ю.М. Румянцевой за помощь в сборе эмпирических данных, а также всем пациентам, принявшим участие в исследовании.

А.Б. Холмогорова

ГЛАВА 1

ПРИРОДА НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: КАК ПРИМИРИТЬ «БИО» И «СОЦИО»?

А.Б. Холмогорова

1.1. Дефициты социального познания — революция в представлениях о механизмах психической патологии?

Термин «social cognition» зародился в зарубежной социальной психологии в 1970-е гг. на фоне становления когнитивной парадигмы, безраздельное доминирование которой в психологии продолжается почти полвека. Но уже в середине 1980-х гг. термин начал проникать в другие области психологии. В настоящее время можно с уверенностью констатировать, что от когнитивной парадигмы окончательно отпочковалась и развивается достаточно независимо и по своим законам новая исследовательская парадигма, породившая множество моделей и методик. Это парадигма социального познания (*далее — СП*), уходящая своими корнями в социальную психологию, эволюционную антропологию, нейробиологию и философию функционализма.

В сфере клинической психологии и психиатрии парадигма СП стала основой инновационных проектов по изучению шизофрении, но постепенно ее исключительное влияние охватило широкий спектр психической патологии, о чем свидетельствуют высказывания экспертов: «Нарушения социальных когниций в настоящее время признаются ключевой чертой как психотических, так и аффективных расстройств» [Perez-Rodriguez et al., 2014]. Поскольку эти нарушения

все чаще начинают трактоваться как универсальная основа психической и социальной дезадаптации, усилия специалистов направлены на описание специфики этих нарушений у разных категорий больных и разработку соответствующих тренингов и реабилитационных программ. Однако полученные на сегодняшний день эмпирические данные полны противоречий и требуют пристального анализа.

Наиболее масштабный исследовательский проект последних лет, финансируемый Национальным институтом психического здоровья (NIMH) США, известен под аббревиатурой RDoC (Research Domain Criteria) и включает разные исследовательские домены, среди которых особая роль отводится домену «Social Cognition» (социальные когниции). Вот что пишут об этом один из лидеров проекта Рубен Гур и его соавтор во вступлении к статье, посвященной этому домену: «В то время как основной массив исследований нейронного субстрата поведения и психопатологии фокусировался на когнициях, памяти и исполнительных функциях, в последние годы возник острый интерес к распознаванию эмоций, приведший к выделению социальных когниций в отдельный и самый главный домен RDoC. Описывая источники влияния этого домена на нейронауки, целесообразно осветить наиболее важные открытия, касающиеся „социального мозга” и обобщить параметры, характеризующие нормальное и отклоняющееся поведение. Эти параметры поведения и нейробиологии принципиальны для потенциального успеха данного конструкта проекта RDoC, особенно в связи с необходимостью установления связей с геномной системой» [Gur, Gur, 2016].

Для достижения этой цели привлечено большое количество ресурсов и специалистов, которые исследуют предполагаемые генетические механизмы активности разных отделов головного мозга во время решения разнообразных задач на социальное познание здоровыми людьми, пациентами и их родственниками. Погоня за сбором фактов о связи генетики, социального познания и нарушений поведения характеризует сегодня климат наук о развитии и психическом здоровье человека.

Процитируем эксперта NIMH Брюса Катберта — одного из лидеров упомянутого выше глобального проекта RDoC: «Сравнительные исследования косвенным образом ослабили точку зрения об исключительности человеческого вида, которая заключалась в обособленности психики и головного мозга, а также продемонстрировали данные о сохранности генов, нейротрансмиттеров и поведенческих функций

на протяжении эволюции, которые имеются не только у грызунов и приматов, но и среди таких лабораторных животных, как дрозофилы и данио» [Cuthbert, 2014, с. 31].

Энтузиазм исследователей, связанный с объяснительным потенциалом модели дефицитарности СП для постижения тайн психической патологии, имел следующие серьезные основания: 1) гипотеза L. Brothers [Brothers, 1990] о существовании нейроанатомической основы социальных когний и открытие в 1990-х гг. группой итальянских нейробиологов под руководством G. Rizollatti так называемых **«зеркальных нейронов»**, которые гипотетически образуют особую, специфичную для социальных когний нейронную сеть, — **«социальный мозг»**; 2) выявление в ряде исследований тесной связи социальных когний и их нарушений с исходом болезни и качеством социальной адаптации больных; 3) полученные математические доказательства того, что социальные когнии являются конструктом, относительно независимым от базовых нейрокогний (executive functions) и психопатологических симптомов [Van Hoogen et al., 2008].

В современных клинических исследованиях доминируют весьма расплывчатые определения СП, например: «многоаспектный конструкт, который связан с психическими процессами, лежащими в основе социальных интеракций» [Kern, Horan, 2010]. Однако только такое расплывчатое определение позволяет объединить в одно целое все разрозненные модели, которые лежат в основе разных направлений исследований. Более узкое и конкретное определение предлагает R. Adolphs [2001], который рассматривает социальные когнии как «способность строить репрезентации отношений между собой и другими людьми и использовать их для гибкой регуляции социального поведения» [Adolphs, 2001]. Это определение перекликается с понятиями **«объектных репрезентаций»** в постклассическом психоанализе, **«рабочих моделей»** в теории привязанности Дж. Боулби и **«когнитивных схем»** в когнитивно-бихевиоральной психотерапии. Однако в отличие от перечисленных традиций, природа этой дефицитарности большинством исследователей социальных когний усматривается не в дисфункциях «социо» (или интерперсональных отношений на ранних этапах онтогенеза), а в генетически обусловленных нарушениях центральной нервной системы. Новым решением старого вопроса о природе психической патологии стала «био»-концепция СП, основанная на гипотезе социального мозга и образующих его зеркальных нейронов [Frith, 1992]. Спор сторонников «био» и «социо» обостряется

также тем, что основные ресурсы, выделяемые на научные исследования психической патологии на современном этапе, инвестируются в «био» [Холмогорова, 2014].

Однако даже вопрос о том, какие процессы и механизмы относятся к СП, также нельзя считать вполне решенным. Это связано с тем, что под общим «брендом» СП исследователи попытались объединить ряд относительно независимых направлений в изучении психической патологии, имеющих отношение к социальному взаимодействию. Уже в 1980-х гг. выделились следующие направления исследований СП: 1) восприятие и распознавание эмоций (**emotion processing**); 2) социальная перцепция (**social perception**) или восприятие и понимание различных социальных ситуаций; 3) атрибутивный стиль (**attributional style**) или характер трактовки причин социальных ситуаций; 4) процессы **ментализации** или способность строить представления о психической жизни людей, также известная под условным названием «**теория психического**» — «**theory of mind**» — сокращенно **ToM**.

Если понятие ментализации пришло в исследования СП из психодинамических концепций и, в особенности, благодаря трудам психоаналитика P. Fonagy по изучению пограничной личностной патологии, то понятие «theory of mind», или ToM, пришло в клиническую психологию и психиатрию после издания в 1978 г. нашумевшей статьи приматологов D. Primack и G. Woodruff [Primack, Woodruff, 1978]. Авторы статьи попытались доказать способность больших обезьян понимать намерения человека, то есть строить теорию его психического, что стало одним из оснований для вывода об общей природе СП у человека и животных сторонниками эволюционных «био»-моделей.

Для обозначения феномена «считывания» психического состояния (**mindreading**) обезьянами авторы воспользовались философской моделью под названием «**theory-theory**» (теория теорий), описывающей гипотетические механизмы понимания в межличностном общении [Bohl, 2014]. Согласно этой модели, у людей есть скрытая индивидуальная концепция того, как возникают психические состояния и как они управляют поведением.

Еще одна группа объяснительных моделей носит название «**simulation theory**» (теория симуляции). Согласно этим моделям мы понимаем людей, потому что симулируем их состояние, представляя себя на их месте. Два этих типа моделей СП философ из Тартуского университета, эксперт по вопросам социального познания V. Bohl [2014] объединяет под общим названием «mindreading», или модели

«считывания» психического состояния, противопоставляя им **модели интеракционистов** — сторонников ведущей роли взаимодействия между людьми в процессах социального познания [Bohl, 2014]. В качестве аргументов последние приводят способность чувствовать, «считывать» психологическое состояние человека животными и маленькими детьми, а также важность контекста интеракции, как основного источника информации. Сторонники подхода «mindreading» возражают на это, что наличие ТоМ является обязательным для построения полноценной (fullblown) социальной компетентности, которой еще нет у совсем маленьких детей [Ratcliffe, 2007].

В качестве решения этого конфликта V. Bohl и W. van den Bos предлагают выделить в СП процессы **двух уровней** — быстрые симультанные и плохо контролируемые процессы (которые имеют в виду интеракционисты) и более осознанные и поддающиеся регуляции [Bohl, van den Bos, 2012]. Еще один способ решения заключается в выделении двух компонентов ТоМ — **имплицитный** (эмоциональный аспект социальной перцепции, или симультанной переработки социальной информации) и **эксплицитный** (когнитивно-лингвистическая обработка социальной информации). По аналогии с этим можно выделить **два вида ментализации — имплицитную и эксплицитную**. Последняя относится к так называемому **рефлексивному функционированию (reflective functioning)**.

Несмотря на нестихающие острые методологические споры и критику, концепция ТоМ до сих пор остается одной из самых влиятельных в клинической психологии и психиатрии. В клинике психических болезней концепт ТоМ одним из первых стал использовать известный британский специалист в области аутизма S. Baron-Cohen [Baron-Cohen et al., 1985]. Затем этот концепт был с успехом перенесен на исследования шизофрении известным энтузиастом модели социального мозга С. Frith [Frith, 1992], который полагал, что в основе нарушения способности к построению адекватных «теорий» психической жизни людей лежат генетически предзаданные дефекты нервной системы. Как уже отмечалось выше, представители лагеря «социо», не отрицая важной роли особенностей нервной системы, склонны подчеркивать важность вклада средовых, в первую очередь, семейных факторов в нарушения способности к ментализации.

С позиций сторонников «социо» в основе процессов ментализации лежат системы представлений о себе и о людях, описанные в понятиях «объектные репрезентации», «рабочие модели», «когнитивные схе-

мы», которые в значительной мере производны от интерперсональных отношений и жизненных обстоятельств в процессе взросления человека [Merlo, Gekle, 2002].

С вопросом о природе СП тесно связан вопрос об адекватных методах его изучения. На основе проведенного в 2012 г. опроса 132 экспертов в области социальных когний (включая шизофренологов, социальных психологов, исследователей аутизма и других экспертов в области СП) в публикации 2014 г. были выделены домены или основные научные предметы изучения СП при шизофрении. *Перед экспертами стояла задача соотнести с каждым доменом наиболее важный и хорошо зарекомендовавший себя методический инструментарий* [Pinkham et al., 2014]. На основе предложенной экспертами классификации доменов можно констатировать, что четыре основные направления исследования нарушений СП, выделившиеся еще в 1980-х гг. (см. выше), сохраняются до сих пор, а развитие идет, в основном, за счет расширения и совершенствования методического инструментария. Особо важное место при этом отводится нейробиологическим исследованиям, направленным на поиск соответствия между показателями различных методик исследования СП и нарушениями в центральной нервной системе.

В упомянутом опросе экспертов кроме четырех традиционных (восприятие и понимание эмоциональной экспрессии, социальная перцепция, атрибутивный стиль и ментализация, или ТоМ) было предложено два дополнительных домена, к выделению которых присоединились далеко не все опрошенные. Эти домены заслуживают отдельного описания.

1. **Домен социальных метакогниций (metacognitions)**, которому соответствуют методики оценки способности анализировать свое собственное мышление в социальных ситуациях (выдвигаемые гипотезы, интерпретации социальных ситуаций, образы себя и других), а также процессы социального познания у других людей;
2. **Домен «взаимодействие» (social reciprocity)**, которому соответствуют методики оценки качества вовлеченности в эмоциональное и социальное взаимодействие, т.е. способности считывать социально значимую информацию и вести себя согласно логике развития ситуации, а также оценивать и перестраивать свое поведение на основе обратной связи от других людей.

Обращает на себя внимание то, что два блока, в необходимости выделения которых не сошлось большинство экспертов, относятся к реф-

лексивной регуляции СП и самому процессу общения — поведению в контактах с другими людьми. Это свидетельствует о недооценке экспертами роли рефлексии, сознательной, произвольной регуляции, с одной стороны, и межличностных взаимодействий как динамического процесса, с другой. Между тем способность порождать осознанные гипотезы относительно состояния других людей, осмыслять и проверять их опытным путем в непосредственном взаимодействии с другими, согласно Р. Fonagy [Fonagy et al., 2002], является основой зрелого процесса ментализации. Эта способность не развита при многих формах психической патологии, когда вместо процесса СП, основанного на гипотезах и их тестировании реальностью, имеет место ригидное и необоснованное приписывание определенных мыслей и чувств другим людям. Можно констатировать, что «био» уклон современных исследований ведет к недооценке специалистами высших форм СП, основанных на рефлексии и имеющих регуляторную функцию.

Подводя итоги 30 лет интенсивных исследований нарушений СП в клинической психологии и психиатрии, можно выделить ряд этапов, на которых в центре внимания ученых оказывались разные задачи:

- 1. собирательный**, когда «под зонтик» СП постепенно начинают объединяться накопившиеся данные исследований нарушения восприятия эмоциональной экспрессии, ситуаций межличностного взаимодействия, способности к ментализации и т.д. (прежде всего у больных с аутизмом и шизофренией);
- 2. доказательный**, направленный на поиск мозгового субстрата СП — «социального мозга», на разработку надежных методик и обоснование с их помощью независимости социального интеллекта от других видов интеллектуальной активности и, наконец, особой значимости социального интеллекта для адаптации и социального функционирования больных;
- 3. экстенсивный**, когда интерес исследователей начал распространяться на новые формы психической патологии под общим методологическим «зонтиком» гипотезы социального мозга как универсальной основы психической патологии;
- 4. сравнительный**, направленный на поиск общего и специфического для разных диагностических категорий, как на уровне разных доменов СП, так и на уровне активности разных нейроанатомических структур.

На последнем этапе ответа на вопрос об общем и специфическом в СП у разных категорий больных совпали с оживлением

интереса к **моделям спектра психической патологии**. *В настоящее время мы можем наблюдать тенденцию к интеграции моделей спектра и моделей нарушений СП: проникновение в исследования СП идеи континуальности его нарушений в зависимости от тяжести и характера психической патологии и дефектов нейробиологической системы «социальный мозг».*

1.2. От моделей дискретных категорий к моделям спектрального континуума психических расстройств: роль гипотезы социального мозга

Новые революционные данные относительно общей генетической природы основных психических расстройств, полученные на большой выборке пациентов разных диагностических категорий [Smoller et al., 2013], привели к обострению интереса к моделям спектра, которые известны давно, но стали предметом особенно активного обсуждения в последнее десятилетие [Краснов, 2010]. В 2007 г. под редакцией известных экспертов и сторонников моделей спектра, немецкого психиатра А. Марнероса и американского психиатра Х. Акискала вышла монография, носящая знаменательное название: «The overlap of affective and schizophrenic spectra» — «Пересечение аффективного и шизофренического спектров», в предисловии к которой редакторы пишут: «Не имея пока точных данных о биологической структуре расстройств аффективного и шизофренического спектров, мы поставили более скромную цель — охарактеризовать пересечение этих спектров и их фундаментальные характеристики. Это включает анализ генетических факторов, нарушений нейроразвития, патопластических темпераментальных характеристик, а также психологических и соматических влияний» [Marneros, Akiskal, 2009].

*Особое внимание исследователей привлекают диагностические единицы, лежащие на пересечении двух спектров психической патологии (аффективного и шизофренического): **биполярное аффективное расстройство (БАР) и шизоаффективный психоз (ШАР)***. В последнее десятилетие был выделен также биполярный спектр, включающий БАР разного типа. Эта зона пересечения двух важных спектров психической патологии — аффективного и шизофренического — до сих

оставалась мало изученной. *Новые упования исследователей на открытие общего для всех расстройств субстрата — социального мозга — инициировали поток сравнительных исследований СП и его нейробиологических коррелятов при разных расстройствах — от тревожных расстройств и разных видов униполярной депрессии до разных типов БАР, и далее — шизоаффективной патологии и шизофрении.*

Существуют две разные модели спектра, противопоставляющие себя категориальной концепции Э. Крепелина: **модель развития и модель континуума**. Сторонники первой модели придерживаются мнения об общности предполагаемой генетической уязвимости и ключевой роли различий средовых факторов в возникновении того или иного расстройства [Murphy et al., 2004]. Сторонники модели континуума основных психических расстройств предполагают наличие спектрального континуума уязвимости с нарастанием степени тяжести от униполярной депрессии к БАР, от БАР к ШАР и, наконец, к шизофрении [Crow, 1995; Moller, 2003]. Не без влияния моделей спектра новая американская классификация DSM-5 ставит под сомнение существование дискретных диагностических категорий и делает акцент на **двумерном подходе**, основанном на идее выделения общих для всех видов патологии факторов вместо феноменологической системы критериев для каждого расстройства.

Тенденция к доминированию двумерного подхода и ренессанс моделей спектра критикуется другими учеными за чрезмерный акцент на «био» и недооценку значимости «социо». Известный канадский психиатр J. Paris пишет о «биполярном империализме» и гипердиагностике, опасность которой связана с размыванием не только диагностических категорий, но и границ с нормой [Paris, 2012]. Особую опасность он видит в том, что многие сторонники моделей спектра опираются на чисто биологические модели и усматривают проблему пациентов в химическом дисбалансе, игнорируя все виды лечения, кроме психофармакологического, и постоянно расширяя популяцию потенциальных пользователей психотропных средств. J. Paris критикует попытки ведущих аффектологов и защитников моделей спектра Ж. Ангста и Х. Акискалы проводить обширные эпидемиологические исследования в опоре на концепцию «soft bipolarities» («мягкая биполярность», то есть колебания настроения с небольшим размахом) [Merikangas et al., 2011]. Особенно серьезные опасения у цитируемого автора вызывает все большее расширение влияния нейронаук с все большим игнорированием биопсихосоциальной природы психических расстройств.

Сложность, полиморфность и взаимопроникновение разных расстройств исключает простые решения относительно их природы. Подводя итоги попыткам найти биологические маркеры отдельных психических расстройств, известный шизофренолог из Нидерландов Дж. ван Ос с соавторами подчеркивают [van Os et al., 2009], что моделирующее представление о непосредственной экспрессии генов в форме того или иного расстройства (линейная модель «генотип — фенотип») безнадежно устарела и наиболее полно современное состояние исследований отражает более сложная модель, получившая название «взаимодействие генотипа и среды» («**genotype environmental interaction**», сокращенно — G×E). На примере шизофрении авторы подчеркивают, что только такая модель позволяет объяснить хорошо установленные факты о повышенной частоте шизофрении у лиц, подверженных высокому уровню стресса (например, мигрантов и жителей больших городов) и другим средовым вредностям (например, потребление каннабиса), а детерминация заболевания одними генами или только средой крайне мала, если вовсе не равна нулю.

На фоне роста популярности «био» трактовок, в котором не последняя роль принадлежит гипотезе социального мозга, накапливают важные аргументы и сторонники «социо». Например, при исследовании здоровой детской популяции получены важные данные о роли семейных отношений, материнской способности к ментализации в развитии навыков СП, а сравнение показателей СП у детей, страдающих аутизмом, с их монозиготными и дизиготными близнецами не подтверждает ведущее влияние наследственных факторов [см. подробнее: Холмогорова с соавт., 2015].

В одном из сравнительно недавних лонгитюдных исследований, направленных на оценку факторов прогноза шизофрении, было показано, что наиболее значимыми негативными факторами оказались социальная изоляция, продолжительность заболевания и проживание отдельно от родственников. Таким образом, значимость позитивных социальных отношений, роль «социо»-факторов для течения шизофрении получают все новые обоснования [Harvey et al., 2007].

Социальная изоляция в сочетании с высокой социальной тревожностью оказались также значимыми предикторами манифестации шизофрении в группах с высоким риском заболевания: заболели в первую очередь те, у кого преобладала социальная изоляция и отмечалась высокая социальная тревожность. Исследования показывают, что социальное тревожное расстройство широко распространено среди

больных шизофренией, достигая 36 % выборки. В лонгитюдном исследовании 114 больных с первым психотическим эпизодом социальное тревожное расстройство было диагностировано у 25 % [Michail, Birchwood, 2009]. Было также показано, что спустя год критериям социальной фобии соответствовало уже 30 % выборки больных с первым эпизодом, при этом возрастала выраженность депрессивных симптомов, а также присоединялись другие тревожные расстройства. *Сравнивая феноменологию социальной тревожности при психозах и при непсихотических тревожных расстройствах, авторы исследования выявили сходный профиль как по интенсивности социальной тревоги, так и по степени социального избегания.* Помимо тревожных расстройств, примерно 31 % пациентов с первым психотическим эпизодом страдали различной по тяжести постпсихотической депрессией.

Авторы делают вывод, что расстройства аффективного спектра характерны для психозов шизофренического спектра и оказывают непосредственное влияние на их возникновение и течение [Michail, Birchwood, 2009]. Бросается в глаза особая роль социальной тревожности в манифестации и течении психических расстройств. Вопрос о природе социальной тревожности, ее связи с нарушениями СП и удельным весом «био» и «социо» факторов этих нарушений привлекает все большее внимание специалистов.

Возвращаясь к проблеме СП в контексте моделей спектра, следует констатировать неуклонный рост числа работ, направленных на сравнение степени и характера нарушений СП в зависимости от тяжести расстройства и его положения в спектральном континууме, но, к сожалению, с доминированием поиска нейроанатомических нарушений и недооценкой психо-социальных факторов. Приведем некоторые примеры. В солидном психиатрическом журнале «Psychopathology» в 2014 г. был опубликован обзор под названием «Функции ментализации позволяют установить концептуальную связь между функциями мозга и СП при основных психических расстройствах» [Schnell, 2014]. Автор обзора подчеркивает противоречивость существующих данных относительно нарушений СП при депрессии и большую их согласованность относительно шизофрении, задающей перспективу выявления нейробиологических механизмов этой патологии. Авторы другого обзора указывают, что социальные когниции — важная и перспективная область исследований, которая может раскрыть общую биологическую природу основных психических расстройств [Martins et al., 2011]. В обзорах с типичными названиями «Социальные когниции и серьезные

психические расстройства» подчеркивается общность нарушений СП и его нейробиологических основ при разных психических расстройствах.

Растет число статей, посвященных сравнению нарушений СП в рамках различных спектров. Например, на основе исследования 48 больных с разными типами биполярного расстройства (из которых 24 были с психотическими чертами) и 30 больных шизофренией авторы пытаются найти маркеры психотической дезорганизации и соотнести их с нейробиологическими процессами. Как выяснилось, психотическая группа с биполярным расстройством и больные шизофренией имели в качестве общего предиктора уровня социального функционирования фактор «способность к распознаванию эмоций», в отличие от непсихотической биполярной группы. То же выступала в качестве такого предиктора только у больных шизофренией. Авторы выдвигают предположение, что общие дефициты в восприятии и распознавании эмоций свидетельствуют о клинической общности разных психозов и связаны с общими нейробиологическими факторами [Thaler et al., 2014].

Из этих небольших фрагментов потока исследований только последних лет очевидно, что на современном этапе доминирует тенденция найти в нарушениях СП обоснование биологической природы психических расстройств. Таким образом, самый острый из всех дискутируемых вопросов касается природы самого социального познания, так как в его решении кроется и ключ к построению конструктивных моделей СП и планированию дальнейших исследований.

1.3. Культурно-историческая парадигма против биологической: «Насколько социальные социальные когниции?»

Этот ключевой методологический вопрос, касающийся природы СП, можно найти на первых страницах введения к фундаментальному руководству «Социальные когниции и психопатология развития», вышедшему под редакцией известных специалистов в области изучения СП [Sharp et al., 2008]. Как уже неоднократно указывалось ранее, в обосновании биологической природы психической патологии особые надежды возлагаются на «био»-модели СП: от гипотезы социального мозга до ее конкретизации в последних предположениях о ведущей

роли нейротрансмиттера окситоцина в нарушениях СП у самых разных категорий больных [Perez-Rodriguez et al., 2014].

За указанными гипотезами стоит методология так называемого **интрасубъективного** подхода, в основе которого лежит представление о социальных когнициях как возникающих в результате созревания определенного генетически запрограммированного мозгового субстрата, а о социальном окружении как о важном, но всего лишь условии такого созревания. Необходимость **интерсубъективного** подхода к развитию СП в онтогенезе, а также к его нарушениям при психической патологии начинается в последние годы осознаваться рядом исследователей [Fernyhough, 2008; Sharp et al., 2008; Tomasello, 2014 и др.]. В поиске методологической основы для такого поворота некоторые из них обращаются к культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского. И хотя пока рано говорить о ренессансе культурно-исторической парадигмы, ее мощный эвристический потенциал для выхода из противоречий и тупиков современной психологии, включая исследования СП, уже активно используется исследователями [Зарецкий, 2007, 2008; Рычкова, Холмогорова, 2012; Холмогорова, Зарецкий, 2010, 2011; Fernyhough, 2008; Tomasello, 2014; Meins, 1997 и др.].

Анализ показателей цитирования трудов Л.С. Выготского в научных изданиях показывает, что многие исследователи только в последнее десятилетие начинают открывать для себя культурно-историческую психологию¹. Важно проанализировать причины роста интереса к ней среди исследователей, которые занимаются проблемами социального познания, т.е. ищут ответ на вопрос «как люди понимают друг друга»? Этот вопрос волновал и Л.С. Выготского, хотя он никогда не изучал то, что в современной психологической науке называется социальным познанием (**social cognition**) или социальным пониманием (**social understanding**) в узком смысле этих понятий — способность строить картину ментальных состояний других людей и своих собственных и связывать с ней поведение человека в той или иной ситуации.

Тем не менее, основные идеи и положения культурно-исторической психологии оказались эвристичными для этой области исследований и дали толчок к созданию инновационных теоретических моделей зарождения способности к социальному пониманию в филогенезе и его

¹ Если в начале 1990-х гг. таких цитат насчитывалось всего несколько сотен, то в 2015 г. их число приблизилось к 9000. Количество же ссылок на работы Л.С. Выготского, согласно данным Google Scholar, с 1996 по 2015 г. достигает 135 000 и даже превышает количество ссылок на работы Ж. Пиаже.

становления и развития на ранних этапах онтогенеза, которые будут представлены в следующем разделе данной главы. С позиций культурно-исторической психологии удастся также дать ответ на вопрос, почему многие современные методы психотерапии сфокусированы на разработке инструментария для компенсации дефицита способности к социальному познанию.

А.Р. Лурия был уверен, что идеи Л.С. Выготского значительно опережают современную ему психологию [Лурия, 1962]. Анализируя источники кризиса в психологии начала XX в., Л.С. Выготский усматривал его в непримиримых противоречиях между описательной и объяснительной психологией, которые отражали методологический разрыв в возможностях изучения сложных и элементарных психических процессов.

Вот как передает основной смысл его позиции А.Р. Лурия: «Пропасть между физиологическими объяснениями элементарных актов и менталистическими описаниями сложных психических процессов будет сохраняться до тех пор, пока мы не сможем понять, каким образом естественные процессы, как, например, физическое созревание и сенсорные механизмы, взаимодействуют с процессами, определяемыми культурой; именно это взаимодействие и создает психическую деятельность взрослого человека. Нам нужно выйти за пределы организма, чтобы обнаружить источники специфически человеческих форм психологической деятельности» [Лурия, 1962]. Это очень точно характеризует и суть современного конфликта между «био» и «социо» в исследованиях СП.

Несмотря на раннюю смерть и работу в крайне тяжелых условиях идеологического прессинга, Л.С. Выготский сумел оставить психологам такое наследство, которое все еще требует дальнейшего осмысления и разработки. Он ставил **вопрос о специфике человеческой психики, усматривая ее отличие от психики животных, прежде всего, в культурном происхождении и особом орудийном строении**. Вот как характеризует генеральную идею Л.С. Выготского один из современников: «Чтобы понять внутренние психические процессы, надо выйти за пределы организма и искать объяснение в общественных отношениях этого организма со средой. Он любил повторять: те, кто надеется найти источник высших психических процессов внутри индивидуума, впадает в ту же ошибку, что и обезьяна, пытающаяся обнаружить свое отражение в зеркале позади стекла. Не внутри мозга или духа, но в знаках, языке, орудиях, социальных отношениях таится разгадка тайн, интригующих психологов» [цит. по: Леонтьев, 1990, с. 41].

На наш взгляд, многие проблемы и неясности в исследованиях СП (описанный выше спор между интеракционистами и сторонниками теории-теорий; выделение первого и второго уровней ТоМ, имплицитной и эксплицитной ТоМ; противоречия между экспертами при выделении доменов социального познания), но, прежде всего, главный спор между сторонниками «био» и «социо», позволяет разрешить, наметив новые перспективы исследований, ряд методологических положений культурно-исторической теории Л.С. Выготского [Выготский, 1960, 2007].

Л.С. Выготский уделял большое внимание проблеме мозговых основ высших психических функций и в последние годы своей жизни изучал медицину и высказал многие идеи, оттолкнувшись от которых, А.Р. Лурия заложил основы науки нейропсихологии. Однако он совершенно четко указывал, что базовые для высших психических процессов функциональные системы мозга формируются прижизненно, и огромную роль в их формировании играют язык и другие орудия или инструменты цивилизации. Эти системы не локализованы в определенных частях мозга, а обеспечиваются сложной системой связей между разными блоками. Характерно, что в процессе разработки гипотезы социального мозга открываются все новые и новые отделы и связи, включенные в такой сложнейший процесс, как СП, что ставит под сомнение саму гипотезу социального мозга, как имеющего четкую локализацию [Рычкова, Холмогорова, 2012].

Особую важность для примирения «био» и «социо», имеет, на наш взгляд, **положение о натуральных и высших психических функциях и их происхождении** [Выготский, 1960, 2007]. *Согласно этому положению, в процессе развития натуральных функций внимания, памяти, мышления, носящих произвольный характер, не обладающих качествами опосредствованности и осознанности, идет созревание определенных структур мозга и подготовка ко второму пути развития психики, определяющему скачок к высшим психическим функциям, — культурно-историческому.*

Если рассматривать процесс СП, как имеющий такую же **двойственную природу**, то и возможные механизмы нарушений СП становятся более понятными:

1. Они могут быть следствием нарушений развития натуральных функций, связанных с патологией определенных связей в центральной нервной системе, включающих зеркальные нейроны, которые могут носить как врожденный, так и приобретенный в результате биологических вредностей характер.

2. Они могут быть связаны с психической депривацией в первые годы жизни, когда, например, отсутствуют необходимые условия для развития натуральной функции СП, которые гипотетически представляют собой стабильный позитивно окрашенный эмоциональный контакт с близким взрослым.
3. Наконец, возможно сочетание первого и второго факторов, блокирующее развитие здоровой, **надежной привязанности, по Дж. Боулби, которая, по нашей гипотезе, и является натуральной функцией СП и основой для развития его высших форм.**

В этих случаях разные по природе дефекты в развитии натуральных процессов СП препятствуют развитию его высших форм в виде рефлексивной, сознательной регуляции этих процессов на основе различных, заложенных не в мозге, а в культуре инструментов, которые транслируются ребенку в отношениях с другими людьми. Для формирования высших уровней СП эти необходимые инструменты включают: богатый эмоциональный словарь, навыки улавливания своих мыслей и чувств, понимания их связи с конкретными ситуациями взаимодействия, выдвижения и проверки гипотез относительно психического состояния и намерений другого человека и др.

Несформированность этих навыков ведет к неспособности понимать и регулировать собственное психическое состояние, а также выдвигать и проверять гипотезы относительно внутренней жизни других. Последнее, в свою очередь, приводит к неизбежным конфликтам, социальной и эмоциональной дезадаптации, повышенному уровню стресса. Описанные нарушения являются типичными для разных видов психической патологии, о чем свидетельствуют многочисленные исследования.

Дефицитарность способности к развитию отношений привязанности и недостаточность инструментария для регуляции как своего психического состояния, так и межличностных отношений, может определяться разными факторами и в разной степени быть выражена при разных психических расстройствах, образуя соответствующие спектры или континуумы. Как формирование более надежной привязанности в форме альянса с психотерапевтом или конструктивных групповых связей, так и передача культурного инструментария в виде различных средств и навыков СП, являются важнейшими задачами психотерапевтической работы и реабилитационных программ. О возможности успешной компенсации перечисленных дефицитов свиде-

тelleствует доказанная эффективность разных видов психотерапевтических вмешательств (больше всего доказательных исследований проведено представителями когнитивно-бихевиоральной терапии) для широкого круга психических расстройств, включая шизофренический и аффективный спектры.

Особое внимание Л.С. Выготского к проблемам нарушения развития было связано с поисками обходных путей трансляции культурного опыта там, где обычные пути оказываются перекрытыми или недоступными [Выготский, 1983; Зарецкий, 2007, 2008]. Подобно тому, как глухота и слепота у детей требуют поиска обходных путей для освоения культурного инструментария, организующего их психические функции, освоение детьми с аутизмом культурных инструментов, организующих их социальное познание, также требует поиска обходных путей. Такие пути описаны на примере случаев преодоления даже самых тяжелых форм аутизма [Юханссон, 2010].

Принципиальное значение для исследований СП имеет еще одно положение культурно-исторической теории — **принцип единства аффекта и интеллекта**. Б.В. Зейгарник любила цитировать слова Л.С. Выготского о том, что отрыв мышления от аффекта закрывает путь к пониманию мышления. Однако только в последние годы в потоке исследований социального познания появляются отдельные работы, в которых поднимается вопрос о значимости проблемы мотивации общения для понимания механизмов СП [Bohl, Fiske, 2012]. Создается впечатление, что до последнего времени проблема мотивации оставалась слепым пятном для специалистов, изучающих СП [Bohl, 2014].

Очевидно, что современная наука так и не смогла преодолеть методологических ловушек, от которых предостерегал Л.С. Выготский еще в 30-е гг. прошлого века. Процитируем Выготского, критиковавшего Ж. Пиаже за попытку отказа от теории в угоду эмпирическим данным с целью разрешить теоретические противоречия современной ему психологии: «Море новых фактов, крупных и мелких, первой и второй величины, открывающих новое и дополняющих известное раньше, хлынуло в детскую психологию со страниц Пиаже» [Выготский, 1982a]. И далее у Выготского про Пиаже: «Он пытался укрыться от кризиса за надежной, высокой стеной фактов. Но факты ему изменили и предали его. Они привели к проблемам. Проблемы к теории, пусть неразвитой и неразвернутой, но, тем не менее, подлинной теории, которой так стремился избежать Пиаже» [там же].

Приведенная выше цитата довольно точно описывает состояние современных исследований СП. Если заменить имя Пиаже на имена тех, кто надеется доказать, что субстрат социального познания — в головном мозге и там же источник его нарушений и причина психических расстройств, то мы получим очень точно описанную идеологию проекта RDoC. Да, в нем заложена теория. И опять словами Выготского об обязательном наличии теоретической подоплеки при сборе и описании любых фактов: «Это неизбежно — это судьба» [там же]. Также неизбежно в основе грандиозного по своему размаху проекта RDoC (см. выше) лежит определенная теория. И это старая, уходящая корнями в психиатрию XIX в., методология биологического редукционизма, которая переживает свой новый ренессанс на фоне успехов нейронаук и технологий нейровизуализации.

Не отрицая эволюционные основы развития человеческого организма, сомнения по поводу полезности такого подхода для понимания специфики развития человеческой психики и ее нарушений при психической патологии выразили многие известные эксперты. Так, известный американский психиатр Джером Вейкфилд особо подчеркивает фактическое вынесение за скобки проблемы сознания человека в анализируемом проекте: «Недостаточное внимание уделяется центральной роли смысла и опыта субъективного сознания. Даже если исследования показывают, что человеческая исключительность является ошибкой², система смыслов по-прежнему является сложным и уникальным понятием. Тем не менее, в RDoC умаляется значение смысла, субъективного опыта и психической репрезентации. Нет, конечно, в RDoC присутствует когнитивный домен, однако, с учетом того, что больший упор делается на нейрональных цепях, это скорее ширма» [Wakefield, 2014].

Ален Фрэнсис — один из самых видных мировых экспертов в области классификации психических расстройств, руководитель группы разработчиков DSM-IV, — также подвергает резкой критике это явный крен в биологические науки, причем не только в методологическом аспекте, но и с точки зрения его пользы для практики лечения различных расстройств: «Институт NIMH занимал лидирующую позицию в поддержке охватившего весь мир энтузиазма, связанного с нейронауками, назвав 1990-е гг. десятилетием головного мозга, и прилагал немалые усилия к внедрению биологических программ в ранее сбалансированные ис-

² Здесь, на наш взгляд, автор цитаты явно делает некоторую уступку идеологам проекта и вступает в противоречие с собственной логикой.

следования, фундаментальные науки, терапию и систему здравоохранения в целом. По сути же, из института психического здоровья NIMH превратился в институт головного мозга. В результате его стараниями проведены великолепные исследования, однако никакой практической помощи пациентам из этого не последовало...» [Frances, 2014].

Дискутируется также проблема отношений между мозгом, культурой и психикой в связи с тем, что данные нейровизуализации, исходя из которых делаются глобальные выводы, получены, в основном, на представителях западной культуры [Crafa, Nagel, 2015].

Все сказанное выше — яркое свидетельство кризиса в системе наук, занятых проблемами развития психики и ее нарушений [Холмогорова, 2014]. Суть этого кризиса сугубо методологическая — объективно зарегистрированные связи между активностью определенных отделов мозга и процессом решения задач на социальное познание рассматриваются как доказательство того, что именно эта активность является механизмом, генерирующим решение задачи. И опять, трудно сказать лучше о природе такой методологической ошибки, чем это сделал сам Л.С. Выготский: «Социальная природа всякой высшей психической функции ускользала до сих пор от внимания исследователей, которым и в голову не приходило представить развитие логической памяти или произвольной деятельности как часть социального формирования ребенка, ибо в **своем биологическом начале и в конце психического развития это функция выступает как функция индивидуальная; и только генетический анализ³ вскрывает тот путь, который соединяет начальную и конечную точки**» [Выготский, 1982б]; [выделено мной. — А. Х.].

Путь к разрешению указанных противоречий предполагает привлечение теории психического развития, которая бы объясняла уже имеющиеся научные данные и давала бы ключ к будущим исследованиям, а также к эффективной практике. *Поисками такой теории, как нам представляется, и можно объяснить вспышку интереса к трудам Выготского.*

Круг вопросов, которые пытался решить за свою короткую жизнь Л.С. Выготский, очень широк. Среди них можно назвать следующие:

- Как происходит развитие психики в фило- и антропогенезе, и в чем специфика человеческой психики?
- Как происходит развитие психики в онтогенезе?

³ Не путать с генами! Под генетическим анализом Л.С. Выготский имел в виду исследование развития высших психических функций в процессе их формирования в онтогенезе.

- Каковы условия и механизмы нормального развития?
- Каковы причины и механизмы нарушений развития?
- Каковы пути компенсации этих нарушений?

Как вспоминает А.Р. Лурия, свою теорию развития психики Л.С. Выготский называл то культурной, то инструментальной, то исторической в зависимости от того контекста, который выступал на первый план в том или ином исследовательском контексте. А.Р. Лурия поясняет эту тройственность следующим образом: «Каждый из этих терминов отражал различные черты предложенного им нового подхода в психологии. Каждый из них подчеркивал различные источники общего механизма, при помощи которого общество и его история создают структуру тех форм деятельности, которые отличают человека от животных» [Лурия, 1962].

«Инструментальный» аспект акцентирует опосредованное, орудийное строение высших форм психической деятельности, которое принципиально отличает психику человека от психики животных и возникает не в процессе биологической эволюции, а в процессе культурной эволюции человечества. Главным из таких орудий является язык, появление которого принципиально изменило траекторию развития человека как вида. Помимо положения об особом характере строения человеческой психики с ним также тесно связано положение о существовании натуральных — природных функций, которые трансформируются в ходе онтогенеза в высшие психические функции в процессе взаимодействия ребенка со взрослым: «Анализ показывает, что **всякая высшая психическая функция была раньше своеобразной формой психологического сотрудничества...** и лишь позже превратилась в индивидуальный способ поведения, перенеся внутрь психологической системы ребенка ту структуру, которая и при переносе сохраняет все основные черты символического строения...» [Выготский, 1982, 6].

«Культурный» аспект акцентирует социальную детерминированность способов получения знаний и видов орудий, как физических, так и умственных. Человеческий детеныш, воспитанный вне общества, не усваивает язык — главный инструмент коммуникации и познания себя и других, а в разных культурах, в зависимости от специфики традиций и условий проживания, этот главный инструментарий человеческой психики может значительно различаться⁴. В настоящее время биологический редукционизм в форме установления прямых

⁴ Например, у народов Севера, проживающих среди снегов, существует много слов, обозначающих разные оттенки белого, что совсем не характерно для других регионов.

связей между мозгом и психическим функционированием подвергается критике в цикле исследований влияния конкретной культуры не только на различные психические функции, но и на специфику их нарушений при разных формах психической патологии. Например, показано, что такие заболевания, как аутизм и шизофрения, имеют свои специфические черты в разных культурах [Crafa, Nagel, 2015].

Положение о передаче инструментария для организации психической активности, накопленного в культуре, от взрослого к ребенку в процессе общения и обучения, иными словами, *положение о том, что обучение ведет за собой развитие, позволяет объяснить различия в организации высших психических функций, которые выявляются в разных культурах и, очевидно, на разных этапах развития человека как вида.* Для обозначения механизма, посредством которого осуществляется этот процесс, Выготский ввел понятие «интериоризация». В таком взгляде на движущие силы развития Л.С. Выготский, как известно, разошелся с Ж. Пиаже, который считал, что обучение подстраивается под естественное созревание когнитивных структур, а от природы аутистическое (т.е. оторванное от реальности) мышление ребенка подвергается социализации путем насилия и принуждения. Собственно говоря, и рассмотренный в начале статьи проект RDoC, претендующий не больше, не меньше как на создание новой классификации психических расстройств, двигается тоже в этой логике.

«Исторический» аспект теории развития психики Л.С. Выготского дополняет «культурный» идеей о том, что способность к интериоризации зарождается в процессе эволюции, принципиально меняя законы развития психики *homo sapiens* по сравнению с животными и обуславливая *переход от натуральных психических функций к высшим — истинно человеческим, имеющим орудийное строение.* Затем в ходе истории человечества изменения в особенностях организации высших психических функций происходят уже не в ходе биологической эволюции, а в процессе культурно-исторического развития общества и способов трансляции накопленного опыта. Кроме того, на разных отрезках развития общества может быть больше или меньше востребован тот или иной инструментарий организации психической деятельности.

Рассмотрим последовательно современные модели развития социального познания сквозь призму всех трех аспектов. Начнем с исторического, касающегося возникновения способности к социальному пониманию у вида *homo sapiens* в процессе филогенеза и антропогенеза. Развитие этого аспекта нашло наиболее яркое воплощение в трудах

последователя Л.С. Выготского — известного эволюционного антрополога Майкла Томаселло, широко цитируемого в современных работах по социальному познанию [Tomasello, 1999, 2014; Томаселло, 2011].

1.4. Современные модели развития способности к социальному познанию в фило- антро- и онтогенезе, основанные на культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского

«Исторический аспект» — развитие социального познания в процессе филогенеза

Согласно эволюционному подходу к генезу способности к социальному познанию, беспрецедентный успех вида *homo sapiens* в процессе эволюции во многом связан именно с его способностью к пониманию и прогнозированию действия и намерений других живых существ, включая представителей собственного вида, что дало ему большие преимущества. Зачатки такой способности пытались обнаружить также у обезьян [Premack, Woodruff, 1978].

Позднее автор концепции социального мозга L. Brothers [Brothers, 1990] выдвинула гипотезу о том, что социальный мозг и способность понимать ментальные состояния других живых существ возникли в результате эволюции гоминид как адаптивный ответ на усложнение социального окружения, т. к. давали несомненные преимущества в адаптации: защиту от потенциальной угрозы и лучшие возможности достижения социальных преимуществ. Под руководством известного шведского специалиста в области эволюционной генетики S. Pääbo был изучен геном неандертальца и выдвинута гипотеза, что имело место скрещивание между неандертальцами и сапиенсами, т. к. в геноме человека был обнаружен определенный процент генов неандертальца. Его группой была выдвинута гипотеза о возможном влиянии этих генов на когнитивные способности [Sankararaman, 2014], а мутация этих генов стала рассматриваться как возможная причина таких заболеваний, как синдром Дауна и аутизм.

Подводя итог этим разработкам, М. Томаселло отмечает, что интеллектуальный климат в современной науке определяется прежде всего интересом к эволюционным основам социального познания, при этом не учитывается тот факт, что *огромный скачок в развитии вида homo sapiens просто не мог произойти на основе биологических механизмов, если учитывать, что он произошел на очень коротком историческом отрезке, ничтожно малом для таких изменений в масштабе всей эволюции* [Tomasello, 2014].

Но с культурно-исторической точки зрения, этого отрезка было достаточно для колоссального скачка за счет непрерывного накопления опыта разных индивидов, социальных групп и обществ на протяжении многих поколений в общее культурное знание. Автор цитирует известное выражение Ньютона о том, что каждое поколение людей стоит на плечах гигантов, будучи потенциальным обладателем всего накопленного до него в культуре знания, которое наращивается согласно эффекту храповика, т.е. без возможности поворота вспять. *Любое серьезное изучение человеческого познания, подчеркивает автор, должно учитывать культурно-исторический и онтогенетический аспекты развития (ребенок тоже поражает своей способностью за короткое время освоить язык и другие сложнейшие формы человеческого поведения), которые ни в коем случае не детерминируются биологической адаптацией, обеспечивающей лишь условия для определенных форм социального познания.*

М. Томаселло выделяет уникальную способность человеческого дитя уже к девяти месяцам воспринимать другого человека как активного целенаправленного субъекта (**intentional agent**), подобного ему самому, что создает условия для возникновения способности к разделенному вниманию (**shared attention**), а затем и кооперации — совместной активности (**shared activity**). В своих опытах с приматами и маленькими детьми ученый пытается доказать, что это уникальная способность человека, которая отличает его от высших приматов.

Автор указывает: «Это открывает возможность ребенку обучаться культуральному опыту с помощью другого человека. Это не более, чем онтогенетическая природа того, что Л.С. Выготский назвал „культурной линией“ психического развития в отличие от „натуральной линии“. Это не значит, что в шесть месяцев ребенок не является существом, тесно связанным с человеческой культурой. Напротив, именно будучи таким существом, он в течение этих месяцев включается в эту культуру все более и более активным образом. Но пока он не начал воспринимать других как активных существ, с которыми он может совместно направ-

лять внимание на внешний мир, он всего лишь индивидуально изучает мир, в котором родился. Только после того, как он начал воспринимать других как активных целенаправленных субъектов (intentional agents), подобных себе, весь новый мир **интерсубъективно воспринимаемой реальности (intersubjectively shared reality)** начинает открываться ему» [Tomasello, 1999], [выделено мной — А. Х.].

М. Томаселло дает определение социальным когнициям, как способности отдельного существа воспринимать своих сородичей как себе подобных, т.е. обладающих подобно ему направленностью и ментальными состояниями. *Именно это со временем позволяет ему вообразить себя в «ментальной одежде» другого и, таким образом, он может учиться не только от других, но и «через» других.* Согласно гипотезе ученого, это эволюционное приобретение позволило человеку совершить такой рывок в развитии по сравнению с другими видами. Он резонно возражает сторонникам учения о биологической эволюции, как основе возникновения различных психических способностей, что трудно вообразить какие-то отдельные эволюционные изменения для каждой из них, начиная с языка. Скорее всего, это было одно, но ключевое изменение, которое открыло дорогу новым способам обучения и новым формам когниций — это вышеупомянутая способность воспринимать другого как себе подобного субъекта, обладающего направленностью и ментальным состоянием.

Такую патологию, как аутизм, автор рассматривает как биологическое отклонение, при котором эта способность, несмотря на обычные условия воспитания, не актуализируется и не формируется. К этому можно добавить, что она может не сформироваться и по причине неблагоприятных средовых условий, а также при других биологических отклонениях, если не созданы те условия, которые Л.С. Выготский называл «обходными путями» при воспитании, например, слепых и глухих детей, которым невозможна трансляция культурного опыта обычным путем.

Согласно взглядам М. Томаселло, филогенетические корни понимания другого восходят к человекообразным обезьянам, эксперименты с которыми указывают на их способность воспринимать другого как активного субъекта, обладающего собственными намерениями (intentional subject). Способность к такому первичному, наиболее примитивному социальному пониманию возникает у человеческого ребенка в возрасте от девяти месяцев до полутора лет. М. Томаселло указывает, что *разрыв в способностях к социальному пониманию между*

человеком и шимпанзе возникает еще до овладения ребенком языком, на основе языка жестов с появлением способности к совместной направленности и совместному вниманию, что становится основой довербального диалога и совместной деятельности ребенка со взрослым. Он также ссылается на известные исследования, доказывающие неспособность к истинно совместной деятельности на основе общей цели у шимпанзе [Crawford, 1937].

В качестве отличительной черты человеческой психики М. Томаселло, вслед за Л.С. Выготским, рассматривает **интериоризацию** коренящихся в социуме и исторически возникших форм активности, а также способность к кооперации (**cooperation**) — постановке общих целей и сотрудничеству в процессе их достижения [Tomasello, 2014; Томаселло, 2011]. В качестве важнейшей и отличительной характеристики человеческой психики и мышления он называет социальную мотивацию (**social motivation**) — идея, которая тесно перекликается с уже упомянутым выше положением культурно-исторической теории — принципом единства аффекта и интеллекта, имеющим принципиальное значение для исследований СП.

«Культурный аспект» — развитие социального познания в процессе онтогенеза

В этой точке логично перейти ко второму из трех аспектов культурно-исторической теории — культурному и попытаться ответить на вопрос, как, зарождаясь из способности воспринимать другого как себе подобного и обладающего намерениями, происходит дальнейшее развитие социально понимания в онтогенезе.

М. Томаселло выделяет три этапа в развитии социального понимания: 1) восприятие другого, как интенционального, т.е. имеющего определенную направленность и намерения, субъекта (**intentional subject**) — возраст от девяти месяцев до полутора лет; 2) восприятие другого, как ментального субъекта (**mental subject**), т.е. обладающего своим собственным психическим состоянием, отличным от моего — возраст около двух лет; 3) восприятие другого, как рефлексивного субъекта (**reflexive subject**), т.е. способного иметь представление о собственном психическом состоянии — возраст около четырех лет.

Как было показано выше, М. Томаселло подробно описывает предпосылки возникновения первого этапа как в антропо-, так и в онтогенезе, но не дает ответа на вопрос, как, на основе каких механизмов

становится возможным переход от первого этапа, доступного и высшим приматам, ко второму, связанному с возникновением уже специфически человеческой способности к пониманию ментальных состояний других людей.

Эту задачу попытался решить еще один последователь Л.С. Выготского — британский психолог, профессор Даремского университета Чарльз Фернихоу в своем трактате «О теории психического с позиций Выготского: опосредствование, диалог и становление социального понимания» [Ferryhough, 2008]. Языковое опосредствование мышления и поведения начинается, согласно Л.С. Выготскому, с эгоцентрической речи ребенка. Этот же принцип Ч. Фернихоу распространяет на скачок в развитии социального понимания от стадии восприятия другого, как интенционального субъекта к стадии восприятия другого, как ментального субъекта, обладающего независимой позицией и своим взглядом на мир.

В период перехода к этой стадии в возрасте около двух лет у ребенка появляется эгоцентрическая речь, которая играет не только функцию регуляции его собственного поведения в виде самоинструирования, но и представляет собой экстериоризованный диалог со взрослым, в котором могут быть представлены разные позиции в отношении того или иного объекта реальности, что принципиально важно для зарождения способности воспринимать другого, как отдельного ментального субъекта со своим видением реальности. Выготский писал: «...эгоцентрическая речь... возникает на основе социальной путем перенесения ребенком социальных форм поведения, форм коллективного сотрудничества в сферу личных психических функций» [Выготский, 1982а].

На диалогический характер эгоцентрической речи указывал в своем фундаментальном исследовании речевого развития ребенка известный специалист в области психологии развития, ученик и соратник Выготского Д.Б. Эльконин: «...Это придает речи особую форму — форму ситуативной речи, носящей в большинстве случаев *диалогический характер*. Эта речь представляет собою или ответы на вопросы взрослого, или вопросы ко взрослому в связи с затруднениями, возникающими в ходе деятельности, или требование об удовлетворении тех или иных потребностей, или, наконец, вопросы, возникающие при знакомстве с предметами и явлениями окружающей действительности....» [Эльконин, 1958].

Нередко дети в этом возрасте говорят вслух сами с собой в процессе игры, меняя позицию и явно отражая в своей речи не только свои желания и вопросы, но и позицию взрослого — «мышка хочет моло-

ка — нет, мышка не хочет молока, не надо лить; я пойду одна — нет, одной нельзя». Дж. Верч и С. Стоун показали в своих экспериментах, как ребенок, который решает какую-то задачу совместно и в диалоге с матерью, позднее при самостоятельном решении повторяет этот диалог сам в эгоцентрической речи, регулируя процесс собственного решения [Wertsch, Stone, 1985].

*Объясняя переход от позиции интенционального субъекта к позиции ментального субъекта, Ч. Фернихоу опирается на две ключевые идеи Л.С. Выготского: 1) о важности знакового опосредствования для психического функционирования; 2) о диалогической природе высших психических функций. Он утверждает, что в основе этого прогресса в социальном понимании у ребенка лежит способность к внутреннему диалогу — диалогическому мышлению. Обоснование этого утверждения сопровождается выдвиганием оригинальной авторской концепции — модели диалогического мышления — **dialogical thinking (DT) model**.*

Анализируя широко известный спор между Пиаже и Выготским, а также их последователями, о функции эгоцентрической речи, Ч. Фернихоу приводит многочисленные эмпирические свидетельства в пользу позиции Л.С. Выготского о регуляторной функции этой формы речи и ее транзитного характера на пути ко внутренней речи. Он также привлекает бахтиновскую теорию диалогичности мышления [Бахтин, 1994] как важное развитие теоретических разработок Л.С. Выготского.

Согласно Ч. Фернихоу, интериоризация диалога со взрослым в процессе перехода эгоцентрической речи во внутреннюю, а затем во все более свернутые ее формы, важнее для способности понимать психическое состояние другого человека как отличное от собственного, чем овладение ребенком словарем для описания психологических состояний, как считают некоторые авторы. Интериоризация этого диалога, согласно Ч. Фернихоу, и есть основа диалогического мышления, которое, в свою очередь, является основой способности вставать на другую точку зрения, видеть реальность с разных позиций, т.е. способности к социальному пониманию или, в другой терминологии, к ментализации (*mentalization*), теории психического (*theory of mind — ToM*), т.е. к реконструкции психического состояния другого человека.

Для подтверждения своей гипотезы Ч. Фернихоу, следуя генетическому методу, на который опирался Выготский вслед за Пиаже, проводит специальное исследование. Он предположил, что если гипотеза о важности эгоцентрической речи верна, то успешность решения задач на социальное понимание у детей будет прямо связана с представлен-

ностью эгоцентрической речи на возрастном пике ее развития. В период же ее угасания, когда излишняя представленность эгоцентрической речи свидетельствует о задержке ее интериоризации во внутренний диалог, эта связь будет обратной, а именно, чем больше выражена эгоцентрическая речь, тем хуже будут решаться детьми задачи на социальное понимание. Совместное с Э. Майнс (еще одной известной исследовательницей СП, опирающейся на идеи Выготского) срезовое исследование трех групп детей разного возраста с представлением соответствующих возрасту задач на социальное понимание полностью подтвердило эту гипотезу [Fernyhough, Meins, 2009]. О важности идей культурно-исторической психологии и перспективности соединения ее с теорией привязанности для дальнейших исследований СП Э. Майнс указала в своей фундаментальной монографии, посвященной развитию СП в онтогенезе [Meins, 1999].

Такой взгляд дифференцирует роль эгоцентрической речи на разных отрезках развития. Ч. Фернихоу отмечает также важность анализа связи между эгоцентрической речью и типом отношений со взрослым в той или иной среде. Имеются наблюдения, что коэффициент эгоцентрической речи зависит от типа социальных отношений ребенка со взрослым и детей- ровесников между собой [Обухова, 1996].

Ч. Фернихоу ставит ряд важных вопросов для дальнейших исследований развития социального понимания в онтогенезе:

- какие социальные интеракции наиболее важны для развития социального понимания;
- как они соотносятся с другими факторами, которые играют роль в этом развитии;
- какие именно особенности поведения близких взрослых способствуют интериоризации диалога через эгоцентрическую речь и по каким механизмам;
- на каких этапах развития эти влияния имеют наибольший эффект.

Инструментальный аспект – развитие рефлексивных способностей, как центральная мишень современных методов психотерапии

Роль идей Л.С. Выготского для понимания механизмов психотерапевтических интервенций уже рассматривалась нами ранее [Зарецкий, Холмогорова, 2011]. Однако не менее важно понять, почему в тот

или иной период развития культуры на первый план выходят те или иные психологические проблемы, приводящие к запросу на инструментарий для их решения.

Как уже упоминалось, выделение социального познания в самостоятельную и важную область, фактически — в новую научную парадигму, происходит в 1980–1990 гг. И хотя этому, несомненно, способствовали достижения нейронаук и попытки выделить специальный мозговой субстрат, ответственный за процессы социального познания, не менее важные причины влияния этой парадигмы коренятся, на наш взгляд, в особенностях социо-культурной ситуации, которая начинает складываться в обществе во второй половине XX в.

Нэнси Мак-Вильямс — известный американский специалист в области психоанализа, автор бестселлеров, изданных на русском языке, — обозначила стержневую особенность этой ситуации как *постоянную борьбу человека за свое самоопределение во все более усложняющемся мире с противоречивыми нормами и множеством субкультур, давлением средств массовой информации и утратой четких ориентиров поведения, задаваемых принадлежностью к определенной социальной страте* [Мак-Вильямс, 2015]⁵.

Она указывает, что первым нашел адекватные слова для описания указанных процессов Эрик Эрикссон в 1950-1960 гг., опираясь на сравнение процессов взросления в культуре индейских племен с ее ясными нормами и четкой иерархией отношений, с одной стороны, и тех же процессов в культуре индустриального американского общества — с другой. Характерными проблемами людей, которые обращались за психологической помощью в эти годы, стали трудности в обретении собственной идентичности.

Описанные проблемы нарастают и в значительной мере обострились в XXI в. в условиях информационной революции, которая еще на порядок усложнила мир социальных отношений, заменив живое общение виртуальным, наполнив Интернет потоками легко доступных подробностей частной жизни, расширив аудиторию общения многих людей до сотен и тысяч членов их социальных сетей. «Сидение на информационной игле», привычка получать все новые и новые биты информации в социальных сетях и на разных сайтах снижает способ-

⁵ Еще в начале прошлого века появление социального психоанализа ознаменовало перелом в натуралистическом подходе к механизмам психической патологии, который был характерен как для биологической психиатрии, так и психогенетических моделей З. Фрейда. Глубокая критика натурализации человеческих проблем содержится в работах одной из самых ярких представительниц социального психоанализа К. Хорни.

ность сосредоточиться на чем-то надолго, и, прежде всего, остаться наедине с собой и своим опытом, не испытывая при этом беспокойства и дискомфорта.

Если клиенты Э. Эриксона мучительно искали себя в теряющем четкие очертания социальном пространстве, то современный человек «запутался в социальных сетях», все больше теряя контакт со своим внутренним опытом. Но и качество, глубина контактов с другими людьми, по мнению британского эксперта в современных коммуникациях Роберта Данбара, при этом также неизбежно снижаются [Dunbar, 2010].

Как комментирует Н. Мак-Вильямс специфику современного консультирования, «клиенты, приходящие на терапию в настоящее время, часто нуждаются в том, чтобы сформулировать осознанное понимание того, кто они», что не было характерно для клиентов З. Фрейда, которые чаще всего мучились из-за конфликтов между существующими социальными запретами и вытесненными влечениями [Мак-Вильямс, 2015].

Психологическая наука закономерно откликается на описанные тектонические сдвиги в социокультурной ситуации, порождая понятия и модели для описания процессов, происходящих в обществе и в индивидуальной человеческой психике. При этом исследователи нередко утрачивают исторический взгляд на проблему и начинают мыслить в натуралистической парадигме, утверждая абсолютное главенство тех или иных механизмов развития или его нарушений.

Все это дает нам основание предположить, что наводнение психологической литературы различными терминами, так или иначе отражающими разные аспекты и механизмы социального познания, прежде всего, отражает проблемы жизни и здоровья человека в современном обществе. К длинному списку понятий, обозначающих процессы социального познания в разных традициях и школах (*ментализация, теория психического, рефлексия, эмпатическая способность*), добавилось и в последнее время находит все более широкое распространение в психологических практиках еще одно понятие — «**маиндфулнесс**» [Лайнен, 2008; Пуговкина, Холмогорова, 2015; Холмогорова, 2016а,б; Brink et al., Brizio, 2016]⁶.

⁶ К подходам, делающим ставку на развитие этой способности, чаще всего относят следующие: диалектическую бихевиоральную терапию (dialectical behavior therapy — DBT), разработанную М. Лайнен [Лайнен, 2008]; терапию принятием и согласием (acceptance and commitment therapy — АСТ), развиваемую С. Хейсом [Hayes, 2004]; когнитивную терапию, основанную на mindfulness (mindfulness based cognitive therapy — МВСТ), развиваемую Дж. Тисдейл с соавторами [Teasdale et al., 2002]; метакогнитивную терапию (metacognitive therapy — МСТ), развиваемую Э. Велшем [Wells, 2008, 2011].

Academic Articles on Mindfulness

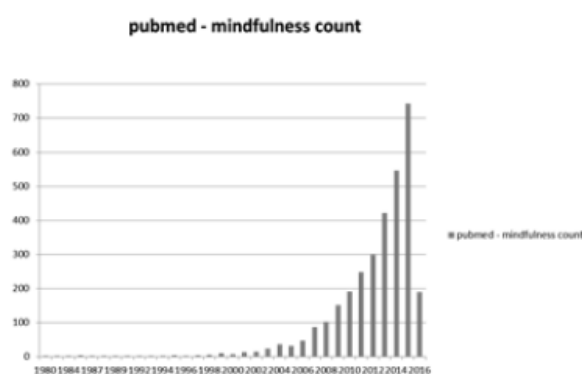


Рис. 1.1. Кривая роста числа публикаций на тему «майндфулнесс»

Достаточно только посмотреть на кривую роста публикаций, посвященных этой способности за последние три десятилетия в научных периодических изданиях, чтобы убедиться в том, что это настоящий бум, охвативший академическое сообщество (рис. 1.1):

Отечественные специалисты, осваивающие подходы, основанные на mindfulness, сталкиваются с трудностями перевода — отсутствием какого-либо подходящего аналога для этого понятия в русском языке. Существующие краткие варианты перевода на русский неудовлетворительно передают его смысл (осознанность, внимательность, осмысленность), или же перевод оказывается достаточно точным, но слишком громоздким: полное и безоценочное осознание непосредственного опыта. В связи с этим лучшим решением, как нам представляется, было бы оставить этот термин без перевода.

В западном, прежде всего американском обществе, понятие «майндфулнесс» постепенно становится частью публичного лексикона — о нем пишут в широкой прессе как о тихой революции, охватившей разные круги общества. Тренировки в этой способности превратились во что-то типа психического фитнеса, подобно физическому фитнесу, ставшему столь популярным в последние десятилетия.

В психотерапии психических расстройств понятие «майндфулнесс» одним из первых начал употреблять профессор Массачусетского

университета Дж. Кабат-Зинн [Kabat-Zinn, 1994], который привнес в работу с больными ряд принципов и упражнений из древних буддистских практик. С тех пор это понятие было не только ассимилировано в современной психологии и психотерапии, но и получило значительное развитие в трудах разных авторов [Пуговкина, Холмогорова, 2015; Холмогорова, 2016а,б].

Нам представляется, что описанный бум восточных медитативных практик тоже тесно связан с различиями в социокультурных контекстах Востока и Запада — дефицитом спокойной, наблюдающей позиции у вечно находящегося в погоне за разными достижениями и изменениями западного человека.

Появляется все больше исследований, показывающих непосредственную связь майндфулнесс со способностями, традиционно относящимися к процессам социального познания, прежде всего способностью к эмпатии и уровнем эмоционального интеллекта [Baer et al., 2006]. Вместе с этими открытиями развернулись многочисленные тренинги специалистов помогающих профессий, направленные на развитие способности к майндфулнесс. Она признается основой для профилактики выгорания, а также бережного и понимающего, эмпатического отношения к пациентам и людям, нуждающимся в той или иной помощи. Вся западная медицина призывается под знамена майндфулнесс энтузиастами этого направления [Сигел, 2015].

Известные представители психодинамической традиции начинают обращаться к понятию «майндфулнесс» и соотносить его с понятием «ментализация», которое интенсивно развивается психодинамическими терапевтами в последние десятилетия. Так, самый известный современный представитель психодинамического направления в психотерапии Отто Кернберг подчеркивает, что и ментализация, и майндфулнесс возможны только при зрелой структуре и интегрированности объектных репрезентаций [Kernberg, 2011]. Быть «майндфул», указывает он, означает умение осознавать чувства и фокусироваться на них без непосредственного отреагирования, поведенческих срывов (acting out) в результате этих чувств, какими бы сильными они не были. Также и ментализация — способность реконструировать и понимать свое и чужое психическое состояние — является ключевым процессом для регуляции эмоций.

Таким образом, тесная связь психологической практики и социокультурного контекста отразилась в тенденциях развития двух ведущих направлений психотерапии, представленных психодинамиче-

ской и когнитивно-бихевиоральной парадигмой, и, в конце концов, вылилась в их пересечение на поле парадигмы социального познания [см. подробнее: Пуговкина, Холмогорова, 2015].

Рассмотренные выше тенденции развития психотерапии демонстрируют тесную связь социокультурной ситуации и востребованного инструментария, призванного справиться с теми вызовами, которые развитие цивилизации предъявляет человеку, и смягчить деструктивное воздействие культуры.

В российской психологии мышления, начиная с 1970-х гг., когда психологической практики в форме консультирования и психотерапии в России фактически не было, возник интерес к понятию «рефлексия» [Алексеев, 2002; Зарецкий, 2013; Рубцов, 1995; Слободчиков, Исаев, 1995]. Одним из первых стал его разрабатывать Н.Г. Алексеев — исследователь, вклад которого в развитие методологии научного исследования еще предстоит оценить. В 1981 г. на одном из домашних семинаров, посвященных этой проблеме, он выдвинул тезис о том, что во второй половине XX в. понятие рефлексии становится центральным в связи с особенностями социокультурной ситуации. Одной из существенных характеристик рефлексии он считал способность к установлению отношений между разными содержаниями. Осознание самого себя он называл «вырожденной рефлексией», так как отсутствует другой, с которым устанавливаются отношения, т.е. подобно Выготскому указывал на генетическое происхождение высшей психической функции из коммуникативного социального пространства. Первоисточник интереса к рефлексии в обществе Н.Г. Алексеев связывал с философией Нового времени, когда вместе с идеей равенства людей начинает приобретать ценность способность к установлению отношений.

Обосновывая тезис о возрастающей важности понятия рефлексия во второй половине XX в. по аналогии с Новым временем, Н.Г. Алексеев вскрыл те специфические социокультурные условия, которые этому способствовали:

- становление самых разных культур в рамках одного человеческого региона;
- потеря и поиски абсолюта (ценности теряют свой смысл, все большая относительность норм);
- все большая специализация труда и отсутствие профессиональной устойчивости (необходима мобильность — способность к переучиванию), что трудно, если у человека не выработана способность к установлению отношений между профессиями,

между кооператорами, установления отношений между своей деятельностью и другой;

- изменчивый характер взаимодействия людей (обилие отношений требует установления отношений между ценностями, привычками, характером и т.д.).

Свой удивительно точный прогноз относительно перспектив понятия «рефлексия» в науке и практике Н.Г. Алексеев сформулировал в лаконичной формуле, дословно мною записанной во время семинара под его руководством: «В занятиях рефлексии отражается реальная потребность нашего дня. Понимание этого социокультурного контекста увеличивает наши возможности в исследовании рефлексии».

Современная психотерапия, действительно, сфокусирована на задаче компенсации дефицита рефлексивных способностей и непрерывно совершенствует инструментарий по развитию рефлексивных функций, причем, как было показано выше, это одинаково относится к двум главным направлениям — психодинамическому и когнитивно-бихевиоральному. На основе понятия «ментализация», обозначающего способность к пониманию своих и чужих ментальных состояний, развивается одно из наиболее ярких и влиятельных направлений современной психодинамической психотерапии, которое так и называется — **психотерапия, основанная на ментализации** [Бейтман, Фонаги, 2014]. Что касается когнитивно-бихевиоральной психотерапии, то она изначально включала в себя изоэкранные технологии по формированию рефлексивной способности — дневники с фиксацией мыслей и чувств, лежащих в основе разных поведенческих паттернов, сократический диалог и другие. Как было неоднократно показано нами, основные шаги в работе когнитивного терапевта представляют собой рефлексивный акт, вынесенный в диалогическое пространство общения с пациентом, а его постепенная интериоризация приводит к преодолению дефицита рефлексивной способности. Структура рефлексивного акта была описана Н.Г. Алексеевым на основе идей Фихте и дополнена В.К. Зарецким, по аналогии с ней нами были рассмотрены техники работы когнитивных терапевтов, начиная с пионерских работ А. Бека и кончая современными технологиями по развитию майндфулнесс [Холмогорова, 1983, 2011, 2016]. Результатом систематического применения этих техник является овладение собственным мышлением, эмоциями и поведением — способность к **саморегуляции**.

Согласно Дж. Вертчу, «возникновение способности к саморегуляции в онтогенезе — центральная тема работ Выготского и его после-

дователей... его идеи о саморегуляции могут быть правильно поняты, только если мы проводим генетический анализ, восходящий к истокам саморегуляции» [Wertsch, 2008, с. 66]. Блестящий генетический анализ истоков саморегуляции процессов социального познания, проделанный М. Тамаселло и Ч. Фернихоу, был описан выше.

1.5. Ментализация, эмпатия и социальная мотивация

Psychological mindedness, или способность к психологической переработке опыта — понятие, возникшее в рамках психодинамической традиции и относящееся к общей способности наблюдать и описывать свою внутреннюю психическую жизнь, увязывая внешние и внутренние события. В современном психоанализе для этой способности все чаще используется понятие «**ментализация**», развитие которой в процессе онтогенеза стало предметом интенсивных исследований британских ученых. В середине 1990-х гг. Р. Fonagy and M. Target (1996) стали развивать концепцию **рефлексивных функций**, как основанных на ранних процессах ментализации, и исследовать условия, которые могут нарушать или, напротив, способствовать этим процессам. В качестве наиболее важного условия развития способности к ментализации была выделена **надежная привязанность** [Target, Fonagy, 1996] — понятие, введенное Дж. Боулби для описания безопасных и благоприятных для развития активности ребенка отношений с близким взрослым. Понятие ментализации стало использоваться фактически как аналог рефлексивных функций, которым предавалась важная роль как в социальной адаптации, так и в способности строить рабочий альянс в процессе психотерапии у взрослых [Ekeblad et al., 2015; Freeman, 2016].

Вместе с тем важно отметить, что рефлексивные функции можно рассматривать как **эксплицитную ментализацию** по аналогии с эксплицитной ТоМ (см. раздел 1.1). Как уже упоминалось выше, «**теория психического**» — ТоМ относится к наиболее влиятельным моделям изучения СП, истоки которой восходят к поискам филогенетических корней СП — к исследованиям приматов (см. раздел 1.1) В процессе ее разработки были выделены два вида ТоМ: **эксплицитная и имплицитная**. Если первая описывает собственно рефлексивное функционирование — развернутые осознанные процессы построения репре-

зентаций психического состояния, то последняя относится к автоматизированным процессам СП, которые протекают на уровне свернутых операций. По аналогии с этим можно говорить об **имплицитной и эксплицитной ментализации**.

Наряду с активным изучением способности к ментализации, отмечается все растущий интерес к **эмпатии**, как важной составляющей процесса социального познания. Изначально, в клинической психологии он был связан, прежде всего, с исследованиями антисоциального поведения. Исследователь из Института психического здоровья США J. Blair [2005] предложил свою модель под названием «**концепция эмоциональной эмпатии**» — «**concept of emotional empathy**» для описания механизмов антисоциального поведения у детей и подростков [Blair, 2005]. В отличие от так называемой **когнитивной эмпатии**, автор определяет **эмоциональную эмпатию** как эмоциональную реакцию на переживания и обстоятельства других людей. На основе анализа эмпирических данных он приходит к выводу, что, если детей с нарушениями поведения отличает дефицит когнитивной эмпатии или способности к «считыванию мыслей» других людей, то у взрослых с антисоциальным поведением эта способность может быть полностью сохранена, но страдает именно эмоциональная эмпатия — способность к эмоциональному отклику на чужие неприятности и страдания.

Вопрос о том, насколько способность к когнитивной и эмоциональной эмпатии связаны друг с другом и имеют общие механизмы, давно волнует исследователей. В целом, исследования социального познания на основе понятия ментализации, модели ТоМ, а также моделей эмпатической способности можно отнести к разным направлениям исследований СП, основанным на разных методических приемах и разных теоретических конструктах. До последнего времени данные этих исследований остаются достаточно противоречивыми.

Были исследования, исходившие из предположения, что существует общая способность к ментализации и эмпатии [Jensen, 1998; Garlick, 2002]. N. Feshach считает, что когнитивный компонент не просто связан с эмпатией, но является ее важной предпосылкой. Способность дифференцировать эмоциональные состояния и взглянуть на ситуацию глазами другого рассматриваются им как условие способности к сопереживанию. Три компонента — распознавание эмоций, способность к децентрации и к сочувствию, согласно автору, составляют сложную структуру эмпатической способности [Feshach, 1979].

Л.П. Стрелкова включает в структуру эмпатии действенный отклик на чужие страдания, которые следуют за сопереживанием (пониманием чувств другого и эмоциональным откликом на них) и сочувствием (переживанием других чувств, близких к состраданию) [Стрелкова, 1997]. Сопереживание и сочувствие предложила также различать Т.П. Гаврилова [Гаврилова, 1974]. Согласно этим авторам сопереживание предполагает идентификацию и заражение чувствами другого человека, а сочувствие может иметь другой эмоциональный профиль и служит толчком к действиям по оказанию помощи. Развитие взглядов на структуру эмпатической способности подробно освещены в обзорах [Басова, 2012; Карягина, 2013 и др.]. В большинстве из них способность к ментализации — реконструкции чувств и мыслей другого, и способность к эмпатии — сопереживанию и сочувствию другому, рассматриваются как тесно связанные между собой и включаются в виде составляющих в разные модели или общий конструкт эмпатии.

Так, во многих подходах к эмпатии, например, в известной модели М. Дэвиса, в структуре эмпатической способности выделяются когнитивный и эмоциональный компоненты — способность к ментализации и к эмпатической заботе, при этом они тестируются в рамках одного опросника, т.е. рассматриваются как связанные между собой [Davis, 1996]. Однако последнее масштабное исследование на большой выборке взрослых испытуемых и с тщательно продуманным методическим дизайном подкрепляет другую позицию [Kanske et al., 2016]. Группа исследователей во главе Ph. Kanske, с ученым из Института антропологии и эволюционной психологии им. Макса Планка (Германия), задалась вопросом, который вместе с ответом на него дал название фундаментальной статье: «Are strong empathizers better mentalizers? Evidence for independence and interaction between the routes of social cognition» — «Являются ли способные к глубокой эмпатии также и наиболее способными к эффективной ментализации? Свидетельства в пользу независимости и связи механизмов социального познания» [Kanske et al., 2016].

Данные, полученные этой исследовательской группой путем сложной математической обработки, свидетельствовали, что обе функции — ментализация и эмпатия — не зависят друг от друга, причем как на поведенческом, так и на нейрональном уровне (т.е. преимущественно связаны с разными системами головного мозга). Все это свидетельствует против гипотезы о существовании общей способно-

сти к СП. Более того, результаты динамического моделирования свидетельствуют, что в крайне эмоционально напряженных ситуациях эмпатическая забота может подавлять активность, связанную с процессами ментализации, и ухудшать результаты в соответствующих заданиях.

Данные о нарушениях эмпатической способности у психически больных все чаще появляются в публикациях, но число таких работ относительно невелико, а результаты по отдельным пунктам не вполне однозначны и носят полемический характер. Последнее связано со сложностью концепта «эмпатии», по-разному трактуемого исследователями. Наиболее устоявшимся можно считать **выделение в структуре эмпатии когнитивного и аффективного компонентов** — разделение эмпатической способности на умение понимать другого человека и умение сопереживать ему. Данные современной нейронауки свидетельствуют в пользу правомерности выделения аффективного и когнитивного компонентов эмпатии. Результаты изучения нейрофизиологических процессов, обеспечивающих эмоциональный отклик на переживания другого человека и рациональную оценку его намерений и состояния, позволяют говорить о разных системах мозга, ответственных за решение этих задач [Shamay-Tsoory et al., 2009; Shamay-Tsoory, Dvash, 2014].

Т.Д. Карягина дает следующее определение феномену эмпатии: «процесс понимания и отклика на переживание другого, основанный на со-переживании и ориентированный относительно внутренней феноменологической перспективы другого» [Карягина, 2013]. Если в некоторых теориях эмпатии в нее включают преимущественно чувства, рожденные симпатией — направленностью на другого и помощь ему, то в других — возникающие в ответ на выражение чувств другим человеком, но ориентированные на себя [там же]. Феномены «личного дистресса» (personal distress), или «эмпатического дистресса», описываются как состояние сильного эмоционального возбуждения, которое может возникать при наблюдении негативных чувств других людей. При этом, наблюдая выраженные страдания или негативные состояния другого человека, возможно испытывать как сочувствие к нему, стремление разделить его чувства, так и стремление отгородиться от негативных переживаний другого, которое сопровождается сильным эмоциональным «заражением» в виде собственного «вызванного», реактивного страдания с сопутствующим избегающим поведением.

Сопереживание и эмпатический дистресс, таким образом, становятся связанными компонентами, причем при значительно выраженном эмпатическом вчувствовании возможен не только собственно эмоциональный, но также физиологический, вегетативной ответ — как психологический, так и физиологический эмпатический дистресс. Последнее особенно вероятно, если речь идет о лицах с невысокой переносимостью эмоций, с нарушениями эмоциональной саморегуляции, к числу которых, безусловно, относятся и многие категории психически больных.

Эмпатический дистресс может резко увеличивать негативную социальную мотивацию в форме избегания контактов. Высокий уровень дистресса при выражении негативных эмоций членами семьи как у больных шизофренией, так и у больных депрессией был зафиксирован в цикле исследований эмоциональной экспрессивности [EE-study], инициированном группой британских исследователей еще 1970–1980 гг. [Brown et al., 1972; Leff, 1989]. Его результаты получили широкий резонанс и сильно повлияли на практику помощи больным: в работе с семьями стали диагностировать и корректировать стиль эмоциональных коммуникаций в направлении сокращения числа негативных эмоций и выражения большей поддержки со стороны родственников, что приводило к более благоприятному прогнозу течения болезни.

В одной из современных комплексных моделей обосновывается правомерность трехчленного деления эмпатических процессов [Dziobek et al., 2008]. Попытка предпринята авторитетными специалистами из области так называемой «социальной нейронауки» [Zaki, Ochsner, 2012]. Помимо когнитивной и эмоциональной эмпатии, в модель включена **«эмпатическая мотивация»**, способность к симпатии — действительному отношению к страданию других людей (см. рис. 1.2).

Концепция эмпатии, предложенная М. Davis [Davis, 1996], позволяет учесть практически все традиционно выделяемые в разных моделях компоненты эмпатии. Тест валидизирован для использования в России на большой выборке испытуемых [Davis, 1983; адаптация Т.Д. Карягиной, Н.А. Будаговской, С.В. Дубровской, 2013].

Методика измеряет четыре компонента, каждый из которых представляет субшала опросника.

- Показатель децентрации (Perspective Taking) предназначен для оценки способности восприятия, понимания, принятия в расчет позиции другого человека, его мыслей и чувств.

- Показатель способности к фантазии (Fantasy) отражает готовность человека эмпатически вживаться в образ вымышленного персонажа.
- Эмпатическая забота (Empathic Concern) оценивает чувства симпатии или сочувствия к другим людям, жалости к ним, желания помочь.
- Персональный дистресс (Personal Distress) отражает чувства тревоги, дискомфорта, вызванные восприятием эмоционального состояния другого человека.

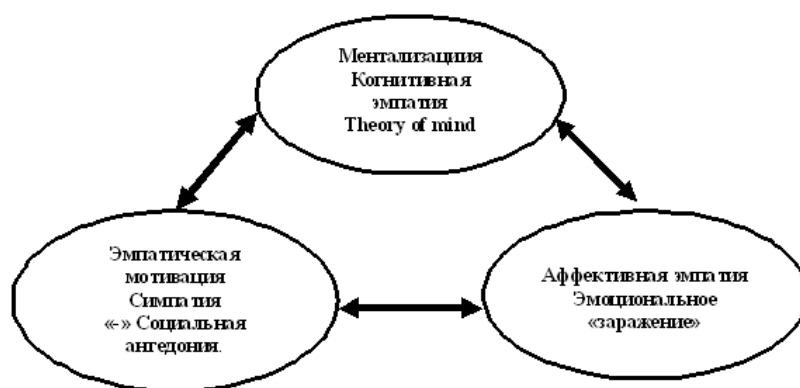


Рис. 1.2. Трехкомпонентная модель эмпатии [Zaki, Ochsner, 2012]

В контексте изучения эмпатии следует упомянуть также понятие «**алекситимия**» — *концепт, противоположный по смыслу представлению о развитой способности к СП*. Алекситимия выражается в склонности фиксировать внимание на внешних деталях и в дефицитности средств для описания внутренней жизни [см. подробнее: Гаранян, Холмогорова, 2003]. При алекситимии также имеют место коммуникативные затруднения, сниженная способность к эмпатии и спонтанности, бедная мимическая экспрессия, что позволяет считать концепцию алекситимии негативным прообразом современных концепций эмпатии, социального и эмоционального интеллекта. В одном из исследований была выявлена сложная связь алекситимии со способностью к когнитивной и эмоциональной эмпатии: оказалось, что высокий уровень алекситимии не препятствует когнитивной эмпатии в форме способности к децентрации, но отрицательно связан со спо-

способностью к эмоциональному отклику или к эмоциональной эмпатии [Москачева с соавт., 2014].

Представляется, что все сказанное свидетельствует о необходимости выделения в качестве важного компонента способности к эмпатии — **мотивационного компонента** (то, что во многих современных работах по исследованию СП называется термином «симпатия»), который существует в форме направленности на кооперацию и помощь другим людям в трудных для них ситуациях — то, что М. Томаселло назвал **социальной мотивацией — основой способности к кооперации**. Будучи эволюционным антропологом, М. Томаселло, конечно же, ищет обоснования закреплению такого рода способности в процессе эволюции вида *homo sapiens* и его явному преимуществу перед приматами и другими гоминидами. Поэтому он задается следующими вопросами: «...мы должны объяснить, почему человек-реципиент с готовностью уступает просьбам коммуниканта о помощи, и почему коммуникант с готовностью предоставляет помощь реципиенту, безвозмездно предоставляя информацию, которая пойдет тому на пользу. Почему особи, совершающие подобные альтруистические поступки, оставляют больше потомства?» [Томаселло, 2011; Tomasello, 2014].

Не имея неопровержимых доказательств своей теории, М. Томаселло выражает уверенность, что его эволюционная гипотеза не является очередной мифологией, «поскольку общая базовая структура совместных намерений, лежащая в основе как совместной деятельности, так и коммуникативной активности современного человека, несет на себе отчетливую печать их общего эволюционного происхождения. ...Человеческие навыки речевой коммуникации надстраиваются над этим уже заложенным в ходе эволюции базисом кооперативной коммуникации, наделяя человека предельно гибкой, ничем не ограниченной и самой мощной формой коммуникации на планете» [там же].

Предрасположенность человека к сотрудничеству, как основа эволюции и прогресса вида, дискутируется в философской и антропологической литературе. В этой связи интересно обратиться к статье «Родословная альтруизма» одного из известных российских генетиков В.П. Эфроимсона, опубликованной в журнале «Новый мир» в 1971 г., когда гонения на генетику в СССР уже ушли в историю [Эфроимсон, 1971]. В статье, написанной для широкой публики, приводятся многочисленные аргументы ученого в пользу существования генетической

предрасположенности к альтруизму, как результату естественного отбора в ходе антропогенеза. Не игнорируя многочисленные страшные страницы человеческой истории, автор настаивает на той же идее, что и М. Томаселло, — на идее предрасположенности к кооперативной коммуникации как специфики человеческого вида: «Из этического наследия человека, из арсенала его наследственных норм реакции в каждую историческую эпоху реализуется далеко не все. Для пробуждения, реализации этих общечеловеческих эмоций ... , конечно, требуется воспитание. ... В разные исторические периоды реализуется не весь наследственный этический код, а лишь та его часть, которая соответствует социальным условиям эпохи. Некоторые элементы этического наследия временно перестают проявляться из-за перерыва в передаче необходимых традиций, другие, наоборот, усиливаются, гипертрофируются. Но подспудное существование наследственного кода этических эмоций трудно оспаривать» [там же].

Направленности на помощь и кооперацию может противостоять **негативная социальная мотивация**. В области исследования психических расстройств все больше внимания уделяется **социальной тревожности** [см. также раздел 1.2] и **социальной ангедонии**, как важным характеристикам и предикторам неблагоприятного течения психических расстройств [Гаранян, 1986; Крылов, 2011; Курек, 1998; Степанов, 2004]. В последнее время эти конструкты все чаще упоминаются в контексте исследований социального познания [Рычкова, 2013; Рычкова, Холмогорова, 2013; Холмогорова, Минакова, 2014; Холмогорова, Рычкова, 2016]. В зарубежных работах последних лет предлагается трактовка ангедонии как сложного феномена, в котором можно выделить первичную гипогедонию — как предрасположенность, основанную на генетическом факторе и порождающую шизотипию. Как считает один из пионеров изучения роли ангедонии в течении психических расстройств Р. Mehl, первичная гипогедония может стать базисом для развития вторичной гипогедонии — результата неудачного опыта взаимоотношений личности с жизнью в целом, которая, в сочетании с неблагоприятными социальными воздействиями, может приводить к манифестации шизофрении [Meehl, 2001].

Указывая на сложность разделения первичной и вторичной гипогедонии, автор модели Р.Е. Meehl склоняется к признанию ключевой роли искаженного социального опыта в духе концепции «отказа» от жизни или «разочарования» в жизни (given up on life) Г.С. Салливена [там же]. Предполагаемая связь ангедонии и развития СП уже под-

вергалась эмпирической проверке на примере изучения шизофрении [Рычкова, 2013; Рычкова, Холмогорова, 2013; Холмогорова, Минакова, 2014; Холмогорова, Рычкова, 2016]. В целом, концепт «социальная ангедония» хорошо описывает психологические механизмы дефицитарности развития СП. Человек с вторичной ангедонией все больше сокращает свое участие в социальных событиях и отношениях из-за роста социальной отчужденности, что порождает *кольцевую закономерность: ангедония фиксирует отчужденность и социальный неуспех, а они, в свою очередь, подкрепляют ангедонию* [Рычкова, Холмогорова, 2016; Холмогорова, Рычкова, 2016].

Как было неоднократно показано в разных работах, традиция Московской школы клинической психологии была сфокусирована на изучении связи нарушений мышления и поведения с мотивационными характеристиками больных с различными психическими расстройствами [Зейгарник, 1986; Зейгарник, Холмогорова, 1985; Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989; Критская, Мелешко, Поляков, 1991; Курек, 1998; Николаева, 1997; Соколова, 1976; Холмогорова, 1983а,б и др.]. Поэтому представляется важным включение в исследования СП в качестве отдельного домена социальной мотивации личности, с особым акцентом на изучение роли социальной ангедонии и социальной тревожности, как задающих вектор избегания социальных контактов — вектор направленности «от людей».

При этом социальную мотивацию и ее нарушения следует рассматривать как достаточно сложную по своей структуре и выраженности, способную колебаться от отсутствия удовольствия в контакте с людьми до уровня социальной фобии, панического страха отвержения и оценки. Два конструкта, образующих негативную социальную мотивацию, — ангедония и социальная тревожность — несомненно, связаны между собой, и связь эта должна стать предметом специального исследования.

Подводя итог рассмотрению разных моделей СП, можно констатировать, что столь явные противоречия в данных и позициях разных ученых требуют дальнейших исследований, направленных на прояснение связи между способностями к ментализации и эмпатии, а также социальной мотивацией. Представим в виде таблицы (см. табл. 1.1) систему основных понятий и различий в рамках наиболее влиятельных направлений и связанных с ними традиций изучения социального познания, которые во многом накладываются друг на друга, тем самым создавая определенную путаницу. На наш взгляд, к таким

наиболее влиятельным относятся три направления исследований: 1) на основе модели ТоМ; 2) опирающиеся на понятие «ментализация»; 3) ставящие во главу угла понятие «эмпатия».

Из табл. 1.1 видно, что компоненты процесса социального познания, которые исследователи пытаются встроить в качестве составляющих в свои модели, повторяются и пересекаются в этих моделях, что делает их соотнесение между собой довольно сложным. Современные концепции эмпатии стремятся охватить и дифференцировать не только собственно эмоциональный аспект СП (эмоциональное вчувствование, т.е. разделение чувств другого — сочувствие), но и мотивационные аспекты (не просто эмоциональный отклик, но и стремление помочь — симпатию), а также ее когнитивные аспекты (когнитивная эмпатия, подразумевающая способность к децентрации или смене позиции).

Тем не менее, как было показано выше, общность способностей к вчувствованию и к ментализации сейчас подвергается сомнению в ряде теоретических гипотез и эмпирических исследований. *Потребность в «разведении» эмоциональной и когнитивной сторон социального познания приводит к тому, что в исследованиях все чаще используются термины «эмпатия» и «ментализация» как дополняющие друг друга, а в ментализации, в свою очередь, выделяются имплицитная и эксплицитная формы. В дальнейшем при описании планирования и результатов эмпирических исследований в главах 2–4 мы также будем опираться на эти различия.*

Таблица 1.1. Основные модели изучения процессов социального познания

Эмпатия		ТоМ		Ментализация	
Эмоциональная		Когнитивная	Имплицитная	Эксплицитная	Имплицитная
Сочувствие	Сопереживание (симпатия)	Ментализация	Симультанная	Рефлексивные функции	
					Симультанная

Следует еще раз подчеркнуть, что данные о степени нарушения СП при том или ином расстройстве имеют важное практическое значение, и их необходимо учитывать в процессе реабилитации больных психическими расстройствами [Гурович с соавт., 2003; Незнанов, Петрова, 2001].

1.6. Теоретические и методические основы эмпирического исследования нарушений социального познания при психической патологии

Многофакторная комплексная модель социального познания, основанная на культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского

Рассмотрим перспективы разработки модели СП, основанной на положениях культурно-исторической теории Л.С. Выготского (см подробнее разделы 1.3–1.4). Начало этой работе было положено в исследованиях нарушений социального интеллекта у больных шизофренией [Рычкова, 2013; Рычкова, Холмогорова, 2012а,б, 2013;]. В данном проекте происходит ее дальнейшее развитие и уточнение [Холмогорова, Минакова, 2014; Холмогорова, Рычкова, 2016; Холмогорова, 2014, 2016а,б].

Модель включает: 1) **мотивационный компонент**, в соответствии с принципом единства аффекта и интеллекта; 2) **рефлексивный компонент**, в соответствии с положением об осознанном характере высших психических функций; а также **операциональный** (3) и **поведенческий** (4) компоненты, которые, в соответствии с положениями о культурно-опосредованном и инструментальном характере человеческой психики, включают внутренние, интериоризированные в результате освоения накопленных в культуре средств, способы (навыки, стратегии) осуществления процессов социального познания.

Развивая эту модель на основе положения Л.С. Выготского о натуральных и высших психических функциях, можно представить структуру СП как сложной высшей психической функции, компоненты которой иерархически связаны между собой и относятся к двум уровням: 1) **высшему – регуляторному**, объединяющему мотивационный и рефлексивный компоненты; 2) **соподчиненному исполнительному**, которому соответствуют операциональный и поведенческий компоненты. В этой модели интегрированы пионерские отечественные разработки 1980-х гг., основанные на идеях о нарушениях мотивационного компонента, смысловой и рефлексивной регуляции,

а также общей коммуникативной направленности мышления у больных шизофренией [Зарецкий, Холмогорова, 1983; Зейгарник, Холмогорова, 1985; Зейгарник, Холмогорова, Мазур, 1989; Критская, Мелешко, Поляков, 1991; Холмогорова, 1983а,б].

Остановимся подробнее на каждом из перечисленных четырех компонентов.

- 1. Мотивационный компонент раскрывается в данной модели как направленность личности на других людей или же, напротив, игнорирование социальных контактов вплоть до стремления избежать контактов с другими.** При этом потребность в таких контактах может редуцироваться, а может оставаться достаточно острой, в таких случаях за поведенческим избеганием стоит страх отвержения. Фактически мотивационный компонент СП близок по смыслу к понятию мотивов аффилиации. Структура мотивации общения в одной из наиболее известных ее моделей [Mehrabian, Ksionzky, 1974] включает два устойчивых мотива личности: аффилятивную тенденцию (стремление к принятию и контактам с разными людьми, как близкими, так и малознакомыми) и чувствительность индивида к отвержению другими (страх отвержения). Когда оба мотива выражены достаточно сильно, говорят о конфликте мотивов аффилиации. Под стремлением к принятию в данном случае понимается потребность в других людях, предпочтение общества людям другим видам активности, а также склонность опираться на других людей при решении сложных жизненных ситуаций — т.е. переживания и поведение, противоположные феномену ангедонии. Можно также говорить об эмпатической заботе или симпатии — сочувствии к другим в сочетании со стремлением помочь им в сложных жизненных ситуациях. Для нас особый интерес представляет страх отвержения, который непосредственным образом связан с социальной тревожностью, уровень которой, по данным эпидемиологических исследований, неуклонно растет. Выраженный страх социальной оценки и высокий уровень социального дистресса (дискомфорта в контактах), а также социальная ангедония (отсутствие удовольствия от общения) составляют вместе то, что в рамках данной модели мы обозначаем как **негативная социальная мотивация общения.**
- 2. Рефлексивный компонент СП тесно связан с осознанностью и произвольной регуляцией процессов социального позна-**

ния, его аналогом в других моделях СП является понятие «**эксплицитная ментализация**». Его исследование позволяет оценить способность развернуть и сделать осознанным, целенаправленно построить процесс ментализации или свою поведенческую стратегию в контактах с другими, а также оценить их эффективность, как способов социального познания, и принять решение об их перестройке в случае необходимости. Важным механизмом рефлексии является **способность к децентрации и к учету позиции другого человека**, предполагающее умение взглянуть на ситуацию глазами другого.

3. **Операциональный компонент соответствует имплицитной ментализации и отражает все свернутые и автоматизированные навыки оценки, интерпретации и принятия решений в социальных ситуациях, способность к пониманию и распознаванию эмоционального, интеллектуального и физического состояния другого человека.** Следует подчеркнуть, что процессы ментализации могут происходить как на операциональном, так и на рефлексивном, осознанном уровне. Чем лучше развиты процессы социального познания, тем шире возможности его осознанной рефлексивной регуляции у индивида.
4. **Поведенческий компонент включает, прежде всего, устойчивые стратегии переработки информации и внешнего поведения, которые могут быть более или менее осознаны и подвержены регуляции.** Специфика поведенческого компонента заключается в преимущественно используемых стратегиях поведения в социальных контактах. Среди них, например, **социальное избегание, социальные сравнения, социальная агрессия** и т.д.

Из перечисленных выше стратегий поведения в контексте данного исследования особенно важной для нас является **стратегия социального избегания** — ухода от общения и близости с людьми, что может приводить к дефицитарности СП. Однако, в свете ряда тенденций современной культуры, у специалистов растет интерес к такой стратегии социального поведения, как **социальные сравнения**, под которыми понимается склонность соотносить себя по разным параметрам (свои мнения, способности, внешность и т.д.) с другими людьми [Самойленко, 2010; Гаранян, 2015]. С одной стороны — это вполне естественная человеческая потребность, которая способствует децентрации, учету позиции других людей и лучшему пониманию себя, что является

важнейшим механизмом рефлексии⁷. С другой стороны — эта вполне естественная склонность может гипертрофироваться и при искаженной мотивации, связанной с потребностью в регуляции хрупкого чувства самоуважения, приводить человека к режиму жизни в постоянных сравнениях себя с другими, причем преимущественно в невыгодном для себя свете, с ориентацией на полюс самых успешных. Этот феномен оказался характерным для многих пациентов, страдающих депрессией, и получил название «жизнь в режиме сравнения» [Холмогорова, Гаранян, 2004]. Он был рассмотрен как важный механизм депрессии и один из компонентов, входящих в структуру перфекционизма [Гаранян, Холмогорова, Юдеева, 2004]. В обширном эмпирическом исследовании была показана тесная связь склонности к частым социальным сравнениям с уровнем дистресса в интерперсональных отношениях, симптомами депрессии и тревоги [Гаранян, Шукин, 2014].

Важно отметить, что за направленностью социальных сравнений стоит прежде всего социальная мотивация личности — ориентация на социальные достижения и успех, конкуренцию с другими или же — обретение чувства собственной идентичности, лучшего понимания себя в процессе сравнения и сопоставления своих вкусов, интересов, результатов деятельности с другими людьми, т.е. рефлексия. Стратегия социальных сравнений в современных условиях информационной революции особенно стимулируется общением в социальных сетях, где происходит много обмена информацией, и люди, как правило, стремятся представить себя в самом выгодном свете, создавая почву для невыгодных социальных сравнений у тех, кто принимает внешний глянец за сверхблагополучие и сверхдостижения [Гаранян, 2015; Гаранян, Шукин, 2014]. Изучение влияния этой стратегии на процессы СП является актуальным и важным в контексте модели СП, построенной на основе идей культурно-исторической психологии, придающей особое значение роли культуры в психическом функционировании.

Положение о роли культуры в широком смысле и ее специфики в разные исторические периоды, конкретизированное Л.С. Выготским в понятии социальной ситуации развития, предполагает рассмотрение системы социальных факторов влияния, определяющих на основе механизмов интериоризации развитие личности и систему ее отношений с миром. Разработанная на основе положений культурно-и-

⁷ Напомним, что один из ведущих исследователей рефлексии Н.Г. Алексеев считал, что основным механизмом рефлексии является способность к установлению отношений (см. раздел 1.4).

сторической концепции многофакторная психо-социальная модель расстройств аффективного спектра [Гаранян, 2010; Холмогорова, Гаранян, 1998; Холмогорова, 2011] может быть положена в основу исследования факторов, обуславливающих нарушения СП. Модель включает четыре уровня — **макросоциальный, семейный, личный и интерперсональный**, на каждом из которых можно выделить ряд факторов, оказывающих влияние на процессы СП и его нарушения.

1. **Макросоциальный уровень** включает такие факторы, как культурные нормы и ценности, правила и способы взаимодействия и т.п. На современном историческом отрезке огромную роль в процессах СП начинают играть такие технические средства, как Интернет и мобильная связь, когда коммуникация между людьми начинает все больше перемещаться в блоги, сайты и социальные сети. Встает вопрос, как отразится сокращение непосредственного общения face to face на натуральной функции социального познания в форме привязанности, а также на трансляции инструментов социального познания при развитии высшего, регуляторного уровня социального познания (на мотивации общения и рефлексии).
2. **Семейный уровень** включает такие факторы, как тип привязанности, по Дж. Боулби, характер семейных коммуникаций, правила, регулирующие стиль коммуникаций в семье, степень внимания в семье к психической и эмоциональной жизни ее членов, возможность метакоммуникации или обсуждения своей эмоциональной и психической жизни и т.д. На современном историческом отрезке можно констатировать сокращение времени, проводимого совместно в живом контакте членами семьи, что тоже во многом связано с распространением технических средств связи, а также с ослаблением связей между поколениями в семье. Это может приводить к трудностям в компенсации различных форм врожденной биологической уязвимости к психической патологии. Так, некоторые исследователи склонны связывать эпидемиологическую тенденцию к росту нарушений аутистического спектра с сокращением времени непосредственного контакта взрослого с ребенком и все большим использованием различных гаджетов с целью занять и успокоить ребенка, что в случае врожденной уязвимости сокращает компенсаторные возможности среды и может приводить к повышенному риску нарушений развития [Белоусова, 2015].

Также в недавнем исследовании большой выборки подростков было показано, что интенсивное общение в социальных сетях и предпочтение виртуального общения непосредственному контакту связано с повышением уровня социальной тревожности [Холмогорова с соавт., 2015].

3. **Индивидуально-личностный уровень** включает такие факторы, как личностные черты и убеждения, определяющие мотивацию и стиль взаимодействия, уровень развития эмоциональной сферы и когнитивной сферы в целом. К этому уровню относятся также устойчивые характеристики когнитивной сферы, которые могут оказывать влияние на процессы социального познания (такие, например, как **общий интеллект, вербальный интеллект, выраженность алекситимических черт**).
4. **Интерперсональный уровень** включает такие факторы, как широта и качество социальных связей человека, обеспечивающих социальную поддержку, включая инструментальную и эмоциональную, частоту и глубину контактов с другими людьми и т.п. Одним из следствий технического прогресса стало сокращение живого общения при росте возможностей не прямой коммуникации и времени, проводимом в не прямом контакте, что с необходимостью оказывает влияние на широту и качество социальных контактов — факт, уже привлекающий внимание исследователей.

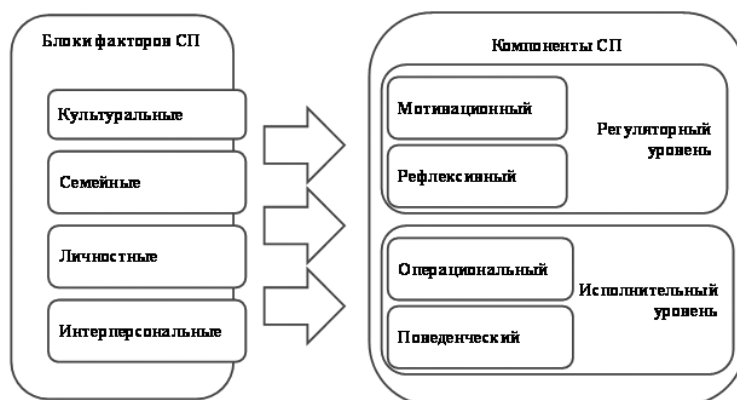


Рис. 1.3. Многофакторная комплексная модель социального познания, основанная на культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского

На рис. 1.3. представлена комплексная многофакторная модель социального познания, основанная на культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского.

Описанная многофакторная комплексная модель СП нуждается в дальнейшей разработке, направленной на преодоление редуционистских биологических подходов и обоснование ведущей роли культуры в процессах СП, на основе комплексного изучения различных психосоциальных факторов и компонентов СП.

Цель, гипотезы, задачи и методический комплекс эмпирического исследования нарушений социального познания при психической патологии

Основной целью исследования стала сравнительная оценка способности к ментализации и эмпатии у разных групп пациентов, относящихся к двум основным спектрам психической патологии — шизофреническому и аффективному (больные шизофренией, с шизоаффективным расстройством, биполярным аффективным расстройством, а также с депрессивными и тревожными расстройствами). *Главный акцент в данной монографии сделан на изучение особенностей СП при биполярном и шизоаффективном расстройствах, как наименее изученных и находящихся на границе двух основных спектров психической патологии.* Была также поставлена задача интерпретации полученных результатов с позиций модели спектра и многофакторной комплексной модели СП.

Для достижения поставленной цели был выдвинут ряд задач и гипотез.

- Была поставлена задача изучения континуума расстройств, и в соответствии с ней предполагалось, что способность к ментализации и эмпатии будет возрастать от наиболее тяжелых расстройств, относящихся к шизофреническому спектру, к более благоприятным типам расстройств, относящихся к аффективному спектру. При этом ожидалось, что шизоаффективное и биполярное расстройства будут находиться на стыке этих двух спектров, демонстрируя промежуточные по значению показатели способности к социальному познанию.
- В соответствии с задачей учета мотивационного компонента СП в методический комплекс были введены методики, позволяющие оценить уровень негативной социальной мотивации.

Предполагалось, что показатели СП и выраженности негативной социальной мотивации будут отрицательно связаны между собой. В этот блок была также включена методика, тестирующая уровень алекситимии, как индивидуально-личностный фактор, отражающий снижение направленности на ментальные состояния других людей и свое собственное, что, в свою очередь, тесно связано с нарушениями СП.

- Была поставлена также задача учета тяжести психопатологической симптоматики, в соответствии с которой в методический комплекс были включены методики оценки выраженности различных психопатологических симптомов. Была выдвинута гипотеза о связи некоторых психопатологических симптомов (например, таких как враждебность) с нарушениями социального познания в форме способности к ментализации и эмпатии.

В соответствии с задачами и гипотезами исследования были сформированы следующие блоки методик.

Первый блок методик: методики оценки выраженности психопатологической симптоматики

- 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.

Второй блок: методики, тестирующие способности к социальному познанию (ментализации и эмпатии).

Для исследования способности к ментализации была выбрана одна из наиболее известных методик для оценки имплицитной ментализации «**Чтение психического состояния по глазам**» — *The Reading the Mind In the Eyes* [Baron-Cohen et al., 2001]. Краткое название — *тест «Глаза»*.

Известно, что одним из базовых навыков ментализации является способность к определению психического состояния 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 и депрессией, с помощью наборов фотографий с изображениями разных эмоциональных и эмоционально нейтральных психологических состояний [Гаранян, 1986; Мошонская, Щелкова, 2011; Поляков, Курек, 1985; Рычкова, 2013 и др.].

Однако в данном тесте задача усложнялась по сравнению с традиционными тестами такого рода, основанными на предъявлении фотографий человеческих лиц с разными выражениями. В описываемой методике на фотографии были изображены только глаза и небольшое пространство вокруг них. Еще одним существенным отличием от традиционных методик, направленных на диагностику способности к распознаванию эмоций, было стремление авторов теста максимально нейтрализовать фактор интеллекта, особенно вербального. Для этого для каждой карточки предлагается 4 варианта ответов, только один из которых 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» словом, что придает тесту дополнительную сложность.

Испытуемому дается инструкция выбрать именно тот ответ, который наиболее соответствует психическому состоянию, отраженному на фотографии. Третье отличие от традиционных методик заключалось в том, что помимо эмоциональных состояний, в тесте были использованы и эмоционально нейтральные изображения.

Первоначально тест был разработан для диагностики способности к ментализации у взрослых с синдромом аутизма (версия включала 36 карточек), однако затем он стал широко использоваться в исследованиях способности к ментализации у больных разных клинических групп. Карточки с переводом английских слов, обозначающих различные оттенки эмоциональных и нейтральных психиче-

ских состояний (русскоязычный вариант теста), были заимствованы на сайте Кембриджского центра исследований аутизма (http://www.autismresearchcentre.com/arc_tests).

Опишем подробнее проведенную его автором процедуру валидации теста [Baron-Cohan et al., 2001], а затем процедуру его валидации в российской выборке [Холмогорова с соавт., 2015].

Разработка оригинальной версии теста складывалась из нескольких этапов [Baron-Cohan et al., 2001]. На первом этапе создания теста профессиональным актерам мужского и женского пола было предложено изобразить соответствующее психическое состояние, и 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. 1.4 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, 2014]. 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 данных, 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, т. к. 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. 1.4. Пример карточки из набора к тесту «Глаза»

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 (см. табл. 1.2 — в таблице сохранена нумерация карточек оригинального варианта методики).

Таблица 1.2. 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

Номер изображения	Правильный ответ (экспертный ключ)	Неправильный ответ № 1	Неправильный ответ № 2	Неправильный ответ № 3
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 табл. 1.2, в трех карточках (6, 10, 14) выборы какого-либо 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 лет (данные представлены в табл. 1.3).

Таблица 1.3. 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 2×3 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.

Соотнося направленность данной методики с многофакторной комплексной моделью социального познания, можно сказать, что она тестирует **операциональный компонент** или исполнительный уровень процесса социального познания, т. к. задание направлено на быструю, симультанную оценку психического состояния другого и не предполагает развернутого осознанного процесса рефлексии: взгляда на ситуацию с позиции другого человека и обдумывание наиболее эффективного способа взаимодействия с ним. В понятийном аппарате современных концепций социального познания эта методика тестирует **имплицитную ТоМ или имплицитную ментализацию**.

Для исследования способности к эмпатии была выбрана методика, также получившая широкое распространение, которая представляет собой опросник (т.е. испытуемый отвечает на разные вопросы, тестирующие эмпатическую способность, оценивая особенности своего поведения и эмоционального реагирования в той или иной ситуации) — **Опросник «Индекс межличностной реактивности» — Interpersonal Reactivity Index (IRI)**, разработанный М. Davis [1983], адаптированный Т.Д. Карягиной, Н.А. Будаговской, С.В. Дубровской [2013]. Опросник состоит из 28 пунктов, сгруппированных в 4 подшкалы:

- децентрация (Perspective Taking, или умение воспринимать как-либо события и явления с точки зрения другого человека, с учетом его мыслей и чувств);
- фантазия (Fantasy, или умение сопереживать и понимать поступки и намерения героев литературы и искусства, воображая себя на их месте);
- эмпатическая забота (Empathic Concern, или способность сочувствовать, а также желание и способность помогать другому);
- эмпатический дистресс (Personal Distress, или чувства дискомфорта, возникающие в напряженном межличностном взаимодействии и при наблюдении переживаний других людей).

Методика дает возможность тестировать как **рефлексивный компонент** СП на основе самооценки испытуемыми своей способности встать на место другого человека (подшкала «децентрация»), так и **мотивационный компонент** на основе оценки выраженности направленности на другого человека и на поддержку его в трудной ситуации (подшкала «эмпатическая забота»). **В опроснике соединены когнитивный и эмоциональный компоненты эмпатии**, степень связи между которыми широко дискутируется в современной литературе по СП [Kanske, 2016].

Третий блок: методики исследования социальной мотивации и стратегий поведения в социальных ситуациях.

Для оценки социальной мотивации (**мотивационный компонент СП**) — направленности на общение с людьми и способности получать удовольствие от него, общей ориентации на психическую и эмоциональную сферу, а также выраженности таких поведенческих стратегий, как избегание и ориентация на сравнение себя с другими людьми (**поведенческий компонент СП**), использовались следующие методики:

- **Краткая шкала страха негативной социальной оценки — Brief Fear of Negative Evaluation scale — BFNE**, разработанная M.R. Leary [1983], находится в процессе валидации в русскоязычной выборке. Методика предназначена для измерения уровня тревоги, связанной с ожиданием негативной оценки в ситуациях социального взаимодействия, состоит из 12 пунктов.
- **Шкала социального избегания и дистресса — Social avoidance and distress scale — SADS**, разработанная D. Watson, R. Friend, [1969], адаптированная В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой [2011]. Методика предназначена для измерения выраженности субъективного дискомфорта, связанного с различными социальными ситуациями и склонности избегать ситуаций контакта с другими людьми, состоит из 28 пунктов, сгруппированных в 2 подшкалы: социальный дистресс и социальное избегание.
- **Шкала социальной ангедонии — Revised social anhedonia scale (RSAS)**, разработанная Eckblad et al., [1982], адаптированная О.В. Рычковой, А.Б. Холмогоровой [2016]. Методика предназначена для оценки степени снижения удовольствия от общения с другими людьми, прежде всего друзьями, от эмоционального контакта с ними и от выполнения совместной деятельности, состоит из 40 пунктов.
- **Торонтская шкала алекситимии — Toronto Alexithymia Scale (TAS-20)** [Bagby, 1993; адаптация Е.Г. Старостиной, Г. Тэйлор, А.Е. Боброва, 2012], представляющая собой метод измерения алекситимии, основанный на самоотчете испытуемого. Состоит из 20 пунктов, баллы по которым позволяют измерить следующие параметры алекситимии: трудности идентификации собственных чувств и разведение их с телесными ощущениями, трудности описания чувств, внешне-ориентированное мышление.

- **Шкала ориентации на социальные сравнения — The Iowa-Netherlands Comparison Orientation Measure (INCOM)**, [Gibbons, Buunk, 1999; адаптация Н.Г. Гаранян, 2016], измеряющая склонность человека сравнивать себя с другими людьми. Опросник состоит из 11 пунктов и содержит две подшкалы — ориентация на сравнение способностей (7 пунктов) и сравнение мнений (4 пункта). Шкала была апробирована в США, Нидерландах и Германии. Процедура апробации и валидизации методики в российской популяции была проведена на студентах вузов [Гаранян, Пушкина, 2016]. Процедура факторного анализа подтвердила двухфакторную структуру русскоязычного варианта опросника.

Характеристика обследованной выборки

В общей сложности было обследовано **199 пациентов с расстройствами шизофренического и аффективного спектров** (мужчин — 98, женщин — 104, средний возраст — $33,5 \pm 10,1$ лет), диагностированных врачами-психиатрами на основе критериев международной классификации психических расстройств десятого пересмотра МКБ-10.

Из них **52 пациента с диагнозом тревожных и депрессивных расстройств** (мужчин — 11, женщин — 41, средний возраст — $33,4 \pm 11,8$ лет), в том числе 27 пациентов с тревожными расстройствами (расстройства адаптации — F43.2, соматоформные расстройства — F45, другие тревожные расстройства — F41) и 25 пациентов с депрессивными расстройствами разной степени тяжести без психотических симптомов — F32, F33. У пациентов этой группы выявлялись разнообразные депрессивные, тревожно-фобические и психовегетативные синдромы. Средняя длительность заболевания — $4,7 \pm 7,4$ лет.

В исследование были включены **25 пациентов с диагнозом биполярное аффективное расстройство (БАР) — F31** — текущий эпизод депрессии разной степени тяжести без психотических симптомов (мужчин — 7, женщин — 18, средний возраст — $33,5 \pm 7,3$ лет). Эпизоды характеризовались наличием у пациентов симптоматики меланхолических, тревожных, апатических и дисфорических депрессивных синдромов. Средняя длительность заболевания — $8,8 \pm 6,6$ лет.

Также в исследование вошли **35 пациентов с шизоаффективным расстройством (ШАР) — F25** (мужчин — 20, женщин — 15, средний возраст $30,7 \pm 8,9$ лет). Во время психотического эпизода со-

стояние больных в этой 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. Средняя длительность заболевания — $7,0 \pm 6,0$ лет.

В исследование были включены **87 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения — F20.0** (мужчин — 59, женщин — 28, средний возраст — $34,8 \pm 10,0$ 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. Средняя длительность заболевания — $10,7 \pm 8,5$ лет.

Все пациенты с расстройствами шизофренического и аффективного спектров на момент обследования находились в стационаре, их состояние квалифицировалось как стадия становления ремиссии.

Также была обследована **группа здоровых испытуемых, отобранная из популяционной группы никогда не обращавшихся за психиатрической помощью, в количестве 79 человек** (мужчин — 31, женщин — 48, средний возраст — $33,2 \pm 7,1$ лет) на основе предварительного обследования с помощью самооценочных шкал психопатологической симптоматики «Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HAD)S» и «Опросник выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R)».

Группы значимо не различались между собой по возрасту. В группах больных шизофренией и с ШАР преобладали мужчины, в группах больных с тревожными и депрессивными расстройствами, БАР и нормы — женщины.

Выводы

1. В исследованиях психической патологии все большее влияние приобретает парадигма СП, которая сначала стала основой инновационных проектов по изучению шизофрении, но постепенно ее исключительное влияние охватило широкий спектр психической патологии. Влияние парадигмы СП тесно связано с

интересом исследователей к возникшей в 1990-х гг. гипотезе так называемого «социального мозга».

2. Новые революционные данные относительно общей генетической природы основных психических расстройств привели к обострению интереса к моделям спектра, которые известны давно, но стали предметом особенно активного обсуждения в последнее десятилетие. В контексте моделей спектра следует констатировать неуклонный рост числа работ, направленных на сравнение степени и характера нарушений СП в зависимости от тяжести расстройства и его положения в спектральном континууме с доминированием поиска нейроанатомических нарушений и недооценкой психо-социальных факторов.
3. На современном этапе в изучении развития СП и его нарушений столкнулись две научные парадигмы — эволюционно-биологическая и культурно-историческая. Климат в современной науке во многом определяет первая парадигма, в рамках которой подчеркивается генетическая общность человека с другими приматами, и выдвинута гипотеза «социального мозга», как основы социального познания, возникшей в процессе эволюции у приматов. Сторонники второй парадигмы подчеркивают уникальность эволюции человека и процессов его СП, в которых ведущая роль принадлежит культурной трансляции опыта.
4. Сторонники культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского доказывают, что прямая аналогия между процессами в нервной системе и социальными когнициями методологически ошибочна, а социальный мозг — это лишь одно из условий взросления и вместе с ним становления процессов СП. Центральным же механизмом развития СП являются трансляция культурных средств саморегуляции, развитие рефлексивных способностей.
5. Современные исследования СП основаны на разных моделях, в которых выделяются разные составляющие и компоненты СП. К наиболее влиятельным относятся исследования на основе модели ТоМ, а также исследования способности к ментализации и эмпатии. Наиболее слабым звеном рассмотренных моделей и основанных на них методов является недостаточный учет мотивационной составляющей СП, важность которой обосновывается в ряде исследований отечественных специалистов. В разра-

ботанной на основе ряда положений культурно-исторической теории развития психики многофакторной комплексной модели СП делается особый акцент на роли социальной мотивации в развитии СП.

Библиография

Алексеев Н.Г. Проектирование условий развития рефлексивного мышления: автореф. ...дисс. док. наук. М., 2002. 45 с.

Басова А. Г. Понятие эмпатии в отечественной и зарубежной психологии // Молодой ученый. 2012. № 8. С. 254–256.

Бахтин М.М. Проблемы поэтики Достоевского. Киев, 1994. 511 с.

Бейтман Э., Фонаги П. Лечение пограничного расстройства личности с опорой на ментализацию: практическое пособие. М.: Институт Общегуманитарных Исследований, 2014. 248 с.

Белоусова М.В. Вызовы техногенной эпохи раннему детству // Диалог: психологический и социально-психологический журнал. 2015. № 1. С.10–16.

Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М.: Изд-во Академии педагогических наук, 1960. 130 с.

Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т. 2. Мышление и речь. М.: Педагогика, 1982а. С. 5–301.

Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т. 3. Орудие и знак в развитии ребенка. М.: Педагогика, 1982б. С. 291–436.

Выготский Л. С. Принципы социального воспитания глухонемых детей // Собр. соч.: в 6 т. / Под ред. А.М. Матюшкина. М., 1983. Т. 5. С.101–114.

Выготский Л. С. Проблема высших интеллектуальных функций в системе психотехнического исследования // Культурно-историческая психология. 2007. № 3. С. 105–111.

Гаврилова Т.П. Экспериментальное изучение эмпатии у детей младшего и среднего школьного возраста // Вопросы психологии. 1974. № 5. С. 107–114.

Гаранян Н.Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1986. 23 с.

Гаранян Н.Г. Теория социального сравнения в клинической психологии // Психологический журнал РАН. 2015. Т. 36. № 4. С. 23–36.

Гаранян Н.Г. Проверка валидности, надежности и возможностей использования методики «Шкала ориентации на социальные сравнения Iowa-Netherlands (The Iowa-Netherlands Comparison Orientation Measure, INCOM)» в российской популяции юношеского возраста. М., 2016. 67 с.

Гаранян Н.Г., Пушкина Е.С. Проверка валидности и надежности русскоязычной версии методики «Шкала ориентации на социальные сравнения Iowa-Netherlands» в выборке студентов // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 2. С. 64–92.

Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Концепция алекситимии // Социальная и клиническая психиатрия. 2003. Т.1. С. 128–145.

Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Юдеева Т.Ю. Перфекционизм, депрессия, тревога // Московский психотерапевтический журнал. 2001. № 4. С. 18–48.

Гаранян Н.Г., Шукин Д.А. Частые социальные сравнения как фактор эмоциональной дезадаптации студентов // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 182–206.

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика, 2004. 492 с.

Дробижев М.Ю. Нейрональная пластичность — новая мишень в терапии депрессии. М.: НЦПЗ РАМН, 1993. 24 с.

Зарецкий В.К. Зона ближайшего развития: о чем не успел написать Выготский... // Культурно-историческая психология. 2007. № 3. С. 96–104.

Зарецкий В.К. Эвристический потенциал понятия «зона ближайшего развития» // Вопросы психологии. 2008. № 6. С. 13–26.

Зарецкий В.К. Становление и сущность рефлексивно-деятельностного подхода в оказании консультативной психолого-педагогической помощи // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 2. С. 8–37.

Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Смысловая регуляция решения творческих задач // Исследования проблем психологии творчества. М.: Наука, 1983. С. 62–101.

Зарецкий В.К., Холмогорова А.Б. Может ли культурно-историческая концепция Л.С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты // Культурно-историческая психология. 2011. № 1. С. 108–118.

Зейгарник Б.В. Патопсихология. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1986. 287 с.

Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б. Нарушения саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией // Журнал невропат. и психиатр. 1985. № 12.

Зейгарник Б.В., Холмогорова А.Б., Мазур Е.С. Саморегуляция в норме и патологии // Психол. журн. 1989. № 2. С. 122–132.

Карягина Т.Д. Эволюция понятия «эмпатия» в психологии: дис. ... канд. психол. наук. М., 2013. 175 с.

Карягина Т.Д., Будаговская Н.А., Дубровская С.В. Адаптация многофакторного опросника эмпатии М. Дэвиса // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 202–227.

Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М.: Практическая медицина, 2010. 430 с.

Краснова В.В., 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.

Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология мыслительной деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: МГУ, 1991. 256 с.

Крылов В.И. Ангедония при расстройствах аффективного и шизофренического спектра: психопатологические особенности, диагностическое и

прогностическое значение // Журнал им. П.Б. Ганнушкина. 2014. Т.16. № 1. С. 28–32.

Курек Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. М.: Ин-т психологии РАН, 1996. 245 с.

Лайнен М. Когнитивно-поведенческая терапия пограничного расстройства личности. М.; СПб; Киев, 2008. 590 с.

Леонтьев А.А. Лев Семенович Выготский. М.: Просвещение, 1990. 158 с.

Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека. Москва: Изд-во МГУ, 1962. 431 с.

Мак-Вильямс Н. Формулирование психоаналитического случая. Москва: НФ «Класс», 2015. 328 с.

Москачева М.А., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Алекситимия и способность к эмпатии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 4. С. 98–114.

Машонская О.В., Щелкова О.Ю. Восприятие лицевой экспрессии и социальная адаптивность больных депрессией. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. № 4. URL: <http://medpsy.ru> (10.05.2015).

Незnanов Н.Г., Петрова Н.И. Психосоциальная реабилитация и качество жизни: сборник научных трудов. СПб.: НИПНИ им. В.М. Бехтерева, 2001. 311 с.

Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: дисс. ... докт. психол. наук. М., 1992. 400 с.

Обухова Л.Ф. Неоконченные споры: П.Я. Гальперин и Ж. Пиаже // Психологическая наука и образование. 1996. № 1. С. 31–41.

Поляков Ю.Ф., Курек Н.С. К вопросу о нарушении положительных эмоций у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии. 1985. № 12. С. 1857–1862.

Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Основные этапы и направления изучения когнитивных дисфункций при депрессиях [электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2015. № 6 (35). URL: http://mprj.ru/archiv_global/2015_6_35/nomer02.php (дата обращения: 09.06.2016)

Рубцов В.В. Развитие рефлексивных процессов младших школьников в учебной деятельности. Новосибирск, 1995.

Румянцева Е.Е. Методика оценки психического состояния другого по выражению глаз // Психиатрия. 2013. Т. 3. С. 30–36.

Румянцева Е.Е. Модель психического и когнитивное функционирование у больных молодого возраста после перенесенного эндогенного приступа: дис. ... канд. психол. наук. М., 2014. 195 с.

Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта при шизофрении: дис. ... докт. психол. наук. М., 2013. 478 с.

Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Концепция «социального мозга» как основы социального познания и его нарушений при психической патологии. Ч. II: Концепция «социальный мозг» — структурные компоненты и связь с психопатологией // Культурно-историческая психология. 2012а. № 4. С. 86–95.

Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. О мозговых основах социального познания, поведения и психической патологии: концепция «социальный мозг» — «за» и «против» // Вопросы психологии. 2012б. № 56. С. 1–16.

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.

Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Адаптация методики «Шкала социальной ангедонии» в российской выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2016. № 4.

Самойленко Е.С. Проблемы сравнения в психологическом исследовании. М.: Изд-во «Институт психологии РАН». 2010. 415 с.

Сигел Д. Майндсайт. Новая наука личной трансформации. М., 2015. 323 с.

Слободчиков В.И., Исаев Е.И. Психология человека. М.: Школа-Пресс, 1995. 384 с.

Соколова Е.Т. Мотивация в норме и патологии. М.: Изд-во МГУ, 1976. 127 с.

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.

Степанов И.Л. Ангедония как диагностический, прогностический и дезадаптирующий фактор при различных типах депрессии (феноменология, динамика, принципы терапии). Автореф. дис. ... докт. мед. наук. М., 2004. 35 с.

Стрелкова Л.П. Психологические особенности развития эмпатии у дошкольников: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М.: АПН СССР, НИИ дошк. воспитания, 1987. 24 с.

Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб: Питер, 2001. 272 с.

Томаселло М. Истоки человеческого общения. М.: Языки славянских культур, 2011. 328 с.

Хломов Д.Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией: дисс. ... канд. психол. наук. М., 1984. 177 с.

Холмогорова А.Б. Методика исследования рефлексивной регуляции мышления на материале определения понятий // Вестник МГУ. 1983а. Сер. 14. № 36. С. 64–69.

Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 1983б. 24 с.

Холмогорова А.Б. Интегративная психотерапия расстройств аффективного спектра. М.: Медпрактика-М, 2011. 480 с.

Холмогорова А.Б. Обострение борьбы парадигм в науках о психическом здоровье: в поисках выхода // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 4. С. 53–61.

Холмогорова А.Б. Когнитивно-бихевиоральная терапия «на гребне третьей волны»: революционный поворот или новые акценты? // Современная терапия психических расстройств. 2016а. № 2. С. 16–21.

Холмогорова А.Б. Значение культурно-исторической теории развития психики Л.С. Выготского для разработки современных моделей социального познания и методов психотерапии // Культурно-историческая психология. 2016б. № 4.

Холмогорова А.Б., Авакян Т.В., Клименкова Е.Н., Малюкова Д.А. Общение в интернете и социальная тревожность у подростков из разных социальных групп // Консультативная психология и психотерапия. 2015. № 4. С. 102–129.

Холмогорова А.Б., Воликова С.В., Пуговкина О.Д. Социальное познание и его нарушения в процессе онтогенеза. Ч. 1: история и современное состояние проблемы // Вопросы психологии. 2015. № 5. С. 1–11.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Многофакторная модель эмоциональных расстройств // Социальная и клиническая психиатрия. 1998. № 1. С. 94–102.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Нарциссизм, перфекционизм и депрессия // Московский психотерапевтический журнал. 2004. № 1. С. 18–35.

Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли быть полезна российская психология в решении проблем современной психотерапии: размышления после XX конгресса международной федерации психотерапии (IFP) [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. № 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения 08.11.2010)

Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли культурно-историческая концепция Л.С. Выготского помочь нам лучше понять, что мы делаем как психотерапевты? // Культурно-историческая психология. 2011. № 3. С. 108–119.

Холмогорова А.Б., Минакова К.Ю. Социальное познание, социальная ангедония и депрессивная симптоматика у больных шизофренией: существует ли связь? // Психическое здоровье. 2014. № 3. С. 24–35.

Холмогорова 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.

Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания: новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. М.: Форум, 2016. 288 с.

Эльконин Д.Б. Развитие речи в дошкольном возрасте: краткий очерк [Электронный ресурс] / Д.Б. Эльконин. Изд-во Академии педагогических наук РСФСР, 1958. 116 с. URL: <http://psychlib.ru/inc/absid.php?absid=94361> (дата обращения: 01.09.2016)

Эфромсон В.П. Родословная альтруизма // Новый мир. 1971. № 10. С. 86–98.

Юханссон И. Особое детство. М., 2010. 190 с.

Adolphs R. The neurobiology of social cognition // Current opinion in neurobiology. 2001. Vol. 11(2). P. 231–239.

Baer R.A. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness / R.A. Baer, G. Smith, J. Hopkins, J. Krietemeyer, L. Toney // *Assessment*. 2006. Vol.13. P. 27–45.

Bagby R.M., Parker J.D., and Taylor G.J. The twenty-item Toronto Alexithymia scale. I. Item selection, and cross-validation of the factor structure // *J. Psychosom. Res.* 38. 1993. P. 23–32.

Baron-Cohen S., Leslie A. M., Frith U. Does the autistic child have a “theory of mind” // *Cognition*. 1985. Vol. 21. P. 37–46.

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 // *J. Child Psychol. Psychiat. Allied Disciplines*. 2001. Vol. 42(2). P. 241–251.

Blair R.J. Responding to the emotions of others: dissociating forms of empathy through the study of typical and psychiatric populations // *Consciousness and cognition*. 2005. 14(4). P. 698–718.

Bohl V. We read minds to shape relationships // *Philosophical Psychology*. 2014. Vol. 3. P. 1–21.

Bohl V., Fiske A.P. In and Out of Each Other’s Bodies: Theory of Mind, Evolution, Truth, and the Nature of the Social. CO: Paradigm, 2012. 161 p.

Bohl V., van den Bos W. Toward an integrative account of social cognition: marrying theory of mind and interactionism to study the interplay of Type 1 and Type 2 processes // *Frontiers in Human Neuroscience*. 2012. Vol. 1. P. 274.

Brink K.A., Lane J.D., Wellman H.M. Developmental pathways for social understanding: linking social cognition to social // *Frontiers in Psychology*. 2015. Vol. 6. P. 1–11.

Brizio A. et al. «No more a child, not yet an adult»: studying social cognition in adolescence / A. Brizio, I. Gabbatore, M. Tirassa, F. Bosco // *Frontiers in Psychology*. 2016. Vol. 6. P. 1–12.

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.

Brown G.W., Birley J.L., Wing J.K. Influence of Family Life on the Course of Schizophrenic Disorders // *Brit. J. Psychiatry*. 1972. Vol. 121.

Chen Y. Abnormal visual motion processing in schizophrenia: a review of research progress // *Schizophr.Bull.* 2011. Vol. 37. P. 709–715.

Crafa D., Nagel S.R. Traces of culture: the feedback loop between brain, behavior, and disorder / D. Crafa, S.R. Nagel // *Transcultural Psychiatry* (in press). 2015. 46 p.

Crawford M. The cooperative solving of problems by young chimpanzees // *Comparative psychology monographs*. 1937. Vol. 14. P.1–88.

Crow T.J. A continuum of psychosis, one human gene, and not much else– the case for homogeneity // *Schizophrenia research*. 1995. Vol. 17(2). P. 135–145.

Cuthbert B.N. The RDoC framework: facilitating transition from ICD/DSM to dimensional approaches that integrate neuroscience and psychopathology // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 28–35.

Davis M. Empathy: a social psychological approach. Boulder: Westview Press, 1996. 44 p.

Davis M. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1983. Vol. 44(1). P. 113–126.

Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale // *The British Journal of Psychiatry*. 1976. № 128(3). P. 280–289.

Dunbar R. How many friends does one person need? Dunbar's number and other evolutionary quirks. London: Faber & Faber, 2010. 302 p.

Dziobek I. et al. Dissociation of cognitive and emotional empathy in adults with Asperger syndrome using the Multifaceted Empathy Test (MET) / I. Dziobek, K. Rogers, S. Fleck, M. Bahnemann, H.R. Heekeren, O.T. Wolf, A. Convit // *Journal of autism and developmental disorders*. 2008. Vol. 38(3). P. 464–473.

Ekeblad A., Falkenström F., Holmqvist R. Reflective Functioning as Predictor of Working Alliance and Outcome in the Treatment of Depression // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2015. Vol. 84(1). P. 67–78.

Fernyhough C. Getting Vygotskian about theory of mind: Mediation, dialogue, and the development of social understanding // *Developmental Review*. 2008. Vol. 28. P. 225–262.

Fernyhough C., Meins E. Private speech and theory of mind: Evidence for developing interfunctional relations / Winsler A. (ed.) // *Private speech, executive functioning and the development of verbal self-regulation*. Cambridge: Cambridge University Press, 2009. P. 315–329.

Feshach N. Empathy training: a field study in affective education. New York: Praeger, 1979. 36 p.

Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. Affect regulation, mentalization, and the development of self. New York: Other Press, 2002. 592 p.

Frances A. RDoC is necessary, but very oversold // *World Psychiatry*. 2014. Vol. 13. P. 48–49.

Freeman C. What is Mentalizing? An Overview: What is Mentalizing? An Overview // *British Journal of Psychotherapy*. 2016. 32(2). P. 189–201.

Frith C. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. New Jersey: Lawrence Erlbaum, 1992.

Garlick D. Understanding the nature of the general factor of intelligence: the role of individual differences in neural plasticity as an explanatory mechanism // *Psychological Review*. 2002. 109(1). P. 116–36.

Gibbons F.X., Buunk B.P. Individual differences in social comparison: The development of a scale of social comparison orientation // *Journal of Personality and Social Psychology*. 1999. № 76. P. 129–142.

Gur R.C., Gur R.E. Social Cognition as an RDoC Domain // *American journal of medical genetics. Part B, Neuropsychiatric genetics: the official publication of the International Society of Psychiatric Genetics*. 2016. Vol. 171(1). P. 132–141.

Harvey C.A. et al. The Camden schizophrenia surveys: III five-year outcome of a sample of individuals from a prevalence survey and the importance of social relationships / C.A. Harvey, S.E. Jeffreys, A.S. McNaught, R.A. Blizard, M.B. King // The International journal of social psychiatry. 2007. Vol. 53. P. 340–356.

Hayes S.C. Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavioral and cognitive therapies // Behavior Therapy. 2004. Vol. 35. P. 639–665.

Jensen A. The G Factor: The Science of Mental Ability. Westport, CT: Greenwood Publishing, 1998. 664 p.

Kabat-Zinn J. Wherever you go, there you are: mindfulness meditation in everyday life. New York, NY: Hyperion, 1994. 304 p.

Kanske P. et al. Are strong empathizers better mentalizers? Evidence for independence and interaction between the routes of social cognition / P. Kanske, A. Böckler, F.-M. Trautwein, F.H.P. Lesemann, T. Singer // Social Cognitive and Affective Neuroscience. 2016. P. 1–10.

Kern R., Horan W. Definition and Measurement of neurocognition and social cognition / V. Roder, A. Medalia (Eds.) // Neurocognition and Social cognition in schizophrenia patients. Basel-Freiburg-Paris-London-New-York, 2010. P. 1–22.

Kernberg O. Mentalization, mindfulness, insight, empathy, and interpretation / O.F. Kernberg (Ed.) // The inseparable nature of love and aggression: clinical and theoretical perspectives. Washington, DC, London, England: American Psychiatric Publishing, 2011. P. 57–79.

Leary M. A Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale // Personality and Social Psychology Bulletin. 1983. № 9(3). P. 371–375.

Leff J. Review Article. Controversial issues and growing points in research on relatives expressed emotion // Intern. J. Social Psychiatry. 1989. Vol. 35.

Marneros A., Akiskal H.S. The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra. Cambridge Academ., 2009. 312 p.

Martins F.E. Junior, Sanvicente-Vieira B., Grassi-Oliveira R., Brietzke E., et al. Social cognition and Theory of Mind: controversies and promises for understanding major psychiatric disorders Program for Recognition and Intervention in Individuals at Risk Mental States // Psychology and Neuroscience. 2011. Vol. 43. P. 347–351.

Meehl P. Primary and Secondary Hypohedonia // J. Abn. Psychol. 2001. Vol. 110(1). P. 188–195.

Mehrabian A., Ksionzky S. A theory of affiliation. D.C. Heath, Lexington, Mass. 1974.

Meins E. Security of attachment and the social development of cognition. Hove: Psychology Press, 1997. 177 p.

Merikangas K.R., Jin R., He J.-P., Kessler R.C. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the World Mental Health Survey Initiative // Archives of General Psychiatry. 2011. Vol. 68. P. 241–251.

Merlo M., Gekle W. Psychosocial treatment of Schizophrenic disorders / M. Merlo, C. Perris, H. Brenner (Eds.) // Cognitive therapy with schizophrenic patients:

The evolution of a new treatment approach. Seattle-Toronto-Bern-Göttingen, 2002. 236 p.

Michail M., Birchwood M. Social anxiety disorder in first-episode psychosis: incidence, phenomenology and relationship with paranoia // *The British journal of psychiatry: the journal of mental science.* 2009. Vol. 195(3). P. 234–241.

Moller H.J. Bipolar disorder and schizophrenia: distinct illnesses or a continuum? // *The Journal of clinical psychiatry.* 2003. Vol. 64. P. 23–27.

Murray R.M., Sham P., Van Os J., Zanelli J., Cannon M., McDonald C. A developmental model for similarities and dissimilarities between schizophrenia and bipolar disorder // *Schizophrenia research.* 2004. Vol. 71. P. 405–416.

Paris J. *The Bipolar Spectrum: Diagnosis or Fad?* Taylor and Francis. Kindle Edition. 2012. 120 p.

Perez-Rodriguez M., Mahon K., Russo M., Ungar A.K., Burdick K.E. Oxytocin and social cognition in affective and psychotic disorders // *European neuropsychopharmacology: the journal of the European College of Neuropsychopharmacology.* 2014. Vol. 8.

Pinkham A.E., Penn D.L., Green M.F., Buck B., Healey K., Harvey P.D. The Social Cognition Psychometric Evaluation Study: Results of the Expert Survey and RAND Panel // *Schizophrenia Bulletin.* 2014. 40(4). P. 813–823.

Premack D., Woodruff, G. Does the chimpanzee have a theory of mind? // *Behavioural and Brain Sciences.* 1978. Vol. 1. P. 515–526.

Ratcliffe M. *Rethinking Commonsense Psychology: A Critique of Folk Psychology, Theory of Mind and Simulation* / Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2007.

Sankararaman S. et al. The genomic landscape of Neanderthal ancestry in present-day humans / S. Sankararaman, S. Mallick, M. Dannemann, K. Prüfer, J. Kelso, S. Pääbo, N. Patterson, D. Reich // *Nature.* 2014. Vol. 20. P. 354–357.

Schnell K. Mentalizing functions provide a conceptual link of brain function and social cognition in major mental disorders // *Psychopathology.* 2014. 47(6). P. 408–416.

Shamay-Tsoory S.G., Aharon-Peretz J., Perry D. Two systems for empathy: A double dissociation between emotional and cognitive empathy in inferior frontal gyrus versus ventromedial prefrontal lesions // *Brain-* 2009. Vol. 132. P. 617–627.

Shamay-Tsoory S.G., Dvash J. Theory of Mind and Empathy as Multidimensional Constructs // *Neurological Foundations. Top Lang Disorders.* 2014. Vol. 34(4). P. 282–295.

Sharp K., Fonagy P., Goodyer I. *Social cognition and developmental psychopathology.* New York: Oxford University Press, 2008.

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. № 381(9875). P. 1371–1379.

Target M., Fonagy P. Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective // *International Journal of Psychoanalysis.* 1996. Vol. 77. P. 459–479.

Teasdale J.D. et al. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression : empirical evidence / J.D. Teasdale, R.G. Moore, H. Hayhurst, M. Pope,

S. Williams, Z.V. Segal // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 2002. Vol. 70. Iss. 2. P. 275–287.

Thaler N.S., Sutton G.P., Allen D.N. Social cognition and functional capacity in bipolar disorder and schizophrenia // *Psychiatry Research*. 2014. 220(1–2). P. 309–314.

Tomasello M. A natural history of human thinking. Cambridge: Harvard University Press, 2014. 192 p.

Tomasello M. The cultural origins of human cognition. Cambridge: Harvard University Press, 1999. 254 p.

Van Hooren S., Versmissen D., Janssen J. et al. Social cognition and neurocognition as independent domains in psychosis // *Schizophrenia Research*. 2008. Vol. 103. P. 257–265.

Van Os J., Rutten B., Poulton R. Gene–Environment Interactions for Searchers: Collaboration Between Epidemiology and Molecular Genetics / Wagner F. Gattaz, Geraldo Busatto (Eds.) // *Advances in Schizophrenia Research*, Springer Verlag, 2009.

Wakefield J. C. Wittgenstein’s nightmare: why the RDoC grid needs a conceptual dimension // *World Psychiatry*. 2014. Vol.13. P. 38–39.

Watson D., Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety // *J. Consulting and Clin. Psychol.* 1969. Vol. 33. P. 448–457.

Wells A. Metacognitive therapy / J.D. Herbert, E.M. Forman (Eds.) // *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc. 2011. P. 83–108.

Wells A. Metacognitive therapy: a practical guide. New York: Guilford Press, 2008. 316 p.

Wertsch J., Stone C. The concept of internalization in Vygotsky’s account of the genesis of the higher mental functions. / J.V. Wertsch (ed.) // *Culture, communication and cognition: Vygotskian perspectives*. Cambridge: Cambridge University Press, 1985. 378 p.

Wertsch J.V. From social interaction to higher psychological processes: a clarification and application of Vygotsky’s theory // *Human Development*. 2008. Vol. 51. P. 66–79.

Zaki J., Ochsner K.N. The neuroscience of empathy: progress, pitfalls and promise // *Nature Neuroscience*. 2012. 15. P. 675–680.

Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatr Scand*. 1983. № 67(6). P. 361–370.

ГЛАВА 2 НА СТЫКЕ ДВУХ СПЕКТРОВ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ ПРИ ШИЗОАФФЕКТИВНОМ РАССТРОЙСТВЕ

М.А. Москачева, А.Б. Холмогорова

2.1. Современное состояние исследований нарушения социального познания при шизоаффективном расстройстве

Шизоаффективное расстройство: спорная диагностическая категория, проблема статуса

В конце 1990-х гг. проблема шизофрении и расстройств шизофренического спектра стала предметом углубленного обсуждения международной профессиональной общественности под эгидой ВОЗ. Результатом обсуждения стала объемная монография под редакцией М. Мэйя и Н. Сарториуса, в которой ведущие шизофренологи из разных стран сформулировали свою позицию относительно концепции шизофренического спектра и, в частности, статуса шизоаффективного расстройства как самостоятельной диагностической категории, в 2005 г. книга была переведена на русский язык [Шизофрения: пер. с англ. / под ред. М. Мэйя, Н. Сарториуса]. Во введении к главе, посвященной проблематике спектра, специалисты из Боннского университета отмечают специфические черты шизоаффективного расстройства, проявляющиеся прежде всего в сочетании синдромов как шизофрении, так и аффективных расстройств (мании и депрессии), которые могут возникать одновременно или последовательно и быть в разной степени представленными у разных больных. Причем оба

синдрома встречаются одновременно у одних и тех же больных значительно чаще, чем это следует из законов вероятности, «бросая вызов нозологическому разделению на аффективные и шизофренические расстройства» [Maier, Falkai, Wagner, 2001]. Учитывая сложность диагностики ШАР, неудивительно, что в широкомасштабных эпидемиологических исследованиях не приводятся показатели распространенности шизоаффективных расстройств. Данные контрольных групп при семейных исследованиях свидетельствуют о том, что распространенность ШАР среди населения на протяжении жизни близка к таковой при шизофрении и составляет примерно 1 %.

Шизоаффективное расстройство в качестве отдельной нозологической единицы было предложено выделять еще в 1933 г. американским психиатром российского происхождения Якобом Казаниным [Kasanin, 1933]. Многими специалистами впоследствии отмечалась противоречивость этой концепции, которая привела к существенному расхождению критериев диагностики в разных системах классификации, а также выделению разных подтипов шизоаффективного расстройства. Тропность шизоаффективного расстройства и шизофрении подтверждается данными о накоплении этих двух расстройств в семьях пациентов, в то время как накопление других психических расстройств является менее интенсивным. Среди клинических работ, посвященных типологии ШАР, преобладают посвященные клинической верификации униполярного депрессивного и биполярного типов [Marneros et al., 1989, 1991] — первая классификация (униполярный и биполярный типы), выделяются также шизофренический и аффективный типы ШАР [Cocuyt et al., 1990a,b] — вторая классификация (шизодоминантный и аффективно доминантный типы).

Широко известно, что преобладание симптомов шизофрении в клинической картине является предиктором неблагоприятного течения шизоаффективного расстройства, а преобладание аффективной симптоматики, наоборот, позволяет предсказать более благоприятный исход. Один из ведущих специалистов по ШАР — Marneros с соавторами [Marneros, 1991], которые придерживаются первого типа классификации ШАР, в масштабном исследовании анамнезов этих больных установили, что четверти больных с диагнозом ШАР вначале ставился диагноз шизофрении, который в 14 % случаев — был изменен на ШАР униполярного депрессивного типа и в 11 % случаев на ШАР биполярного типа. При этом еще больший процент пациентов с ШАР перенесли хотя бы один эпизод болезни, который был диагносциро-

ван как шизофрения (14 % с униполярным и 34 % с биполярным типом течения ШАР).

В отношении ШАР редко проводились морфологические, физиологические, нейропсихологические или биохимические исследования, что связано с большими противоречиями в их диагностике, о которых было сказано выше. Также существует дефицит систематизированных знаний относительно эффективного лечения ШАР, т. к. не хватает унифицированных, плацебо-контролируемых исследований методов лечения с соответствующим количеством пациентов. Вместе с тем, за последние годы накопились данные, которые показывают, что генетически существует связь не только между шизофренией и ШАР, но и между ШАР и БАР [Gradock, Owen, 2010]. Накопились также эмпирические свидетельства об общности как средовых, так и биологических факторов риска при этих трех расстройствах [Anderson, Maes, 2012; Berk et al., 2011; Moylan et al., 2012].

Последний метаанализ, объединяющий сравнительные исследования БАР, ШАР и шизофрении [Pagel et al., 2013] показал, что пациентов с ШАР отличает большая продолжительность болезни, лучшее психосоциальное функционирование и более тяжелые симптомы депрессии, а также негативные симптомы по сравнению с больными шизофренией. В целом, большинство исследований показало большую близость ШАР к шизофрении, чем к БАР. Это же подтверждают современные данные семейных, эпидемиологических и нейропсихологических исследований.

В 2015 г. в Австралии было проведено масштабное национальное исследование психозов (the Second Australian national psychosis survey), направленное на сравнение шизофрении, шизоаффективного и биполярного расстройства [Serafino et al., 2015]. Авторы обзора отмечают, что введущиеся много лет дебаты относительно статуса ШАР (в основном, дискутируются три варианта: самостоятельное расстройство или одна из форм течения шизофрении, или же психотического аффективного расстройства) до сих пор не теряют своей остроты. Все большее влияние приобретает модель спектра, где ШАР отводится связующая роль между шизофренией, с одной стороны, и расстройствами настроения, начиная с БАР — с другой. Было обследовано с учетом большого количества переменных 1469 пациентов, из них 857 больных шизофренией, 293 больных ШАР и 319 больных БАР. Основные результаты сводятся к следующему: у пациентов с ШАР обнаруживается больше симптомов бредовых расстройств, большая часто-

та депрессивных и маниакальных состояний в течении жизни, больше позитивных симптомов в целом и меньше негативных. По сравнению с больными БАР пациенты с ШАР были более молодого возраста и отличились более выраженными позитивными, бредовыми и галлюцинаторными симптомами, нарушениями мышления, но реже возникающими симптомами мании и более низким преморбидным IQ. В качестве ограничения исследования стоит назвать отсутствие валидизированных инструментов для выявления психотических симптомов и симптомов расстройств настроения. Исследование проводилось на основе клинического интервью.

Тем не менее, авторы делают важный вывод, что результаты их исследования находятся в полном соответствии с моделью континуума или спектра психотических расстройств, согласно которой ШАР находится между БАР, с одной стороны, и шизофренией — с другой.

И все же, наряду с исследованиями, доказывающими право диагноза ШАР на существование и его соответствие модели спектра, появляются исследования, доказывающие его низкую надежность и обосновывающие необходимость отказа от его выделения. Так, метаанализ 25 исследований, включающих около 8000 больных, зафиксировал очень низкую сравнительную надежность этого диагноза по сравнению с основными дифференциальными диагнозами — шизофренией и БАР [Santelmann et al., 2016].

Очевидно, что именно проблематичность диагноза ШАР является причиной того, что исследований этого расстройства значительно меньше, чем исследований БАР и, конечно, шизофрении. Этот вывод полностью относится к исследованиям социального познания, о которых пойдет речь в следующем разделе.

Когнитивные функции, социальное функционирование и социальное познание у пациентов с шизоаффективным расстройством

До последнего времени считалось, что по результатам исследования когнитивных функций по большинству параметров больные ШАР не отличаются от больных шизофренией. Современные исследования нейрокогнитивного дефицита противоречивы. По одним данным, пациенты с ШАР и БАР демонстрируют большую сохранность нейрокогнитивного функционирования по сравнению с больными ши-

зофренией [см., например, Reichenberg et al., 2009], а по другим — нет [Smith et al., 2009]. Последнюю позицию подтверждает недавний метаанализ [Bora et al., 2009]. Это подтверждается еще одним исследованием, которое показывает, что все три группы отличаются худшими результатами по сравнению с непсихотическим вариантом БАР, но не различаются между собой [Simonsen et al., 2011]. Делается вывод, что именно история психотических приступов определяет тяжесть нейрокогнитивных нарушений.

Отдельный интерес представляет собой такой диагностический критерий, как инсайт относительно заболевания. Низкий инсайт является плохим прогностическим фактором и тесно связан с более выраженным нейрокогнитивным дефицитом. Интересны данные относительно наиболее высокого инсайта, т.е. осознания факта заболевания, у больных ШАР по сравнению с двумя другими группами расстройств [Pini et al., 2001].

Нарушения социального функционирования в период преморбидной фазы оказались специфичным для расстройств шизофренического спектра, т.е. для шизофрении и ШАР, но не для БАР, в то время как проблемы с академической успеваемостью встречаются во всех трех группах психотических расстройств [Tarbox-Berry et al., 2012].

Исследование предикторов повторного эпизода у больных шизофренией и ШАР было проведено в германском мультицентровом проекте, продолжавшимся в течение двух лет. Были обследованы 352 пациента больных шизофренией и шизоаффективным расстройством и выделены следующие общие предикторы повторных эпизодов: медикаментозное лечение нейролептиками (колмпаенс), характер предшествующих госпитализаций, манифестация заболевания и наличие суицидальных тенденций, тяжесть психопатологии, уровень социальной адаптации (семейный статус, трудоустроенность, интенсивность нагрузок), предшествующий жизненный опыт (травматический опыт и наличие нарушений развития в детстве), а также демографические факторы (пол и возраст). Данные подтверждают важность лечения нейролептиками и снижения уровня стресса в качестве протекторов повторных приступов. Они, в целом, подтверждают диатез-стрессовую модель заболеваний шизофренического спектра, но не дифференцируют типы предикторов при шизофрении и ШАР [Doering et al., 2016].

Группа итальянских исследователей попыталась выявить различия в стратегиях совладания со стрессом у больных шизофренией и ШАР [Mingone et al., 2016]. С этой целью были обследованы 58 пациентов с

ШАР и 89 пациентов, больных шизофренией. Оказалось, что пациенты с ШАР чаще используют копинг, ориентированный на эмоции, по сравнению с больными шизофренией. При этом уровень самооценки у них влияет на целенаправленность поведения, уровень ангедонии — на степень ориентации на эмоции, а длительность болезни и длительность обучения — на способность к концентрации внимания. При шизофрении факторы несколько другие, так, например, ангедония способствует социальной отгороженности и девиациям. Авторы делают вывод о различиях в копинг-стратегиях в двух анализируемых группах, а также о том, что особое значение должно придаваться двум переменным — уровню самооценки и ангедонии. Последнее задает важные направления для психотерапевтических мероприятий и совпадает с одной из важных целей данного исследования — изучением роли социальной мотивации в нарушениях социального познания при расстройствах шизофренического и аффективного спектра.

Исследования, направленные на сравнение СП у больных ШАР, немногочисленны. Часть из них не зафиксировали различий в уровне выполнения заданий на СП между ШАР и шизофренией, часть же отмечают лучшие показатели у больных ШАР. В США было проведено исследование, направленное на сравнение базовых и социальных когний у больных ШАР и шизофренией [Fizdon et al., 2007]. Было обследовано 199 больных шизофренией и 73 пациента, страдающих ШАР, методиками, направленными на оценку базовых когний: исполнительных функций, вербальной и невербальной памяти, скорости переработки информации, а также тестами, направленными на оценку социальных когний: тесты Hinting task и Bell Lysaker Emotion Recognition task. Результаты не выявили различий между базовыми когниями у больных ШАР и шизофренией; что касается социальных когний, то больные ШАР продемонстрировали несколько лучшие результаты по сравнению с больными шизофренией в одном из заданий (Hinting task), но сниженные по сравнению с нормой по обоим методикам на социальное познание. Авторы выдвигают гипотезу, что у больных ШАР более сохранна ТоМ или когнитивная эмпатия, но в большей степени нарушена способность к распознаванию эмоций, которую тестирует вторая методика.

Проверка этой гипотезы была осуществлена в более поздних исследованиях и показала меньшую сохранность способности к различению психических состояний, включая эмоции, у больных шизофренией по сравнению с шизоаффективным расстройством на материале извест-

ного теста «Глаза» [Chen, 2011]. При этом, однако, результаты больных ШАР были значимо ниже по сравнению со здоровым контролем.

Совсем недавнее исследование было также направлено на проверку способности к декодированию эмоций у пациентов с ШАР по сравнению с больными шизофренией [Tadmor et al., 2016] с использованием того же теста «Глаза». Было обследовано 41 больной с уверенно диагностируемой шизофренией, 20 больных шизофренией, перенесших первый приступ психоза, и 9 больных шизоаффективным психозом. Сто испытуемых без опыта обращения к психиатру обследовались в качестве здорового контроля. Результаты оказались несколько неожиданными. Больные ШАР продемонстрировали лучшие достижения в данном задании не только по сравнению с больными шизофренией, но и по сравнению со здоровым контролем. Последнее можно объяснить методологическими ошибками при проведении исследования — отсутствием кого-либо отбора испытуемых в группу нормы и очень маленькой выборкой больных шизоаффективным расстройством.

Исследование Romosan et al. (2016) посвящено сравнению способностей к ментализации (на основе теста «Глаза») у пациентов с шизоаффективным и биполярным расстройством. Дополнительно также оценивалась способность испытуемых к эмоциональной эмпатии (на основе опросника эмпатии Барона-Козна, EQ). Больные с шизоаффективным (32 чел.) и биполярным расстройством (35 чел.) имели более низкие показатели по обеим методикам, чем здоровые испытуемые (40 чел.), при этом больные шизоаффективным расстройством на стадии ремиссии заболевания характеризовались сниженным уровнем эмоциональной эмпатии и большим количеством неправильных выборов в тесте «Глаза» не только по сравнению с нормой, но и с больными БАР [Romosan, 2016].

Целью исследования Caronigro (2007) было сравнение нарушений социального познания в группах больных шизофренией (16 чел.), шизоаффективным психозом (18 чел.), биполярным расстройством (19 чел.) и здоровых испытуемых (15 чел.). Оценивались такие социальные когниции, как способность к ментализации (применялся тест «ложных убеждений» — False Beliefs Task), социальное восприятие (на материале отрывков из кинофильмов), а также способность к смене позиции при решении познавательной задачи (испытуемым предлагалось написать инструкцию по сбору геометрических фигур таким образом, чтобы другой человек смог в точности их воспроизвести). Полученные результаты говорят об общем дефиците способности к

смене позиции у больных шизофренией, шизоаффективным и биполярным расстройством по сравнению со здоровыми испытуемыми, процессы социальной перцепции были нарушены лишь у больных шизофренией и биполярным расстройством [Caponigro, 2007].

В отечественной научной литературе также отмечается дефицит исследований, направленных на изучение нарушений социального познания у больных с шизоаффективным психозом. В исследовании И.Я. Гуровича и соавт. (2014), проведенном на трех группах больных (с хронической формой шизофрении, шизоаффективным расстройством и перенесших первый психотический эпизод), оценивались три ключевых домена социальных когний: распознавание эмоций, «теория психического» и атрибутивный стиль [Гурович, Папсуев, Миняйчева, 2014; Papsuev, Movina, Minyaicheva, Gurovich, 2016]. Больные с шизоаффективным расстройством показали лучшие результаты по тестам Hinting task (теория психического) и Экман-60 (распознавание эмоций) в сравнении с больными хронической формой шизофрении и перенесшими первый психотический эпизод. Наиболее сниженной способностью к ментализации оказалась у больных хронической формой шизофренией, при этом различий по стилю атрибуции между группами установлено не было.

В сравнительном исследовании способности к ментализации в группах больных шизофренией (39 чел.), шизоаффективным психозом (25 чел.) и психически здоровых лиц (41 чел.), проведенном под руководством А.Б. Холмогоровой [Холмогорова, Москачева, Рычкова и др., 2015], также было 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. При этом успешность выполнения теста «Глаза» в объединенной выборке всех обследованных была связана обратными корреляционными связями как с показателями тяжести психопатологической симптоматики, измеренными с помощью клинических опросников HADS и SCL-90, так и со сниженной социальной направленностью в виде высокой социальной тревожности и ангедонии.

Из проанализированных выше исследований становится понятно, что существует значительный дефицит исследований социального познания у больных ШАР, а также существенные противоречия в понимании статуса этого расстройства. Наиболее аргументированной представляется позиция авторов, придерживающихся модели спек-

тра — континуума психических расстройств, в котором ШАР занимает промежуточное положение между шизофренией и БАР. Уточнение характера нарушений социального познания при ШАР в сравнении с двумя упомянутыми позволило бы в определенной мере подтвердить или опровергнуть тезис о промежуточном статусе ШАР. Кроме того, ни в одном из известных нам исследований не оценивалась связь способности к ментализации с выраженностью психопатологической симптоматики и особенностями социальной мотивации у больных с ШАР, а также нами не было обнаружено исследований эмпатической способности у этих пациентов, что стало задачами специального исследования.

2.2. Задачи, гипотезы, методы исследования и характеристика выборки

Цель и гипотезы исследования

Согласно теоретическим положениям модели спектра психической патологии, шизоаффективное расстройство расположено на границе между двумя спектрами — шизофреническим, наиболее тяжелым, и аффективным, более благоприятным. В опоре на данное положение была выдвинута **гипотеза** о большей сохранности способностей к ментализации и эмпатии у больных шизоаффективным расстройством по сравнению с больными шизофренией, но меньшей по сравнению с больными тревожно-депрессивными расстройствами.

Целью исследования была проверка данной гипотезы и сравнение способностей к ментализации и эмпатии в группах больных шизофренией, шизоаффективным психозом и в смешанной группе тревожных и депрессивных расстройств, а также выявление связей нарушений данных способностей с психопатологической симптоматикой, социальной мотивацией и стратегиями социального поведения.

Характеристика обследованных групп

Для достижения целей исследования были обследованы 253 человека. Все испытуемые были объединены в четыре группы: 1) больные шизофренией (ШИЗ); 2) больные с шизоаффективным психозом (ШАР); 3) больные тревожными и депрессивными расстройствами (ТД); 4) здоровые испытуемые. **В группу больных шизофренией (ШИЗ) вошли 87 пациентов с диагнозом параноидная шизоф-**

рения (F20.0) в соответствии с критериями МКБ-10 — 59 мужчин и 28 женщин в возрасте от 18 до 65 лет, средний возраст — $34,76 \pm 10,01$ лет. Средняя длительность заболевания составила $10,71 \pm 8,51$ лет. **Группа больных шизоаффективным расстройством (ШАР) состояла из 35 пациентов** (20 мужчин и 15 женщин) в возрасте 18–50 лет, средний возраст испытуемых — $30,7 \pm 8,9$ лет, продолжительность заболевания — $7,0 \pm 6,0$ лет. **В группу больных тревожными и депрессивными расстройствами (ТД) вошли 52 пациента** (41 женщина и 11 мужчин) в возрасте от 18 до 58 лет, средний возраст — $33,5 \pm 11,0$ лет, средняя продолжительность заболевания — $4,74 \pm 7,40$ лет), из них 27 пациентов с тревожными расстройствами (F41, F43.2, F45) и 25 пациентов с депрессивными расстройствами (F32, F33). **Группу здоровых лиц составили 79 человек:** 31 мужчина и 48 женщин в возрасте 18–58 лет (средний возраст испытуемых — $33,25 \pm 7,17$ лет).

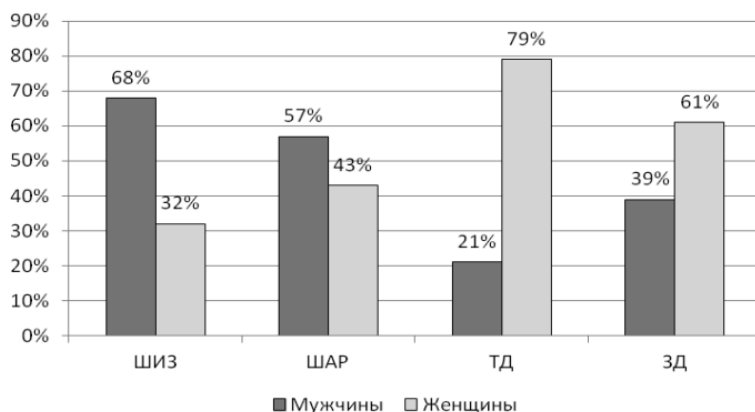


Рис. 2.1. Гендерный состав групп больных ШАР, тревожными и депрессивными расстройствами (ТД), шизофренией (ШИЗ) и группы здоровых испытуемых (ЗД)

Все пациенты в группах с психической патологией на момент обследования находились на этапе становления ремиссии. Критерием включения в группу здоровых испытуемых было отсутствие психопатологической симптоматики по клиническим шкалам HADS и SCL-90. Группы значительно не различались между собой по возрасту, в группах больных шизофренией и шизоаффективным расстройством преобладали мужчины, тревожных и депрессивных расстройств, а также нормы — женщины (рис. 2.1).

Методы исследования

Для решения поставленных задач и проверки выдвинутых гипотез были выбраны следующие **методики**.

Для оценки психопатологической симптоматики:

- *Клинико-психопатологическое исследование.*
- *Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom check list-90-Revised — SCL-90-R (Derogatis, Rickels, Rock, 1976; адаптация Н.В. Тарабриной, 2001).*
- *Госпитальная шкала тревоги и депрессии — The Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS (Zigmond, Snaith, 1983; адаптация М.Ю. Дробижева, 1993).*

Для оценки способности к ментализации и эмпатии:

- *Тест «Понимание психического состояния по глазам» — Reading the mind in the Eyes или сокращенно — тест «Глаза» (Eyes test) (Baron-Cohan et al., 2001), применялся сокращенный вариант из 16 карточек, валидизированный на российской выборке (Холмогорова, Москачева, Рычкова с соавт, 2015).*
- *Шкала Индекс Межличностный реактивности — Interpersonal Reactivity Index — IRI (Davis M., 1983, адаптация Т.Д. Карягиной, Н.А. Будаговской, С.В. Дубровской, 2013).*

Для оценки социальной мотивации — направленности на общение с людьми и способности получать удовольствие от него, общей ориентации на психическую и эмоциональную сферу, а также выраженности таких поведенческих стратегий, как избегание и ориентация на сравнение себя с другими людьми, использовались следующие методики:

- *Шкала социальной ангедонии — Revised social anhedonia scale — RSAS (Eckblad et al., 1982; адаптация О.В. Рычковой, А.Б. Холмогоровой, 2013).*
- *Краткая шкала страха негативной социальной оценки — Brief Fear of Negative Evaluation scale — BFNE (Leary, 1983; в процессе апробации в русскоязычной выборке).*
- *Шкала социального избегания и дистресса — Social avoidance and distress scale — SADS (Watson, Friend, 1969; адаптация В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, 2011).*
- *Шкала ориентации на социальные сравнения — Iowa Netherlands Comparison Orientation Scale — INCOM (Gibbons F., Buunk B., 1999; адаптация Н.Г. Гаранян 2016).*

- *Торонтская шкала алекситимии* — Toronto Alexithimia Scale — TAS-20-R (Bagby, Taylor et al., 1993; адаптация Е.Г. Старостиной, Г.Д. Тейлор, Л.К. Квилти, А.Е. Боброва и др., 2010).

Подробное описание методик см. в разделе 1.6.

Обработка полученных материалов осуществлялась с помощью методов непараметрической статистики, сравнительного (U критерий Манна-Уитни) и корреляционного (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) анализов.

Клиническая характеристика обследованной выборки на основе самооценочных симптоматических шкал

В группу больных с шизоаффективным психозом вошло 35 человек, со средней продолжительностью заболевания $7,0 \pm 6,0$ лет, выраженность тревоги по шкале HADS в среднем составила $9,29 \pm 4,9$, депрессии — $8,46 \pm 5,2$, что почти в три раза выше, чем у здоровых испытуемых. Как видно из табл. 2.1, больные с шизоаффективным психозом отличались от здоровых лиц по всем показателям клинических шкал HADS и SCL-90 на уровне статистически достоверной значимости.

Таблица 2.1. Сравнение показателей клинических шкал у больных с шизоаффективным расстройством (ШАР) и у здоровых испытуемых

Показатели клинических шкал	ШАР (n=35)	Здоровые испытуемые (n=79)	Значимость различий между группами (U критерий Манна-Уитни)
	М (SD)	М (SD)	p
HADS Госпитальная шкала тревоги и депрессии			
Тревога	9,29 (4,90)	3,62 (2,00)	p<0,001
Депрессия	8,46 (5,20)	3,20 (2,31)	p<0,001
SCL-90-R Опросник выраженности психопатологической симптоматики			
Общий индекс тяжести	1,22 (0,83)	0,31 (0,22)	p<0,001

Показатели клинических шкал	ШАР (n=35)	Здоровые испытуемые (n=79)	Значимость различий между группами (U критерий Манна-Уитни)
	М (SD)	М (SD)	p
Общее число утвердительных ответов	46,94 (25,25)	20,75 (13,42)	p<0,001
Индекс симптоматического дистресса	2,23 (0,74)	1,28 (0,31)	p<0,001
Соматизация	0,95 (0,84)	0,35 (0,27)	p<0,001
Обсессивно-компульсивные расстройства	1,50 (1,02)	0,46 (0,40)	p<0,001
Интерперсональная чувствительность	1,49 (1,13)	0,37 (0,34)	p<0,001
Депрессия	1,57 (1,04)	0,39 (0,37)	p<0,001
Тревога	1,26 (1,02)	0,23 (0,24)	p<0,001
Враждебность	1,01 (0,96)	0,36 (0,34)	p<0,001
Фобическая тревога	0,91 (0,99)	0,12 (0,18)	p<0,001
Параноидное мышление	1,07 (0,95)	0,22 (0,29)	p<0,001
Психотизм	0,99 (0,77)	0,18 (0,24)	p<0,001

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; p — уровень статистической значимости; n — число человек в группах.

Во время психотического эпизода состояние больных в группе ШАР 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.

В табл. 2.2 представлены показатели патологической симптоматики в группе больных с шизоаффективным расстройством (ШАР) по сравнению с больными шизофренией (ШИЗ) и тревожными и депрессивными расстройствами (ТД).

Сравнительный анализ трех клинических групп (табл. 2.2) выявил преобладание в группе пациентов с шизоаффективным психозом выраженности аффективной патологии по сравнению с больными шизофренией. 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 $0,94 \pm 0,71$; в группе шизоаффективных расстройств — $1,22 \pm 0,83$ ($p=0,08$).

Таблица 2.2. Сравнение показателей клинических шкал у больных с шизофренией (ШИЗ), шизоаффективным психозом (ШАР) и тревожно-депрессивными расстройствами (ТД)

Показатели тяжести клинической симптоматики	ШИЗ (n=87)	ШАР (n=35)	ТД (n=52)	ШИЗ и ШАР	ШИЗ и ТД	ШАР и ТД
	М (SD)			p (U критерий Манна-Уитни)		
HADS Госпитальная шкала тревоги и депрессии						
Тревога	7,30 (4,76)	9,29 (4,90)	10,12 (4,90)	0,048*	0,004*	0,492
Депрессия	7,08 (4,16)	8,46 (5,20)	7,88 (4,22)	0,173	0,425	0,591
SCL-90-R Опросник выраженности психопатологической симптоматики						
Общий индекс тяжести	0,94 (0,71)	1,22 (0,83)	1,11 (0,71)	0,08†	0,184	0,584
Общее число утвердительных ответов	42,06 (24,09)	46,94 (25,25)	46,37 (20,87)	0,365	0,298	0,836
Индекс симптоматического дистресса	1,81 (0,67)	2,23 (0,74)	1,94 (0,70)	0,006**	0,075†	,090†

Показатели тяжести клинической симптоматики	ШИЗ (n=87)	ШАР (n=35)	ТД (n=52)	ШИЗ и ШАР	ШИЗ и ТД	ШАР и ТД
	М (SD)			p (U критерий Манна-Уитни)		
Соматизация	0,78 (0,76)	0,95 (0,84)	1,13 (0,89)	0,251	0,007**	0,221
Обсессивно-компульсивные расстройства	1,17 (0,88)	1,50 (1,02)	1,31 (0,84)	0,102	0,260	0,471
Интерперсональная чувствительность	1,17 (0,94)	1,49 (1,13)	1,27 (0,84)	0,182	0,393	0,559
Депрессия	1,16 (0,91)	1,57 (1,04)	1,55 (0,94)	0,040*	0,016*	0,982
Тревога	0,88 (0,76)	1,26 (1,02)	1,21 (1,03)	0,089^t	0,09^t	0,808
Враждебность	0,59 (0,62)	1,01 (0,96)	0,88 (0,87)	0,05^t	0,037*	0,719
Фобическая тревога	0,72 (0,89)	0,91 (0,99)	0,87 (1,00)	0,478	0,416	0,936
Параноидное мышление	0,96 (0,83)	1,07 (0,95)	0,80 (0,78)	0,625	0,234	0,188
Психотизм	0,79 (0,77)	0,99 (0,77)	0,76 (0,68)	0,168	0,773	0,209

Примечание: М – среднее значение; SD – стандартное отклонение; n – число испытуемых в группах; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$; t – статистически достоверная тенденция ($p < 0,10$).

Больные шизоаффективным психозом отличались от пациентов с шизофренией повышенным уровнем тревожности ($p_{HADS}=0,048$; $p_{SCL}=0,08$), враждебности ($p=0,05$) и депрессивной симптоматики ($p=0,04$). Важно отметить, что по тяжести психопатологической симптоматики больные шизоаффективным психозом не отличались от группы больных с тревожными и депрессивными расстройствами, за исключением показателя симптоматического дистресса – в группе больных ШАР он несколько выше ($p=0,09$).

Больные с тревожными и депрессивными расстройствами отличались от больных шизофренией преобладанием симптомов тревоги, соматизации, депрессии и враждебности.

2.3. Нарушения ментализации при шизоаффективном расстройстве

Нарушение способности к ментализации у больных с шизоаффективным расстройством по сравнению с больными других клинических групп и со здоровыми испытуемыми

Для проверки гипотезы о большей сохранности способности к ментализации у больных шизоаффективным расстройством по сравнению с больными шизофренией, но меньшей по сравнению с больными тревожными и депрессивными расстройствами и группой нормы, был проведен сравнительный анализ этой способности в четырех группах испытуемых. Так как на основе метода двухфакторного анализа ANOVA 2×3 было установлено отсутствие влияния факторов пола (2 градации) и возраста (3 градации) на число правильных ответов по тесту «Глаза» ($r_{\text{пол}}=0,187$; $r_{\text{возраст}}=0,413$; $r_{\text{пол}*\text{возраст}}=0,439$), группы испытуемых не выравнивались по возрасту и полу.

На рис. 2.2 представлена гистограмма с распределением ответов испытуемых из групп больных с шизоаффективным психозом и нормы.

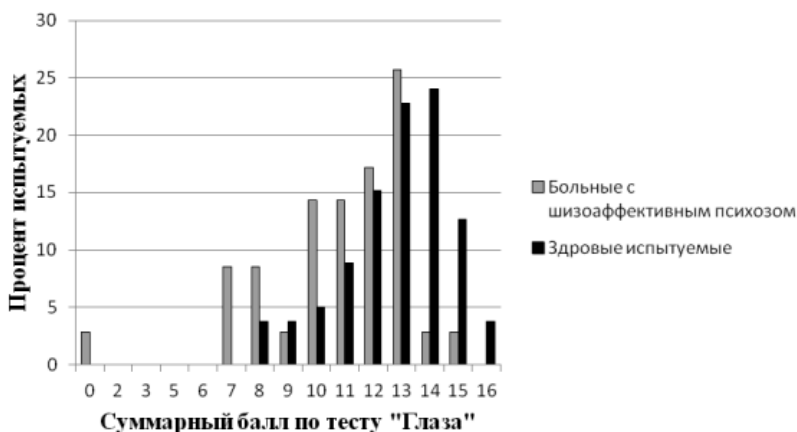


Рис. 2.2. Процент испытуемых из группы больных с шизоаффективным психозом (n=35) и здоровых испытуемых (n=79), набравших разное количество баллов по тесту «Глаза»

Как видно из рис. 2.2, в 70 % случаев больные с шизоаффективным психозом правильно называли менее 12 карточек из 16, в то же время большая часть здоровых испытуемых правильно определяла 13 психических состояний из 16. При этом никто из здоровых испытуемых не попал в зону случайного выбора (менее 8 карточек), в то же время у больных с ШАР в эту зону попали 10 % испытуемых.

На рис. 2.3 представлена гистограмма с распределением ответов испытуемых из групп больных шизофренией, с шизоаффективным психозом и депрессивных расстройств.

На гистограмме видно, что большинство больных с шизофренией (70 %) выбрали правильный ответ не более, чем в 11 случаях, больше половины больных с шизоаффективным психозом (70 %) правильно определили психическое состояние по глазам не более, чем в 12 карточках, большая часть больных с тревожными и депрессивными расстройствами (около 70 %) — правильно называла 12 карточек и более. При этом в зоне случайного угадывания оказывается около 20 % больных с шизофренией, 10 % — ШАР и только 5 % больных с тревожными и депрессивными расстройствами.

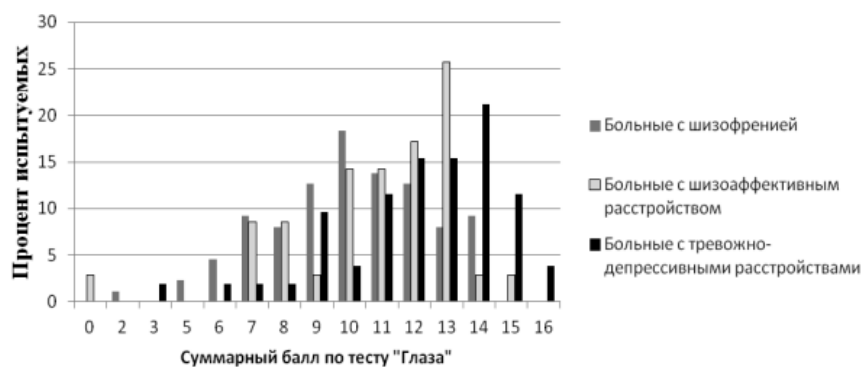


Рис. 2.3. Процент испытуемых из групп больных с шизофренией (n=87), шизоаффективным психозом (n=35) и тревожно-депрессивными расстройствами (n=52), набравших разное количество баллов по тесту «Глаза»

На рис. 2.3 видно, что больные с шизоаффективным расстройством по результатам выполнения теста «Глаза» занимают промежуточное положение между больными с шизофренией и больными с тревожными и депрессивными расстройствами. Полученные данные свидетель-

ствуют о том, что социальное познание в форме способности к ментализации у больных с шизоаффективным расстройством более сохранно по сравнению с больными шизофренией, но менее — по сравнению с больными тревожными и депрессивными расстройствами, что служит косвенным доказательством модели спектра.

В табл. 2.3 приведены результаты сравнительного анализа способности к ментализации в четырех группах испытуемых с применением критерия Манн-Уитни.

Таблица 2.3. Средние значения и стандартные отклонения показателя правильных выборов в тесте «Глаза» в четырех группах испытуемых (здоровые, больные с шизофренией, больные с шизоаффективным психозом, больные с тревожно-депрессивными расстройствами) (Mann — Whitney U-test)

Средний балл по тесту «Глаза»	Больные с шизофренией (n=87)	Больные с шизоаффективным психозом (n=35)	Больные с тревожными и депрессивными расстройствами (n=52)	Здоровые испытуемые (n=79)
М	10,04 ^{a,b,d}	11,09 ^{a,c,e}	12,14 ^{b,c}	12,78 ^{d,e}
(SD)	(2,49)	(2,8)	(2,6)	(1,9)

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; а — различия между группами больных шизофренией и шизоаффективным психозом на уровне $p < 0,05$; b — различия между группами больных шизофренией и тревожными и депрессивными расстройствами на уровне $p < 0,000$; c — различия между группами больных шизоаффективным психозом и тревожными и депрессивными расстройствами на уровне $p < 0,05$; d — различия между группами больных шизофренией и здоровыми испытуемыми на уровне $p < 0,000$; e — различия между группами больных шизоаффективным психозом и здоровыми испытуемыми на уровне $p < 0,000$.

Как видно из табл. 2.3, хуже всего с задачей распознавания справились больные с шизофренией, в среднем они смогли правильно определить психическое состояние по глазам в 10 карточках из 16. Больные с шизоаффективным расстройством в среднем правильно определили психическое состояние в 11 случаях из 16 возможных. Больные с тревожными и депрессивными расстройствами давали правильные ответы в 12 случаях из 16, что сопоставимо с результатом здоровых лиц. В целом, у больных обеих групп шизофренического спектра способность к ментализации в форме распознавания психического состо-

яния по глазам оказалась сниженной как по сравнению со смешанной группой тревожных и депрессивных пациентов, так и с нормой. Таким образом, величины параметра способности к ментализации составили континуум, что служит косвенным доказательством модели спектра (рис. 2.4).

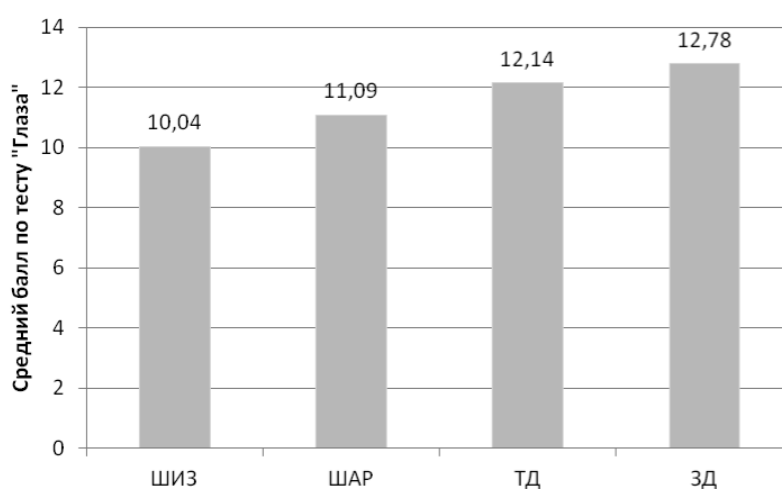


Рис. 2.4. Средние баллы по тесту «Глаза» в группах больных с шизофренией (ШИЗ), шизоаффективным психозом (ШАР), тревожными и депрессивными расстройствами (ТД) и здоровых испытуемых (ЗД)

Взаимосвязь показателей способности к ментализации у больных с шизоаффективным расстройством с психопатологической симптоматикой, социальной мотивацией, социальными стратегиями поведения и алекситимией

Для достижения целей исследования и выявления возможных связей между успешностью выполнения теста «Глаза», с одной стороны, и социальной мотивацией, социальными стратегиями поведения и алекситимией, с другой, испытуемым было предложено заполнить ряд соответствующих опросников. В табл. 2.4 представлены данные о

связях между успешностью выполнения теста «Глаза» и показателями психопатологических шкал HADS и SCL-90. Так как распределение всех изучаемых показателей отличалось от нормального, здесь и далее применялся коэффициент корреляции Спирмена.

Таблица 2.4. Связь суммарного балла по тесту «Глаза» с показателями психопатологической симптоматики в группе больных с шизоаффективным психозом

Показатели шкал	Суммарный балл по тесту «Глаза» (n=35)	
	Коэффициент корреляции Спирмена	Значимость (2-сторонняя)
HADS Госпитальная шкала тревоги и депрессии		
Тревога	-0,057	0,747
Депрессия	-0,006	0,975
SCL-90-R Опросник выраженности психопатологической симптоматики		
Общий индекс тяжести	-0,004	0,982
Общее число утвердительных ответов	0,063	0,727
Индекс симптоматического дистресса	-0,024	0,898
Соматизация	-0,079	0,661
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,003	0,985
Интерперсональная чувствительность	-0,132	0,465
Депрессия	-0,002	0,989
Тревога	0,062	0,732
Враждебность/агрессивность	0,109	0,547
Фобическая тревога	-0,001	0,994
Параноидное мышление	0,062	0,732
Психотизм	0,252	0,158

Как видно из табл. 2.4., значимые связи между успешностью распознавания психического состояния другого человека и показателями психопатологической симптоматики, измеренными с помощью клинических шкал HADS и SCL-90, отсутствуют.

Для выявления связей между ментализацией, с одной стороны, и социальной мотивацией и социальными стратегиями поведения, с другой, помимо теста «Глаза» испытуемым было предложено заполнить опросники, оценивающие уровень социальной ангедонии, социальной тревожности и склонность сравнивать себя с другими людьми.

В табл. 2.5 представлены данные о корреляционных связях между изучаемыми показателями.

Как видно из табл. 2.5, связей между неспособностью испытывать удовольствие, склонностью испытывать дистресс и тревогу в социальных ситуациях и успешностью выполнения теста «Глаза» установлено не было. Не обнаружено значимых связей между такими стратегиями поведения в социальных ситуациях, как избегание и склонность сравнивать себя с другими людьми, с одной стороны, и способностью к ментализации — с другой.

Таблица 2.5. Связь суммарного балла по тесту «Глаза» с показателями методик, оценивающих социальную мотивацию и социальные стратегии поведения в группе больных с шизоаффективным психозом

Показатели шкал	Суммарный балл по тесту «Глаза» (n=35)	
	Коэффициент корреляции Спирмена	Значимость (2-сторонняя)
Шкала социальной ангедонии (RSAS)	0,007	0,967
Краткая шкала страха негативной социальной оценки (BFNE)	0,160	0,489
Шкала социального избегания и дистресса (SADS), в т.ч.:	0,075	0,670
социальный дистресс	0,051	0,772

Показатели шкал	Суммарный балл по тесту «Глаза» (n=35)	
	Коэффициент корреляции Спирмена	Значимость (2-сторонняя)
социальное избегание	0,071	0,686
ориентация на социальные сравнения (INCOM), в т.ч.	0,326	0,129
сравнение способностей	0,361	0,141
сравнение мнений	0,086	0,773

Примечание: n – число испытуемых; «*» – корреляция значима на уровне $p < 0,05$.

Связей между способностью к ментализации и алекситимией, измеренной с помощью опросника TAS-20, также установлено не было (табл. 2.6).

Таблица 2.6. Связь между показателями алекситимии и суммарным баллом по тесту «Глаза» в группе больных с шизоаффективным расстройством

Показатели шкал	Суммарный балл по тесту «Глаза» (n=35)	
	Коэффициент корреляции Спирмена	Значимость (2-сторонняя)
Торонтская шкала алекситимии (TAS-20), в т.ч.:		
трудности идентификации чувств	-0,029	0,894
трудности описания чувств	0,104	0,637
внешне-ориентированное мышление	-0,233	0,284
	0,117	0,596

Примечание: n – число испытуемых.

2.4. Нарушение эмпатии при шизоаффективном расстройстве

Нарушение способности к эмпатии у больных с шизоаффективным расстройством по сравнению с больными других клинических групп и со здоровыми испытуемыми

Для проверки гипотезы о большей сохранности способности к эмпатии у больных с шизоаффективным расстройством по сравнению с больными шизофренией, но меньшей по сравнению с больными тревожными и депрессивными расстройствами и группой нормы, был проведен сравнительный анализ эмпатических способностей в четырех группах испытуемых. Так как на основе метода двухфакторного анализа ANOVA 2×3 было установлено наличие влияния фактора пола (2 градации) на способности к децентрации и эмпатической заботе ($p=0,014$, $p=0,004$, соответственно) при отсутствии влияния фактора возраста (3 градации), группы испытуемых были выровнены по полу: в группу здоровых испытуемых были включены 31 мужчина и 29 женщин (средний балл тревоги HADS — $3,9\pm 2,0$, средний балл депрессии HADS — $3,6\pm 2,3$), в группу больных с тревожными и депрессивными расстройствами — 11 мужчин и 9 женщин (средний балл тревоги HADS — $9,7\pm 5,0$, средний балл депрессии HADS — $7,9\pm 3,9$), в группу больных с шизоаффективным расстройством — 16 мужчин и 8 женщин (средний балл тревоги HADS — $9,6\pm 5,1$, средний балл депрессии HADS — $8,7\pm 5,4$) и, наконец, в группу больных шизофренией — 48 мужчин и 20 женщин (средний балл тревоги HADS — $7,0\pm 4,7$, средний балл депрессии HADS — $6,8\pm 4,1$), заполнивших опросник «Индекс межличностной реактивности». Отсутствие различий групп по гендерному составу проверялось с помощью критерия Хи-квадрат: статистика критерия = 4,274; $p=0,233$.

В табл. 2.7 приведены результаты сравнительного анализа эмпатических способностей в группе больных с шизоаффективным расстройством и здоровых испытуемых с применением критерия Манн-Уитни.

Как видно из табл. 2.7, не найдено статистически значимых различий между группой здоровых лиц и больными с шизоаффективным психозом по таким показателям, как децентрация, фантазирование и эмпатическая забота. Больные с шизоаффективным расстройством

более склонны испытывать эмпатический дистресс по сравнению с контрольной группой ($p=0,012$). Так как опросник «Индекс межличностной реактивности» является методом измерения эмпатии на основе самоотчета испытуемого, можно предположить, что больные с шизоаффективным психозом не склонны отмечать у себя дефицит способностей принимать в расчет точку зрения другого человека (децентрация), ставить себя на место вымышленных героев и сопереживать им (фантазирование), испытывать чувства симпатии, сочувствия и стремление оказывать помощь другим людям (эмпатическая забота). При этом испытуемые из группы пациентов с шизоаффективным расстройством признают наличие чувств тревоги и общего дискомфорта, возникающих в эмоционально насыщенных ситуациях, например, при наблюдении за переживаниями других людей (эмоциональный дистресс).

Таблица 2.7. Сравнение показателей индекса межличностной реактивности у больных с шизоаффективным психозом и здоровых испытуемых

Показатели опросника «Индекс межличностной реактивности IRI»	ШАР (n=24)	Здоровые испытуемые (n=60)	Значимость различий между группами (U критерий Манна-Уитни)
	М (SD)	М (SD)	Р
Децентрация	16 (4,2)	17,4 (4,6)	,288
Фантазирование	15,6 (6,1)	17,6 (4,6)	,426
Эмпатическая забота	15,3 (7,1)	17,2 (4,5)	,170
Эмпатический дистресс	14,4 (6,2)	10,7 (4,7)	,012*

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; n — число испытуемых в группах; * — различия на уровне $p<0,05$.

В табл. 2.8 представлены результаты сравнительного анализа эмпатических способностей в трех клинических группах — больных с шизофренией, шизоаффективным психозом и группой тревожных и депрессивных расстройств.

Таблица 2.8. Сравнение показателей индекса межличностной реактивности в группах больных с шизофренией (ШИЗ), шизоаффективным психозом (ШАР) и тревожно-депрессивными расстройствами (ТД)

Показатели шкал опросника «Индекс межличностной реактивности IRI»	ШИЗ (n=68)	ШАР (n=24)	ТД (n=20)	ШИЗ и ШАР	ШИЗ и ТДР	ШАР и ТДР
	М (SD)			P (U критерий Манна-Уитни)		
Децентрация	15,1 (4,3)	16 (4,2)	13,8 (5,9)	0,548	0,552	0,374
Фантазирование	16,2 (4,5)	15,6 (6,1)	16,5 (6,1)	0,777	0,995	0,742
Эмпатическая забота	16,9 (4,5)	15,3 (7,1)	18,3 (1,02)	0,486	0,918	0,617
Эмпатический дистресс	13,6 (5,5)	14,4 (6,2)	17,3 (4,2)	0,570	0,008**	0,090^t

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; n — число испытуемых в группах; «**» — корреляция значима на уровне $p < 0,01$; «^t» — корреляция значима на уровне статистически достоверной тенденции.

Как видно из табл. 2.8, не найдено статистически значимых различий между клиническими группами по таким показателям, как децентрация, фантазирование и эмпатическая забота. Самооценка больными с шизоаффективным расстройством своих эмпатических способностей сопоставима с самооценкой больных шизофренией и группой тревожных и депрессивных расстройств — все они не склонны отмечать у себя дефицит способностей принимать в расчет точку зрения другого человека (децентрация), ставить себя на место вымышленных героев и сопереживать им (фантазирование), испытывать чувства симпатии, сочувствия и желание оказывать помощь другим людям (эмпатическая забота). Больные с шизоаффективным расстройством и с шизофренией склонны испытывать меньший эмпатический дистресс по сравнению с больными тревожными и депрессивными расстройствами ($p=0,090$ и $p=0,008$, соответственно).

Связь показателей эмпатической способности у больных с шизоаффективным расстройством с психопатологической симптоматикой, социальной мотивацией, социальными стратегиями поведения и алекситимией

Для выявления возможных связей между эмпатической способностью, с одной стороны, и социальной мотивацией, социальными стратегиями поведения, а также общей ориентацией на психическую и эмоциональную сферу, с другой, был проведен корреляционный анализ.

В табл. 2.9 приведены результаты корреляционного анализа между средним баллом теста «Глаза» и показателями методики исследования эмпатических способностей в группе ШАР. Связей между успешностью выполнения теста «Глаза» и эмпатическими способностями в группе больных с шизоаффективным расстройством обнаружено не было.

Таблица 2.9. Связь между показателем теста «Глаза» и показателями методики исследования эмпатических способностей в группе больных с ШАР

Показатели шкал опросника «Индекс межличностной реактивности IRI»	Суммарный балл по тесту «Глаза» (n=24)	
	Коэффициент корреляции Спирмена	Значимость (2-сторонняя)
Децентрация	-0,061	0,782
Фантазирование	-0,072	0,745
Эмпатическая забота	-0,066	0,765
Эмпатический дистресс	0,111	0,615

В табл. 2.10 представлены данные о связях между эмпатическими способностями больных с шизоаффективным расстройством и показателями психопатологических шкал HADS и SCL-90. Так как распределение всех изучаемых показателей отличалось от нормального, здесь и далее применялся коэффициент корреляции Спирмена.

Таблица 2.10. Связь между показателями индекса межличностной реактивности и показателями психопатологической симптоматики в группе больных с шизоаффективным расстройством

Показатели шкал	Показатели индекса межличностной реактивности (n=24)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
HADS Госпитальная шкала тревоги и депрессии				
Тревога	-0,168	0,065	0,005	0,451*
Депрессия	-0,599*	-0,200	-0,224	0,481*
SCL-90-R Опросник выраженности психопатологической симптоматики				
Общий индекс тяжести	-0,237	-0,036	-0,019	0,389[†]
Общее число утвердительных ответов	-0,283	-0,101	-0,076	0,433*
Индекс симптоматического дистресса	-0,065	-0,061	0,025	0,132
Соматизация	-0,222	-0,050	-0,107	0,169
Обсессивно-компульсивные расстройства	-0,090	-0,093	0,075	0,391[†]
Интерперсональная чувствительность	-0,172	-0,042	0,068	0,340
Депрессия	-0,373[†]	-0,011	-0,114	0,451*

Показатели шкал	Показатели индекса межличностной реактивности (n=24)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
Тревога	-0,171	0,024	-0,024	0,263
Враждебность / агрессивность	-0,346	-0,047	-0,302	0,140
Фобическая тревога	-0,152	0,059	0,050	0,523*
Параноидное мышление	-0,036	0,070	0,272	0,268
Психотизм	-0,238	-0,042	-0,026	0,452*

Примечание: n — количество испытуемых; «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); «†» — корреляция значима на уровне статистически достоверной тенденции ($p < 0,10$).

Как видно из табл. 2.10, существует умеренная отрицательная связь между способностью испытуемых принимать во внимание точку зрения других людей (децентрация) и уровнем депрессии, измеренным обеими клиническими шкалами. С уровнем эмоционального дистресса положительно связаны показатели тревоги, депрессии и психотизма (на уровне статистически достоверной связи), а также общий индекс тяжести SCL-90 и обсессивно-компульсивная симптоматика (на уровне тенденции). Таким образом, в группе больных с шизоаффективным расстройством клиническая симптоматика связана с такими параметрами эмпатии, как способность к децентрации и эмоциональный дистресс, — чем выше у испытуемого уровень тревоги, депрессии, психотизма, а также общей тяжести симптоматики, тем сильнее он подвержен стрессовому воздействию в эмоционально насыщенных ситуациях и способен в меньшей степени встать на точку зрения другого человека.

Результаты корреляционного анализа связей между эмпатическими способностями, социальной мотивацией и социальными стратегиями поведения представлены в табл. 2.11.

Таблица 2.11. Связь между показателями индекса межличностной реактивности и показателями методик, оценивающих нарушения социальной мотивации в группе больных с шизоаффективным психозом

Показатели шкал	Показатели индекса межличностной реактивности (n=24)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
Шкала социальной ангедонии (RSAS)	-0,444*	-0,393^t	-0,543**	-0,121
Краткая шкала страха негативной социальной оценки (BFNE)	-0,134	0,040	0,123	0,662**
Шкала социального избегания и дистресса (SADS), в т.ч.:	-0,458*	-0,109	- 0,102	0,451*
социальный дистресс	-0,414*	-0,033	-0,046	0,490*
социальное избегание	-0,357^t	-0,194	-0,162	0,382^t
Ориентация на социальные сравнения, в т.ч.:	0,117	0,185	0,251	0,396^t
сравнение способностей	-0,028	0,201	0,292	0,465^t

Показатели шкал	Показатели индекса межличностной реактивности (n=24)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
сравнение мнений	0,527*	0,205	0,601**	0,130

Примечание: n — количество испытуемых; «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); «***» — корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя); «t» — корреляция значима на уровне статистически достоверной тенденции ($p < 0,10$).

Из табл. 2.11 видно, что социальная ангедония приводит к снижению практически всех показателей эмпатии, а повышение всех показателей социальной тревожности (социального дистресса, избегания и страха оценки) приводит к росту эмпатического дистресса и, напротив, к снижению способности к децентрации. Стоит специально отметить обратные связи этих двух шкал опросника с показателями негативной социальной мотивации — чем она выше, тем выше дистресс и, напротив, ниже способность к децентрации. Показатель способности к децентрации снижается при возрастании показателей социальной ангедонии и социальной тревожности: пациенты, не получающие удовольствия от общения с другими людьми, имеющие тенденцию испытывать тревогу и дискомфорт в социальных ситуациях, характеризуются снижением способности к учету точки зрения другого человека. Способность к децентрации снижается и при наличии тенденции к избеганию социальных ситуаций. При повышении показателя социальной ангедонии отмечается снижение таких параметров эмпатии, как фантазирование и эмпатическая забота: больные с шизоаффективным расстройством, имеющие сниженную способность получать удовольствие в социальных ситуациях, характеризуются большим дефицитом способностей понимать чувства и действия вымышленных персонажей, переносить себя на их место (фантазирование), а также сниженной способностью сочувствовать и сопереживать другим людям.

Такой параметр, как эмпатический дистресс, положительно связан с показателями социальной тревожности: высокий уровень дистресса, возникающий в социальных ситуациях, связан с высокими показателями социального избегания (0,490; $p < 0,01$) и дистресса (0,382; $p < 0,1$). Особенно высокая прямая связь обнаружена между эмпатическим дистрессом и страхом негативной оценки (0,662; $p < 0,01$): чем выше

у испытуемых из группы ШАР показатели страха социальной оценки, тем большие дискомфорт и тревогу они испытывают в ситуациях межличностного взаимодействия.

Выявлено наличие связей между общим показателем шкалы ориентации на социальные сравнения INCOM и показателем подшкалы «сравнение способностей», с одной стороны, и эмпатическим дистрессом — с другой ($0,05 < p < 0,1$): чем чаще больные с ШАР прибегают к сравнению своих способностей, достижений, социального положения с аналогичными характеристиками других людей, тем больший дискомфорт и тревогу они испытывают в межличностном общении. Получены значимые положительные корреляции между показателем подшкалы «сравнение мнений» INCOM и такими эмпатическими способностями, как децентрация ($0,527$; $p < 0,05$) и эмпатическая забота ($0,601$; $p < 0,01$): чем чаще испытуемые из группы ШАР интересуются мнениями других людей и обмениваются опытом с ними, тем выше их способность понимать и учитывать точку зрения других, а также проявлять сочувствие и заботу. Связи являются логически понятными — частое сравнение способностей может быть далеко не всегда в свою пользу и ведет к росту дистресса, интерес же к мнению других людей, напротив, позволяет учитывать их позицию, тем самым способствует большей гибкости и облегчает децентрацию.

В табл. 2.12 представлены результаты анализа корреляционных связей между эмпатическими способностями больных с шизоаффективным расстройством и показателями алекситимии.

Таблица 2.12. Связь показателей индекса межличностной реактивности с показателями алекситимии

Показатели шкал	Показатели межличностного индекса реактивности (n=24)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
Торонтская шкала алекситимии (TAS-20), в т.ч.:	-0,221	-0,014	-0,057	0,161

Показатели шкал	Показатели межличностного индекса реактивности (n=24)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
трудности идентификации чувств	-0,039	0,315	0,043	0,079
трудности описания чувств	-0,046	0,025	0,041	0,210
внешне-ориентированное мышление	-0,405^t	-0,490*	-0,242	-0,006

Примечание: n — количество испытуемых; «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); «t» — корреляция значима на уровне статистически достоверной тенденции ($p < 0,10$).

Обнаружена статистически значимая обратная связь между способностью к фантазированию и внешне-ориентированным мышлением: больные с шизоаффективным расстройством, имеющие особый алекситимный когнитивный стиль (бедность фантазии, невнимание к своему внутреннему миру, преобладание наглядно-действенного мышления над абстрактно-логическим), характеризуются дефицитом способностей понимать чувства и действия вымышленных персонажей, переносить себя в воображении на их место. Данный результат ожидаем, поскольку бедность фантазии является одной из ключевой характеристик алекситимии. Внешне-ориентированное мышление также связано со снижением способности к децентрации, т. е. способности вставать на позицию другого человека и брать в расчет его точку зрения.

2.5. Обсуждение результатов и выводы

Результаты сравнительного исследования способности к распознаванию психического состояния по выражению глаз у больных с шизоаффективным психозом говорят о большей сохранности процессов ментализации у данной группы больных по сравнению с больными

шизофренией, но меньшей — по сравнению с больными с тревожными и депрессивными расстройствами и группой здоровых испытуемых, что служит косвенным подтверждением модели спектра и наличия континуума нарушений социального познания и промежуточного положения шизоаффективного психоза на границах двух спектров — шизофренического и аффективного.

Корреляционных связей между суммарным баллом теста «Глаза» и показателями психопатологической симптоматики, измеренными с помощью клинических шкал SCL — 90 и HADS, в группе больных шизоаффективным психозом обнаружено не было — успешность определения психического состояния по выражению глаз не связана с тяжестью психопатологической симптоматики. Так как в исследовании А.Б. Холмогоровой и соавт. (2016), посвященном исследованию процессов ментализации в объединенных группах больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, была установлена связь между успешностью выполнения теста «Глаза» и тяжестью психопатологической симптоматики (наиболее значимые связи были получены для подшкал тревоги, депрессии и психотизма SCL-90), перспективным является увеличение выборки больных с шизоаффективным расстройством.

Согласно полученным данным, социальная тревожность и ангедония не оказывают существенного влияния на определение психического состояния по глазам у пациентов с ШАР. Отмечается отсутствие корреляционных связей между суммарным баллом по тесту «Глаза» и такой стратегией поведения, как сравнение себя с другими людьми — склонность сравнивать свои способности, достижения и социальный статус, а также частый обмен мнениями с другими не оказывает значимого влияния на способность к имплицитной ментализации.

На выборке больных с ШАР не получено также значимых корреляций между алекситимией и успешностью выполнения теста «Глаза» — трудности идентификации и описания чувств, а также тенденция к внешне-ориентированному мышлению не связаны с успешностью определения психического состояния по выражению глаз. Полученный результат может быть объяснен спецификой теста «Глаза» — испытуемому необходимо выбрать одно из предложенных четырех слов, описывающих психическое состояние другого, при этом не учитывается бедность их эмоционального словаря (одна из главных характеристики алекситимии). С другой стороны, можно предположить также недостаточную способность к осознанию своих дефицитов у больных с ШАР при заполнении методики алекситимии.

Результаты сравнительного исследования эмпатии у больных с шизоаффективным психозом на основании самооценочного опросника Дэвиса не подтверждают гипотезу о наличии спектрального континуума нарушений эмпатической способности и говорят о сходстве самооценки по данному параметру в группах больных и здоровых испытуемых: больные с шизоаффективным психозом, также как больные шизофренией и тревожными и депрессивными расстройствами, не склонны отмечать у себя дефицит способностей принимать в расчет точку зрения другого человека (децентрация), ставить себя на место вымышленных героев и сопереживать им (фантазирование), испытывать чувства симпатии, сочувствия и желание оказывать помощь другим, при этом результат больных шизоаффективным психозом сопоставим с результатом здоровых лиц. Важные отличия обнаружены только по параметру «эмпатический дистресс» — больные с шизоаффективным психозом, также как больные шизофренией и тревожными и депрессивными расстройствами, склонны отмечать у себя больший дискомфорт и напряжение, возникающие в ситуациях эмоционально насыщенного межличностного общения, по сравнению со здоровыми испытуемыми, при этом уровень испытываемого дискомфорта у больных с ШАР был сопоставим с больными шизофренией, но отличался от уровня больных с тревожными и депрессивными расстройствами (у последних — уровень тревоги и напряжения, возникающих в ситуациях межличностного общения, выше).

Согласно данным исследований [Рычкова, Москачева, Холмогорова, 2015], высокий уровень эмоционального дистресса (эмоциональное заражение) отрицательно сказывается на более высоких формах эмпатии (способности сопереживать и проявлять эмпатическую заботу). Это позволяет выдвинуть предположение о снижении способности больных шизоаффективным расстройством к высшим формам эмпатии при условии измерения ее экспериментальным методом, по сравнению с результатами здоровых лиц.

Полученные результаты говорят о связи клинических характеристик пациентов с шизоаффективным психозом с самооценкой их эмпатических способностей. Наиболее значимыми являются связи психопатологической симптоматики с переживанием эмпатического дистресса: чем более отчетливо выражены симптомы депрессии, тревоги, обсессивно-компульсивных расстройств, а также общий индекс тяжести состояния, тем в меньшей степени устойчив пациент к стрессирующему воздействию эмоций другого человека и тем меньше готовность вста-

вать на точку зрения другого человека (корреляции высокой значимости получена для показателя депрессии — 0,599, $p < 0,05$). Следовательно, можно предположить, что по мере нарастания степени выраженности клинического неблагополучия способность пациента к адекватному разделению чувств другого, сопереживанию и сочувствию будет снижаться. Для проверки данного предположения необходимо проведение дальнейшего исследования эмпатических способностей с применением экспериментальных методов исследования эмпатии.

Обнаружены связи эмпатических способностей с социальной мотивацией, стратегиями социального поведения и алекситимией. Неспособность испытывать удовольствие в социальных ситуациях снижает способности больных шизоаффективным расстройством учитывать позицию других людей, понимать мотивы их поступков, проявлять по отношению к ним чувства симпатии и заботы. Высокая социальная тревожность не только делает больных уязвимыми в ситуациях напряженного межличностного общения (высокие значимые корреляции с показателями эмпатического дистресса), но и снижает их способность понимать другого, брать в расчет его точку зрения. Применяемые больными стратегии социального избегания и сравнения своих способностей, достижений, статуса с аналогичными характеристиками других людей также увеличивают их уязвимость в ситуациях межличностного общения. Избегание социальных контактов, низкий интерес к мнению других людей и обмену опытом с ними связаны со снижением способности больных с ШАР к пониманию и учету отличной от своей точки зрения, а также к проявлению эмпатической заботы, что делает стратегии избегания и социальных сравнений (прежде всего в аспекте сравнения своих способностей) важными мишенями помощи данной группе больных.

Получены также ожидаемые корреляции между алекситимией и эмпатическими способностями — характерное для алекситимного радикала невнимание к своему внутреннему миру, ориентация на мир внешних вещей, бедность фантазии (экстернально-ориентированное мышление) отрицательно влияет на способности испытуемых понимать чувства и мотивы поведения других людей.

Выводы

1. Способность к ментализации (в виде способности к определению психического состояния другого человека по выражению его

глаз) у больных с шизоаффективным психозом снижена по сравнению со здоровыми испытуемыми.

2. Больные с шизоаффективным психозом по степени успешности распознавания психического состояния по глазам занимают промежуточное место между больными с шизофренией и больными с тревожными и депрессивными расстройствами.

3. Не выявлено связей между способностью к ментализации и психопатологической симптоматикой у больных с ШАР, что совпадает с данными зарубежных исследований об относительной независимости СП от клинической симптоматики. Также не обнаружено связей ментализации с негативной социальной мотивацией у больных с ШАР, что оказалось несколько неожиданным и может говорить об относительной устойчивости способности к ментализации или же трудностях оценки своего состояния у больных с ШАР.

4. Самооценка показателей эмпатических способностей больных с шизоаффективным психозом сопоставима с самооценкой здоровых лиц, за исключением уровня эмпатического дистресса. При самоотчете пациенты отмечают более высокий уровень эмпатического дистресса по сравнению со здоровыми, т. е. повышенную склонность к переживанию чувства дискомфорта и тревоги в ситуациях напряженного межличностного взаимодействия. Это позволяет выдвинуть предположение об особом эмпатическом профиле больных шизоаффективным расстройством — склонности к проявлению менее зрелых форм эмпатии (эмоциональное заражение) при дефиците высших ее форм.

5. С психопатологической симптоматикой, прежде всего с симптомами депрессии и тревоги, тесно связан показатель эмпатического дистресса: чем сильнее выражено клиническое неблагополучие пациента, тем чаще в ситуациях межличностного общения он проявляет незрелые формы эмпатии (эмоциональное заражение) при возможном дефиците высших ее форм (способности сопереживать другим людям и проявлять по отношению к ним заботу, понимать их точку зрения). Кроме этого эмпатический дистресс прямо связан со всеми показателями социальной тревожности.

6. Напротив, децентрация или способность к смене позиции обратно связана с социальной тревожностью, а также с ангедонией. Помимо этого социальная ангедония отрицательно связана практически со всеми компонентами эмпатии у больных с шизоаффективным расстройством, за исключением эмпатического дистресса: она снижает способность учитывать позицию других людей, понимать мотивы их поступ-

ков, проявлять по отношению к ним чувства симпатии и заботы. Таким образом, высокая социальная тревожность и стратегия избегания связаны с особым профилем эмпатии пациентов — высокой уязвимостью в ситуациях напряженного межличностного общения при снижении их способности понимать другого, брать в расчет его точку зрения.

7. Склонность к частым социальным сравнениям, прежде всего в аспекте своих способностей, повышает уязвимость больных в ситуациях межличностного общения. Напротив, показатель частоты сравнения своего мнения с мнением других людей повышает способность к децентрации и заботе о других. Невысокий интерес к мнению других людей и обмену опытом с ними снижают способности больных с ШАР понимать и учитывать точку зрения других людей, а также проявлять по отношению к ним эмпатическую заботу.

8. Внешне-ориентированное мышление, как один из параметров алекситимии, отрицательно влияет на способности испытуемых понимать чувства и мотивы поведения других людей.

В заключение важно подчеркнуть необходимость продолжения исследования нарушения социального познания у больных с ШАР с расширением клинической выборки и добавлением экспериментальных методов исследования эмпатии с целью получения более надежных результатов.

Библиография

Дробижев М.Ю. Нейрональная пластичность — новая мишень в терапии депрессии. М.: НИЦПЗ РАМН, 1993. 24 с.

Гаряня Н.Г., Пушкина Е.С. Проверка валидности и надежности русскоязычной версии методики «Шкала ориентации на социальные сравнения Iowa-Netherlands» в выборке студентов // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 2. С. 64–92.

Гурович И.Я., Папсуев О.О., Миняйчева М.В. и др. Социальные когниции при шизофрении и расстройствах шизофренического спектра // Доктор.Ру. 2014. № 6(94). С. 70–76.

Дробижев М.Ю. Нейрональная пластичность — новая мишень в терапии депрессии. М.: НИЦПЗ РАМН, 1993. 24 с.

Карягина Т.Д., Будаговская Н.А., Дубровская С.В. Адаптация многофакторного опросника эмпатии М. Дэвиса // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 202–227.

Краснова В.В., 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.

Рычкова О.В., Москачева М.А., Холмогорова А.Б. Сравнение способности к эмпатии у больных шизофренией и шизоаффективным психозом [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2015. № 6(35). URL: <http://mprj.ru> (дата обращения: 22.10.2016)

Старостина Е.Г., Тейлор Г.Д., Квилти Л.К., Боброва 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.

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.

Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса / СПб: Питер, 2001. 272 с.

Холмогорова 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/expsy.2015080310

Шизофрения / Под ред. М. Мэйа, Н. Сарториуса. Киев: Сфера, 2005. 488 с.

Anderson G., Maes M. Schizophrenia: linking prenatal infection to cyto-kines, the tryptophan catabolite (TRYCAT) pathway, NMDA receptor hypofunction, neurodevelopment and neuroprogression // Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry. 2012. № 42. P. 5–19.

Bagby, R.M., Parker, J.D., and Taylor, G.J. The twenty-item Toronto Alexithymia scale. I. Item selection, and cross-validation of the factor structure // J. Psychosom. Res. 38. 1993. P. 23–32.

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 // J. Child Psychol. Psychiat. Allied Disciplines. 2001. Vol. 42(2). P. 241–251.

Berk M., Kapczinski F., Andreazza A., Dean O., Giorlando F., Maes M., Yücel M., Gama C., Dodd S., Dean B. Pathways underlying neuroprogression in bipolar disorder: focus on inflammation, oxidative stress and neurotrophic factors // Neurosci. Biobehav. Rev. 2011. № 35. P. 804–817.

Bora E., Yücel M., Pantelis Ch. Cognitive functioning in schizophrenia, schizoaffective disorder and affective psychoses: meta-analytic study // The British Journal of Psychiatry. 2009. Vol. 195. № 6. P. 475–482.

Caponigro J. Social Cognitive Deficits in Schizophrenia, Schizoaffective Disorder and Bipolar Disorder: Similarities and Differences [Электронный ресурс] // URL: <http://d-scholarship.pitt.edu/8829/>. Дата обращения: 16.10.2016

Coryell W., Keller M., Lavori P., Endicott J. Affective syndromes, psychotic features, and prognosis. I. Depression. Arch. Ge. Psychiatr. 1990a. Vol. 47. P. 651–657.

Coryel W., Keller M., Lavori P., Endicott J. Affective syndromes, psychotic features, and prognosis. II. Mania // Arch. Ge. Psychiatr. 1990b. Vol. 47. P. 651–657.

Chen Y. Face Perception in Schizophrenia Spectrum Disorders: Interface Between Cognitive and Social Cognitive Functioning / Ritsner M., editor. Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders. Dordrecht Heidelberg; London; New York: Springer, 2011. P. 111–120.

Craddock N., Owen M. The Kraepelinian Dichotomy — Going, Going... but Still Not Gone // The British Journal of Psychiatry. 2010. № 196(2). P. 92–95.

Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale // The British Journal of Psychiatry. 1976. № 128 (3). P. 280–289.

Davis M. Measuring individual differences in empathy: Evidence for a multidimensional approach // Journal of Personality and Social Psychology. 1983. Vol. 44(1). P. 113–126.

Doering S., Müller E., Köpcke W., Schüssler G. Predictors of Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder // Schizophrenia Bulletin. 1998. № 24(1). P. 87–98.

Ekeblad A., Falkenström F., Holmqvist R. Reflective Functioning as Predictor of Working Alliance and Outcome in the Treatment of Depression // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2015. 84(1). P. 67–78. doi: 10.1037/ccp0000055

Fiszdon JM., Richardson R., Greig T. et al. A comparison of basic and social cognition between schizophrenia and schizoaffective disorder // Schizophr Res. 2007. № 91(1–3). P. 117–121.

Kasanin J. The acute schizoaffective psychoses. 1933 // Am J Psychiatry. 1994. № 151(6). P. 144–154.

Gibbons F.X., Buunk B.P. Individual differences in social comparison: The development of a scale of social comparison orientation // Journal of Personality and Social Psychology. 1999. № 76. P. 129–142

Leary M. A Brief Version of the Fear of Negative Evaluation Scale // Personality and Social Psychology Bulletin. 1983. № 9(3). P. 371–375.

Maier W., Falkai F., Wagner M. Schizophrenia Spectrum Disorders: A Review/ Schizophrenia. Editor(s): Mario Maj, Norman Sartorius. 2001. P. 311–314.

Mancuso, Serafino G. et al. A comparison of schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder: Results from the Second Australian national psychosis survey // Journal of Affective Disorders . 2015. Vol. 172. P. 30–37.

Marneros A., Rohde A., Deister A. Unipolar and bipolar schizoaffective disorders: a comparative study. II. Long-term course / Eur. Arch. Psychiatry Neurol. Sei. 1989. Vol. 239. P. 164–170.

Marneros A, Deister A, Rohde A. Stability of diagnoses in affective, schizoaffective and schizophrenic disorders. Cross-sectional versus longitudinal diagnosis // Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 1991. Vol. 241. P. 187–192.

Mingrone C., Montemagni C., Sandei L., Rocca P. Coping strategies in schizoaffective disorder and schizophrenia: differences and similarities // Psychiatry Research. 2016. Vol. 244. P. 317–323.

Moylan S., Maes M., Wray N., Berk M. The neuroprogressive nature of major depressive disorder: pathways to disease evolution and resistance, and therapeutic implications // *Mol. Psychiatry*. 2012. № 18. P. 595–606.

Pagel T., Baldessarini R.J., Franklin J., Baethge C. Characteristics of patients diagnosed with schizoaffective disorder compared with schizophrenia and bipolar disorder // *Bipolar Disord.* 2013. № 15(3). P. 229–239.

Papsuev O., Movina L., Minyaycheva M., Gurovich I. Social cognition across stages and forms of schizophrenia // *European Psychiatry*, 2016, № 33. P. 260.

Pini S., Cassano G., Dell’Osso L., Amador X. Insight into illness in schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorders with psychotic features // *Am. J. Psychiatry*. № 158. P. 122–125

Reichenberg A. The assessment of neuropsychological functioning in schizophrenia // *Dialogues in Clinical Neuroscience*. № 12(3). 2010. P. 383–392.

Romosán R., Draghici A., Romosán F., et al. Cognitive and emotional deficits: a comparison between bipolar and schizoaffective patient [Электронный ресурс] // URL: <https://www.ecnp.eu/presentationpdfs/57/P.2.b.034.pdf>. Дата обращения: 16.10.2016

Santelmann H., Franklin J., Bußhoff J., Baethge Ch. Interrater reliability of schizoaffective disorder compared with schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression. A systematic review and meta-analysis // *Schizophrenia Research*. 2016. № 176(2–3). P. 357–363.

Simonsen C., Sundet K., Vaskinn A., Birkenaes A.B., Engh J.A., Faerden A. et al. Neurocognitive dysfunction in bipolar and schizophrenia spectrum disorders depends on history of psychosis rather than diagnostic group // *Schizophr. Bull.* № 37. 2011. P. 73–83.

Smith Matthew J. et al. Thalamic Morphology in Schizophrenia and Schizoaffective Disorder // *Journal of psychiatric research*. Vol. 45. № 3. 2011. P. 378–385.

Tadmor H., Levin M. Decoding emotion of the other differs among schizophrenia patients and schizoaffective patients: A pilot study // *Schizophrenia Research: Cognition*. 2016. № 5. P. 13–20.

Tarbox S.I., Brown L.H., Haas G.L. Diagnostic specificity of poor premorbid adjustment: Comparison of schizophrenia, schizoaffective disorder, and mood disorder with psychotic features // *Schizophrenia research*. № 141(1). 2001. P. 91–97.

Watson D., Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety // *J. Consulting and Clin. Psychol.* 1969. Vol. 33. P. 448–457.

Zigmond A.S., Snaith R.P. The hospital anxiety and depression scale // *Acta Psychiatr Scand.* 1983. № 67(6). P. 361–370.

ГЛАВА 3

НА СТЫКЕ ДВУХ СПЕКТРОВ: НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ ПРИ БИПОЛЯРНОМ РАССТРОЙСТВЕ

*Д.М. Царенко, Т.В. Довженко,
Т.Ю. Юдеева, А.Б. Холмогорова*

3.1. Современное состояние исследований нарушений социального познания при биполярном расстройстве

Общие сведения о биполярном аффективном расстройстве

Актуальность исследования нарушений СП при биполярном аффективном расстройстве (БАР) определяется широкой распространенностью этого расстройства, его клинической и социальной значимостью. Большое значение имеет исследование влияния факторов СП на течение и прогноз при биполярном аффективном расстройстве. Это касается как маниакальной, так и депрессивной фаз заболевания.

В последнее время отмечается повышенный интерес к проблеме изучения нейрокогнитивных функций и СП у больных биполярными аффективными расстройствами (БАР) [Samame, Martino, Strejilevich, 2012]. Дефицитарность в сфере СП, определяемого как многомерное понятие, включающее способность человека понимать других людей, свое соматопсихическое состояние, мотивацию человека к межличностным контактам [Fiske, Taylor, 1991; Kunda, 1999; Amodio, Frith, 2006], а также ментализации (одного из видов СП), рассматриваемой как способность человека распознавать как собственные ментальные процессы, так и психическое состояние других людей [Karlsson,

Kermott, 2006], может являться основой для серьезных нарушений поведения, а также затруднений повседневного и социального функционирования [Lahera, Montes, Benito, Valdivia, Medina, Mirapeix, 2008; Kurtz, Gerraty, 2009].

БАР является хроническим рецидивирующим заболеванием, характеризующимся депрессивными, маниакальными и смешанными эпизодами, симптоматика которых в большинстве наблюдений полностью редуцируется в периоды ремиссий [Мосолов, 2008]. Диагностика БАР, в частности, биполярной депрессии (БД), является сложной проблемой. Дифференциальный диагноз БАР проводится с рекуррентной депрессией, шизофренией, расстройствами личности, злоупотреблением психотропными веществами, аффективными расстройствами, обусловленными соматическими или неврологическими причинами [Ушкалова, Костюкова, Мосолов, 2012].

Клиническая картина БАР является сложной и характеризуется наличием в определенные периоды времени различных психопатологических проявлений: это депрессии и мании различной степени выраженности, смешанные состояния, симптомы тревоги, аффективно-бредовые проявления, нарушения поведения, расстройства когнитивной сферы и восприятия, а также некоторые соматовегетативные симптомы.

Фазы БАР развиваются аутохтонно. Интермиссия, наступающая вслед за завершением депрессивной фазы, характеризуется эутимым настроением и критичностью к перенесенному болезненному эпизоду. После перенесенного гипоманиакального состояния, которое переживается пациентом как ощущение повышенного благополучия, здоровья, работоспособности и не приводит, в отличие от развернутых маний, к нарушению поведения, пациенты начинают оценивать это состояние как нормальное самочувствие.

БАР выявляется у 0,5–4,3 % больных первичного звена медицинской помощи. По данным ряда исследований, распространенность БАР на протяжении жизни составляет не менее 2 % [Bauer, Pfennig, 2005; Merikangas, Akiskal, Angst, 2007].

Пациенты с БАР не менее половины жизни проводят в болезненном состоянии, при этом депрессии доминируют в структуре заболевания как по частоте, так и по продолжительности [Judd, Akiskal, Schettler, 2002].

Трудности диагностики БАР приводят к тому, что правильный диагноз устанавливается в среднем лишь через 8–12 лет после начала заболевания [Allilaire, 2010]. Использование современных диагности-

ческих критериев при исследовании пациентов с рекуррентным депрессивным расстройством (РДР) показало, что диагноз РДР был подтвержден только в 59,2 % наблюдений, а у 40,8 % пациентов диагноз был изменен на БАР [Ушкалова, Костюкова, Мосолов, 2012].

Депрессия при биполярном аффективном расстройстве, по данным ВОЗ, вызывает потерю большего числа лет жизни в связи с нетрудоспособностью (Disability-adjusted life year — DALY), чем все формы рака или неврологические расстройства, включая эпилепсию и болезнь Альцгеймера [Merikangas, Jin, He, 2011].

По данным зарубежных исследований, нарушение функционирования пациентов с БАР по выраженности сопоставимо со снижением социальной адаптации пациентов, страдающих таким тяжелым заболеванием, как шизофрения [Dickerson, Sommerville, Origoni, Ringel, Parente, 2001].

Нарушение психосоциального функционирования коррелирует с количеством эпизодов депрессии, включая субсиндромальные формы [Judd, Akiskal, Schettler, Endicott, Leon, 2005]. У пациентов с БАР особенно важно обращать внимание на симптомы депрессии, поскольку они являются фактором, ухудшающим социальное функционирование пациента на любой стадии заболевания [Pope, Dudley, Scott, 2007].

Значительным дезадаптирующим фактором для пациентов с БАР является наличие когнитивного дефицита [Torrent, Martinez-Aran, Daban, 2006]. БАР ассоциируется с высокой смертностью вследствие суицида, риск которого в 20–30 раз выше, чем в популяции [Pompili, Gonda, Serafini, 2013].

При БАР психосоциальная нестабильность проявляется в разных областях жизни пациентов: работа, отдых, семейные и супружеские отношения, социальная активность [Tohen, Hennen, Zarate, 2000; Zarate, Tohen, Land, Cavanagh, 2000; Huxley, Baldessarini, 2007]. Пациенты с БАР значительно чаще имеют неприятности на работе, совершают правонарушения, преступления [Calabrese, Hirschfeld, Reed, 2003].

Многие авторы отмечают, что социальная дезадаптация у пациентов с БАР проявляется не только во время аффективных рецидивов [Kerr, Dunbar, Bentall, 2003], [Ruggero, Chelminski, Young, Zimmerman, 2007]. Как отмечает MacQueen с соавторами [MacQueen, Hajek, Alda, 2005], 30 % — 60 % пациентов с БАР имеют социальный и профессиональный дисбаланс даже во время стабильного состояния (ремиссий). Многие авторы поддерживают эту точку зрения [Inoue, Tonooka, Yamada, Kanba, 2004; Bora, Vahip, Gonul, Akdeniz, Alkan, Ogut, Eryavuz,

2005; Lahera, Montes, Benito, Valdivia M, Medina, Mirapeix, 2008; Schenkel, Marlow O'Connor, Moss, Sweeney, Pavuluri, 2008].

Восстановление социальной активности у пациентов с БАР, особенно в профессиональной области, наступает значительно позже, чем исчезают клинические проявления заболевания [Schoeyen, Birkenaes, Vaaler, 2011].

У 20 % пациентов происходит инверсия фазы без какого-либо промежутка восстановления (континуальное течение), что значительно снижает их социально-экономический статус [Schoeyen, Birkenaes, Vaaler, 2011]. Социальное функционирование лучше восстанавливается, как правило, у более молодых пациентов. Независимыми предикторами лучшей социальной адаптации являются более высокий уровень образования и наличие семьи или гражданского брака [Wingo, Baldessarini, Holtzheimer, Harvey, 2010].

Между тяжестью симптомов БАР и уровнем социально-психологического функционирования была установлена тесная корреляционная связь [Judd, Akiskal, Schettler, Endicott, Leon, Solomon, 2005]. Однако противоположные результаты получены в другом исследовании. В течение 15 лет проводился мониторинг 33 пациентов с БАР, заболевание которых началось с эпизода мании. Авторы установили, что тяжесть симптомов и течение заболевания не являются определяющими факторами социального функционирования данных пациентов [Buraick, Goldberg, Harrow, 2010].

Нарушение социального познания как фактор социальной дезадаптации при БАР

Попытки выявления факторов, влияющих на социальное функционирование пациентов с БАР, предпринимавшиеся ранее, не дали существенных результатов. Исследовались когнитивные функции, злоупотребление алкоголем или наркотиками, побочные эффекты предыдущего фармакологического лечения, предыдущие эпизоды заболевания (в том числе их количество), преморбидные особенности функционирования, количество госпитализаций, неспособность следовать рекомендациям специалистов, личностные особенности, возраст начала заболевания. Интерпретация полученных данных, обобщение полученных результатов вызывали большие затруднения в связи с проблемой определения и измерения нарушений функционирования [Jaeger, Vieta, 2007].

Результаты ряда исследований свидетельствуют, что плохое функционирование пациентов с БАР в определенной степени связано со сниженной способностью к пониманию других людей, т. е. с процессами, объединенными в понятие «социальное познание».

Как известно, выделяют четыре основных домена, входящих в понятие «социальное познание», при анализе которого чаще всего обращаются к теории психического (Theory of Mind — ToM): эмоциональные процессы, социальное восприятие, теория психического и атрибутивный стиль [Pinkham, Penn, Green, Buck, Healey, Harvey, 2013]. Эти домены ассоциированы с одним из аспектов социального познания — теорией психического (Theory of Mind — ToM), определяющей возможность восприятия и оценки как своего собственного, так и психического состояния других людей, а также включающей желания, убеждения, знания, намерения и чувства [Frith, Frith, 2003]. При этом результаты ряда исследований демонстрируют, что нарушения социального познания при БАР, такие, как затруднение решения ложных, а также верных убеждений, выявляются даже вне периодов обострения расстройства [Judd, Akiskal, Schettler, 2003]. Это означает, что у пациентов сохраняются субсиндромальные симптомы, выраженность которых не соответствует критериям, позволяющим классифицировать данное состояние как рецидив. Наличие субсиндромальной аффективной неустойчивости может оказывать влияние на когнитивные процессы, описываемые теорией психического [McKinnon, Cusi, Macqueen, 2010].

На одном из этапов разработки модели ToM предметом специального изучения стала эмпатия. В настоящее время эмпатия рассматривается как многогранный процесс, включающий когнитивный и аффективный компоненты [Shamay-Tsoory, Harari, Szepsenwol, Levkovitz, 2009].

Результаты исследования, посвященного изучению различных параметров эмпатии [Bozidak, Kosmidis, Tonia, Gajyfallos, Focas, 2007], показали, что у больных БАР обнаружен дефицит способности к пониманию намерений других людей, т.е. нарушен когнитивный компонент эмпатии, который соотносим с понятием ментализации и теории психического. Это касается и нарушения эмоционального ответа на стресс у пациентов с БАР, что согласуется с выводами о нарушении у них восприятия эмоций других людей и регулирования собственных эмоциональных состояний. Дефицит когнитивного компонента эмпатии у пациентов с БАР коррелирует с усилением аффективного компонента [Shamay-Tsoory, Harari, Szepsenwol, Levkovitz, 2009]. Сни-

жение когнитивного компонента эмпатии связано со снижением когнитивной гибкости. В исследованиях Shamay-Tsoory [Shamay-Tsoory, Harari, Szepeswol, Levkovitz, 2009] установлено, что префронтальные дисфункции, более связаны с эмпатией, чем «гиперчувствительные» к эмоциональным стимулам лимбические структуры.

По мнению некоторых исследователей [Galvez, Thommi, Ghaemi, 2011], аффективная эмпатия у больных с БАР является положительным психологическим фактором в прогностическом отношении. В то же время остается невыясненным, каким образом изменение аффективного компонента эмпатии влияет на качество жизни пациентов, а также как связаны уровень эмпатии у пациентов с БАР и динамика заболевания, в частности, число эпизодов обострения расстройства.

Пациенты с БАР испытывают трудности в распознавании эмоций, что имеет существенное значение для их адекватной социальной адаптации [Demtl, Seidel, Kryspin-Exner, Hasmann, Dobmeier, 2009]. Согласно результатам ряда исследований, при БАР нарушено распознавание печали и гнева по выражению лица [McClure, Pope, Hoberman, Pine, Leibenluft, 2003], удивления и страха [Summer, Papadopoulou, Bruno, Cipolotti, Ron, 2006; Bozikas, Kosmidis, Tonia, Gajyfallos, Focas, 2007]. Получены данные, подтверждающие, что у пациентов с БАР имеются сложности в общей интерпретации выражения лица, которые наблюдаются даже в состоянии ремиссии заболевания [Bozikas, Kosmidis, Tonia, Gajyfallos, Focas, 2007; Demtl, Seidel, Kryspin Exner, Hasmann, Dobmeier, 2009].

При этом нарушения распознавания эмоций, обнаруженные у пациентов с БАР, не связаны с симптомами депрессии. В исследованиях, посвященных оценке способности к распознаванию эмоций [Venn, Gray, Montagne, Murray, Michael Burt, Frigerio, Perrett, Young, 2004; Summers, Papadopoulou, Bruno, Cipolotti, Ron, 2006; Rich, Grimley, Schmajuk, Blair, Blair, Leibenluft, 2008] у больных БАР, зафиксировано общее снижение чувствительности и точности идентификации эмоций, не связанное с депрессивной симптоматикой. В то же время установлено, что пациентам с БАР для распознавания эмоций необходимо более интенсивное (экспрессивное) их выражение [Schaefer, Baumann, Rich, Luckenbaugh, Zarate, 2010]. Эти результаты получены в исследованиях, проводившихся на взрослой и на детской выборках. Применялись одинаковые методики. Установленные в двух выборках (детской и взрослой) данные, свидетельствуют, по мнению авторов, о том, что

нарушение распознавания эмоционального выражения лица другого человека является фактором, указывающим на более глубокий уровень заболевания у пациентов с депрессией в рамках БАР [Judd, Akiskal, Schettler, Endicott, Leon, 2005]. Установлено, что у пациентов с БАР также ухудшена способность к различению выражений лица, зависящая от состояния внутренней префронтальной коры, миндалин и их взаимодействия [Gama, Kunz, Magalhaes, Karczinski, 2013; Lim, Baldessarini, Vieta, Yucel, Bora, Sim, 2013].

Получены результаты, согласно которым дефицит способности к ментализации у пациентов с БАР и психотическими симптомами, как и у больных шизофренией, характерен уже для первых эпизодов и не зависит от нарушений настроения и проводимой терапии антипсихотическими средствами [Dagos, Ruocco, Reilly, Harris, Sweeney, 2014].

Метаанализ 42 исследований, посвященных нейрокогнитивным дисфункциям при БАР [Kurtz, Gerraty, 2009], показал, что биполярные расстройства характеризуются умеренными когнитивными нарушениями, которые утяжеляют течение острой фазы заболевания, а также оказывают прямое влияние на успешность реабилитации и косвенно влияют на процессы СП у больных [Bell, Tsang, Greig, Bryson, 2009].

У пациентов с БАР при проведении нейровизуализационных методов исследования выявлены нарушения в структурах головного мозга, связанных с эмоциональными и когнитивными процессами [Shamay-Tsoory, Harari, Szepsenwol, Levkovitz, 2009]. Обращает на себя внимание, что признаки структурно-функциональных изменений мозга более выражены у больных с повторными эпизодами [Gama, Kunz, Magalhaes, Karczinski, 2013].

Результаты электрофизиологического исследования свидетельствуют о нарушении у больных БАР компонентов вызванных потенциалов ЭЭГ, амплитуда которой связана с обработкой в коре эмоциональных раздражителей как предиктора социально-когнитивного профиля пациентов [Ibanez, Aguado, Baez, Huepe, Lopez, Ortega, 2013].

У больных БАР как во время аффективных фаз, так и в эутимических периодах, выявлено не только снижение способности к различению эмоций по лицевой экспрессии, но и нарушения атрибуции психического состояния [Montag, Ehrlich, Neuhaus, Dziobek, Heekeren, Heinz, 2010; Summers, Papado-poulou, Bruno, Cipolotti, Ron, 2006; Martino, Marengo, Igoa, Scapola, Ais, Perinot, 2011]. Исследование атрибуции у пациентов с БАР в эутимическом периоде показало, что дефицит в когнитивной составляющей теории психического (способности

к определению убеждений, знаний и намерений других людей) с одновременной сохранностью эмоциональной составляющей (способности распознавать эмоции) коррелирует с числом эпизодов мании [Kerr, Dunbar, Bentall, 2003; Lahera, Montes, Benito, Valdivia, Medina, Mirapeix, 2008; Olley, Malhi, Bachelor, Cahill, Mitchell, Berk, 2005].

Сформулированная в начале 1990-х гг. гипотеза L. Brothers о существовании нейробиологической основы социальных когний, открытие группой итальянских ученых под руководством G. Rizzolatti «зеркальных нейронов» и другие исследования в области социальной нейронауки способствовали созданию концепции так называемого «социального мозга», дисфункции стали рассматриваться в качестве возможной основы нарушений СП (см. подробнее главу 1). Концепция социального мозга широко обсуждается и подвергается критике в современной научной литературе, но остается достаточно влиятельной [Brothers 1990; Rizzolatti, Craighero, 2004; Ruben, Raquel, 2016].

Изложенные выше данные свидетельствуют о дефиците СП у пациентов с БАР. Однако до настоящего времени не предложена единая теоретическая модель, позволяющая объединить результаты, полученные в различных исследованиях. Учитывая, что гены БАР передаются без фенотипических проявлений, концепция эндотипа (наследственные признаки, связанные с генетикой) рассматривается как одна из стратегий для выявления соответствующих генов [MacQueen, Najek, Alda, 2005].

Исследования последних лет показали, что на процессы СП влияют такие факторы, как скорость обработки информации и память, т.е. процессы, непосредственно связанные с общим функционированием [Glahn, Almasu, Barguil, Hare, Peralta, Kent, 2010]. Это свидетельствует о том, что дефицит СП не связан напрямую с течением заболевания. Получены данные, что восстановление функциональной адаптации при БАР зависит не только от отсутствия клинических проявлений заболевания. Учитывая, что социальное функционирование — это ключевой момент в реабилитации при психических нарушениях [Schon, Denhov, Torog, 2009], восстановление различных компонентов СП рассматривается в качестве решающего фактора в работе с пациентами с БАР.

Другой аспект проблемы состоит в том, что сравнительные исследования СП важны для оценки модели спектра психической патологии, при которой особое значение придается пересечению аффективного и шизофренического спектров. Диагностические границы

расстройств шизофренического спектра и биполярных расстройств исследователями признаются менее четкими, чем в традиционных классификациях [Thaker, 2000]. Подвергается сомнению существование психических расстройств как отдельных дискретных единиц и предполагается, что их следует представлять, как континуум различных по тяжести состояний, имеющих общие и специфические механизмы возникновения и течения.

Определение отличительных и общих особенностей социального познания при этих расстройствах могут помочь в понимании факторов, способствующих пересечению симптомов на границах спектров [Холмогорова, Москачева, Рычкова с соавт., 2015].

Немногочисленные исследования, посвященные сравнению способности к ментализации у больных БАР, шизоаффективным расстройством (ШАР) и шизофренией, до настоящего времени проводились только за рубежом и подтвердили нарастание ухудшения этой способности в спектре от БАР и далее — ШАР и шизофрении [Anthony, James, Leah, 2014]. Однако при этом не оценивалась связь способности к ментализации с особенностями социальной мотивации у больных БАР.

Терапия БАР, как и других психических нарушений, направлена, главным образом, на редукцию клинических проявлений. С учетом того, что даже во время ремиссии у больных БАР отмечаются когнитивные дисфункции и трудности социального функционирования, представляется целесообразным проведение нейропсихологической реабилитации этих пациентов. Несмотря на нередко встречающуюся схожесть психопатологических проявлений у больных БАР и больных депрессивными и тревожными расстройствами, больных БАР и больных шизоаффективным расстройством и шизофренией, при планировании и проведении психотерапевтической работы, безусловно, важно учитывать существующие различия между этими психическими патологиями. Речь идет, в том числе, и о различиях в способности к распознаванию своих и чужих эмоций, намерений, желаний, представлений и т.д. у больных с разными диагнозами, т.е. о различиях в процессах СП.

Помощь пациентам с БАР должна заключаться не только в купировании симптоматики во время обострения заболевания, но и быть направленной на восстановление адекватного уровня социального функционирования, что позволит пациенту сохранять приемлемое качество жизни. Видимо, в решении этих вопросов СП играет важную, если не решающую роль.

3.2. Задачи, гипотезы, методы исследования и характеристика выборки

Цель и гипотезы исследования

Цель работы: исследовать способность к ментализации и эмпатии у больных БАР в сравнении со здоровыми испытуемыми, больными тревожными и депрессивными расстройствами и больными шизофренией. В ходе исследования были проверены пять гипотез: 1) о снижении способности к ментализации и эмпатии у больных БАР в сравнении со здоровыми лицами; 2) о наличии континуума тяжести психической патологии в форме нарушений способностей к ментализации и эмпатии, и промежуточном положении больных БАР на стыке аффективного и шизофренического спектров; 3) о связи нарушений способности к ментализации и эмпатии у больных БАР с психопатологической симптоматикой; 4) о связи нарушений способности к ментализации и эмпатии у больных БАР между собой; 5) о связи нарушений способности к ментализации и эмпатии у больных БАР со снижением социальной направленности и мотивации.

Характеристика обследованных групп

Были обследованы **25 стационарных пациентов с диагнозами БАР текущий эпизод депрессии разной степени тяжести без психотических симптомов** (мужчин — 7, женщин — 18, средний возраст — $33,52 \pm 7,30$ лет), которые составили первую основную группу. Диагноз БАР устанавливался по критериям МКБ-10 (рубрика F31). Средняя длительность заболевания — $8,81 \pm 6,59$ лет. **Вторую группу сравнения составили 52 пациентов с диагнозом тревожных и депрессивных расстройств** (мужчин — 11, женщин — 41, средний возраст — $33,44 \pm 11,75$ лет). Диагноз тревожных и депрессивных расстройств устанавливался по критериям МКБ-10 (рубрики F32, F33 и F4). Средняя длительность заболевания — $4,74 \pm 7,40$ лет. **Третью группу сравнения сформировали 87 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения** (мужчин — 59, женщин — 28, средний возраст — $34,76 \pm 10,01$ лет). Диагноз параноидная шизофрения устанавливался по критериям МКБ-10 (рубрика F20.0). Средняя длительность заболевания — $10,71 \pm 8,51$ лет. Все пациенты в группах с психической патологией на момент обследования находились на этапе становле-

ния ремиссии. **Четвертую группу здоровых лиц составили 79 человек** (мужчин — 31, женщин — 48, средний возраст — $33,25 \pm 7,17$ лет). Группы значимо не различались между собой по среднему возрасту и гендерному составу испытуемых, за исключением группы параноидной шизофрении, где преобладали пациенты мужского пола (рис. 3.1).

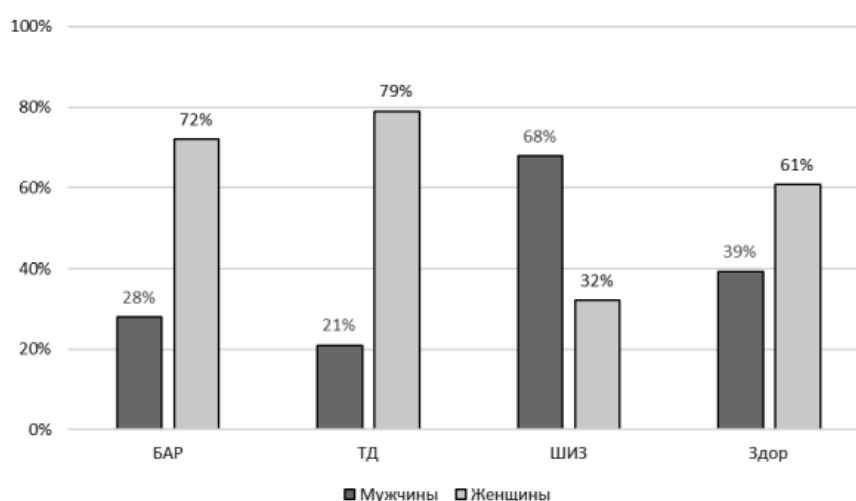


Рис. 3.1. Гендерный состав групп больных с БАР, тревожными и депрессивными расстройствами (ТД), шизофренией (ШИЗ) и группы здоровых испытуемых (Здор) в процентах

Методы исследования

Для решения поставленных задач и проверки выдвинутых гипотез были выбраны следующие **методики**.

Для оценки психопатологической симптоматики:

Клинико-психопатологическое исследование.

Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Symptom check list-90-Revised — SCL-90-R (Derogatis, Rickels, Rock, 1976; адаптация Н.В. Тарабриной, 2001).

Госпитальная шкала тревоги и депрессии — The Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS (Zigmond, Snaith, 1983; адаптация М.Ю. Дробижева, 1993).

Для оценки способности к ментализации и эмпатии:

Тест Понимание психического состояния по глазам (Reading the mind in the Eyes), или сокращенно — тест «Глаза» (Eyes test) (Baron-Cohan et al., 2001), применялся сокращенный вариант из 16 карточек, валидизированный на российской выборке (Холмогорова, Москачева, Рычкова с соавт., 2015).

Шкала Индекс Межличностный реактивности (Interpersonal Reactivity Index — IRI)» (Davis M., 1983, адаптация Т.Д. Карягиной, Н.А. Будаговской, С.В. Дубровской, 2013).

Для оценки социальной мотивации —направленности на общение с людьми и способности получать удовольствие от него, общей ориентации на психическую и эмоциональную сферу, а также выраженности таких поведенческих стратегий, как избегание и ориентация на сравнение себя с другими людьми, использовались следующие методики:

Шкала социальной ангедонии — Revised social anhedonia scale — RSAS (Eckblad et al., 1982; адаптация О.В. Рычковой, А.Б. Холмогоровой, 2013).

Краткая шкала страха негативной социальной оценки — Brief Fear of Negative Evaluation scale — BFNE (Leary, 1983; в процессе апробации в русскоязычной выборке).

Шкала социального избегания и дистресса — Social avoidance and distress scale — SADS (Watson, Friend, 1969; адаптация В.В. Красновой, А.Б. Холмогоровой, 2011).

Шкала ориентации на социальные сравнения — Iowa Netherlands Comparison Orientation Scale — INCOM (Gibbons F., Buunk B., 1999; адаптация Н.Г. Гаранян, 2016).

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).

Подробное описание методик см. в разделе 1.6.

Обработка полученных материалов осуществлялась с помощью методов непараметрической статистики, сравнительного (U критерий Манна-Уитни) и корреляционного (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) анализов.

Клиническая характеристика обследованной выборки на основе самооценочных симптоматических шкал

В табл. 3.1 приведены результаты сравнительного анализа выраженности психопатологической симптоматики в группе больных БАП и в группе здоровых испытуемых.

Как видно из табл. 3.1, больные БАР статистически значимо отличались от здоровых лиц более выраженными показателями всех психопатологических шкал. При этом значения всех параметров группы здоровых находились в пределах нормативных величин.

Таблица 3.1. Сравнение показателей клинических шкал у больных с биполярным расстройством (БАР) и здоровых испытуемых

Показатели клинических шкал	БАР (n=25)	Здоровые испытуемые (n=79)	Значимость различий между группами (U критерий Манна-Уитни)
	М (SD)	М (SD)	Р
HADS Госпитальная шкала тревоги и депрессии			
Тревога	10,28 (4,90)	3,62 (2,00)	p<0,001
Депрессия	9,48 (4,18)	3,20 (2,31)	p<0,001
SCL-90-R Опросник выраженности психопатологической симптоматики			
Общий индекс тяжести	1,18 (0,64)	0,31 (0,22)	p<0,001
Общее число утвердительных ответов	48,84 (17,39)	20,75 (13,42)	p<0,001
Индекс симптоматического дистресса	2,10 (0,58)	1,28 (0,31)	p<0,001
Соматизация	1,02 (0,86)	0,35 (0,27)	p<0,001
Обсессивно-компульсивные расстройства	1,66 (0,82)	0,46 (0,40)	p<0,001
Интерперсональная чувствительность	1,07 (0,70)	0,37 (0,34)	p<0,001
Депрессия	1,91 (0,80)	0,39 (0,37)	p<0,001
Тревога	1,28 (1,06)	0,23 (0,24)	p<0,001

Показатели клинических шкал	БАР (n=25)	Здоровые испытуемые (n=79)	Значимость различий между группами (U критерий Манна- Уитни)
	М (SD)	М (SD)	Р
Враждебность	0,87 (0,77)	0,36 (0,34)	p<0,001
Фобическая тревога	0,69 (0,79)	0,12 (0,18)	p<0,001
Параноидное мышление	0,71 (0,68)	0,22 (0,29)	p<0,001
Психотизм	0,77 (0,53)	0,18 (0,24)	p<0,001

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; p — уровень статистической значимости; n — число человек в группах.

Сравнение средних значений показателей госпитальной шкалы тревоги и депрессии у пациентов с БАР, тревожными и депрессивными расстройствами, шизофренией (табл. 3.2) позволило выявить у пациентов с БАР значимо большую выраженность тревоги и депрессии, а у пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами — значимо большую выраженность тревоги, по сравнению с группой шизофрении. Это соответствует клинико-диагностическим характеристикам БАР, тревожных и депрессивных расстройств. Между БАР и группой больных тревожными и депрессивными расстройствами по параметрам тревоги и депрессии HADS статистически значимых различий не установлено. Использование клинической шкалы самоотчета SCL-90-R позволило установить, что значение показателя индекса симптоматического дистресса в группах БАР и тревожных и депрессивных расстройств превышает показатель группы больных шизофренией.

Представляют интерес полученные данные о большей выраженности показателей обсессивно-компульсивных, депрессивных нарушений и, на уровне тенденции, враждебности у пациентов с БАР по сравнению с группой больных шизофренией. Пациенты с тревожными и депрессивными расстройствами также отличались более выраженными показателями депрессии, враждебности, соматизации и, на уровне тенденции, тревоги от больных шизофренией. Эти результаты могут быть связаны с более яркими, выраженными клиническими проявлениями в группе БАР и тревожных и депрессивных расстройств.

Таблица 3.2. Сравнение показателей клинических шкал у больных с БАР, большими тревожными и депрессивными расстройствами (ТД) и шизофренией (ШИЗ)

Показатели тяжести клинической симптоматики	БАР (n=25)	ШИЗ (n=87)	ТД (n=52)	БАР и ШИЗ	БАР и ТД	ШИЗ и ТД
	М (SD)			P (U критерий Манна-Уитни)		
HADS Госпитальная шкала тревоги и депрессии						
Тревога	10,28 (4,90)	7,30 (4,76)	10,12 (4,90)	0,037*	0,842	0,004**
Депрессия	9,48 (4,18)	7,08 (4,16)	7,88 (4,22)	0,038*	0,145	0,425
SCL-90-R Опросник выраженности психопатологической симптоматики						
Общий индекс тяжести	1,18 (0,64)	0,94 (0,71)	1,11 (0,71)	0,129	0,572	0,184
Общее число утвердительных ответов	48,84 (17,39)	42,06 (24,09)	46,37 (20,87)	0,247	0,601	0,298
Индекс симптоматического дистресса	2,10 (0,58)	1,81 (0,67)	1,94 (0,70)	0,059^t	0,306	0,075^t
Соматизация	1,02 (0,86)	0,78 (0,76)	1,13 (0,89)	0,140	0,521	0,007**
Обсессивно-компульсивные расстройства	1,66 (0,82)	1,17 (0,88)	1,31 (0,84)	0,021*	0,093^t	0,260
Интерперсональная чувствительность	1,07 (0,70)	1,17 (0,94)	1,27 (0,84)	0,756	0,335	0,393
Депрессия	1,91 (0,80)	1,16 (0,91)	1,55 (0,94)	0,002**	0,055^t	0,016*
Тревога	1,28 (1,06)	0,88 (0,76)	1,21 (1,03)	0,196	0,794	0,090 ^t
Враждебность	0,87 (0,77)	0,59 (0,62)	0,88 (0,87)	0,057^t	0,870	0,037*

Показатели тяжести клинической симптоматики	БАР (n=25)	ШИЗ (n=87)	ТД (n=52)	БАР и ШИЗ	БАР и ТД	ШИЗ и ТД
	М (SD)			Р (U критерий Манна-Уитни)		
Фобическая тревога	0,69 (0,79)	0,72 (0,89)	0,87 (1,00)	0,982	0,631	0,416
Параноидное мышление	0,71 (0,68)	0,96 (0,83)	0,80 (0,78)	0,205	0,784	0,234
Психотизм	0,77 (0,53)	0,79 (0,77)	0,76 (0,68)	0,616	0,523	0,773

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; n — число испытуемых в группах; * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$; t — статистически достоверная тенденция.

3.3. Нарушения ментализации при биполярном расстройстве

Нарушение способности к ментализации у больных с биполярным аффективным расстройством по сравнению с больными других клинических групп и со здоровыми испытуемыми

Для проверки гипотезы о большей сохранности способности к ментализации у больных БАР по сравнению с больными шизофренией, но меньшей по сравнению с больными тревожными и депрессивными расстройствами и группой здоровых лиц, был проведен сравнительный анализ этой способности в четырех группах испытуемых. Так как при помощи метода двухфакторного анализа ANOVA 2×3 было установлено отсутствие влияния ($p > 0,1$) факторов пола (2 градации) и возраста (3 градации) на число правильных ответов по тесту «Глаза», группы испытуемых не выравнились по возрасту и полу.

Исследование способности к ментализации с использованием теста «Глаза» позволило выявить более низкие значения этого показателя у пациентов с БАР по сравнению со здоровыми испытуемыми (рис. 3.2).

На представленной гистограмме, демонстрирующей распределение суммарных баллов, показано, что у пациентов с БАР наиболее часто число правильных ответов составило 12 из возможных 16 ответов, а в группе здоровых обследованных оно составило 14 из 16 возможных.

При этом доля здоровых испытуемых, правильно определивших психическое состояние по методике «Глаза», в 13 и более случаях составила — 63,4 %, а среди пациентов с БАР всего — 36,0 %. Никто из здоровых испытуемых не попал в зону случайного выбора (менее 8 карточек), в то же время у больных БАР в эту зону попали 4 % испытуемых.

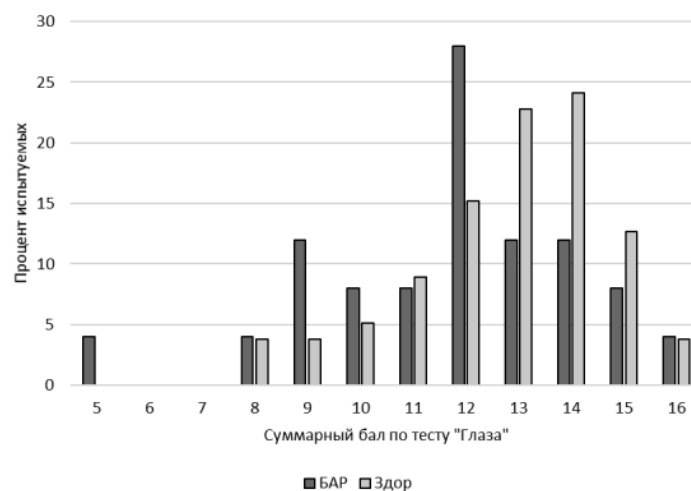


Рис. 3.2. Процент испытуемых из группы больных с БАР (n=25) и здоровых испытуемых (n=79), набравших разное количество баллов по тесту «Глаза»

На рис. 3.3 представлена гистограмма с распределением ответов в тесте «Глаза» испытуемых из групп больных БАР, тревожными и депрессивными расстройствами и шизофренией.

На рис. 3.3 видно, что у пациентов с шизофренией наиболее частым числом правильных ответов было 10 из возможных 16, в группе больных БАР оно составило 12 из 16 возможных, а в группе тревожных и депрессивных расстройств — 14 из возможных 16. Доля больных тревожными и депрессивными расстройствами, правильно определивших психическое состояние по методике «Глаза» в 13 и более случаях, составила — 51,9 %, среди пациентов с БАР — 36,0 %, а среди больных шизофренией только — 17,2 %

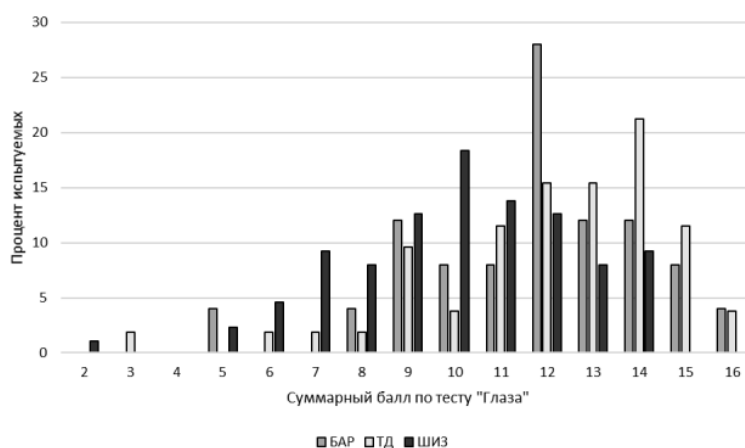


Рис. 3.3. Процент испытуемых из групп больных с БАР (n=25), шизофренией (ШИЗ, n=87) и тревожными и депрессивными расстройствами (ТД, n=52), набравших разное количество баллов по тесту «Глаза»

При этом в зоне случайного угадывания оказалось 17,2 % больных с шизофренией, и всего 4,0 % с ШАР и 5,7 % больных тревожными и депрессивными расстройствами.

Таким образом, на рис. 3.3 видно, что больные БАР по результатам выполнения теста «Глаза» занимают промежуточное положение между больными шизофренией и больными тревожными и депрессивными расстройствами.

В табл. 3.3 приведены результаты сравнительного анализа способности к ментализации в четырех группах испытуемых с применением критерия Манн-Уитни.

Из табл. 3.3 видно, что по способности к ментализации наиболее высокие результаты выявлены у здоровых лиц — $12,78 \pm 1,89$ баллов. Несколько хуже, но без статистически значимого различия, с заданием определения психического состояния по глазам справлялись больные тревожными и депрессивными расстройствами. Средний балл в этой группе составил 12,13. У больных БАР этот показатель еще ниже и составляет $11,72 \pm 2,49$ баллов (значимость различий от показателя группы здоровых $p < 0,05$), но нет статистически значимого отличия группы БАР от группы тревожных и депрессивных расстройств. Наиболее низкие значения показателя способности к ментализации выявлены в группе больных шизофренией ($10,04 \pm 2,49$ баллов), значимо

($p < 0,01$) отличающиеся от показателя БАР. Таким образом, величины параметра способности к ментализации составили континуум, что служит косвенным доказательством модели спектра (рис. 3.4).

Таблица 3.3. Средние значения и стандартные отклонения суммарного балла в тесте «Глаза» в четырех группах испытуемых (здоровые (Здор), больные шизофренией (ШИЗ), больные БАР, больные с тревожными и депрессивными расстройствами (ТД)) (Mann-Whitney U-test)

Средний балл по тесту «Глаза»	ШИЗ (n=87)	БАР (n=25)	ТД (n=52)	Здор (n=79)
М	10,05 ^{a,c,d}	11,72 ^{b,d}	12,14 ^a	12,78 ^{b,c}
(SD)	(2,50)	(2,49)	(2,63)	(1,90)

Примечание: М – среднее значение; SD – стандартное отклонение; а – различия между группами больных ШИЗ и ТД на уровне $p < 0,001$; b – различия между группами больных БАР и Здор $p < 0,05$; с – различия между группами больных ШИЗ и Здор испытуемыми на уровне $p < 0,001$; d – различия между группами больных БАР и ШИЗ на уровне $p < 0,01$.

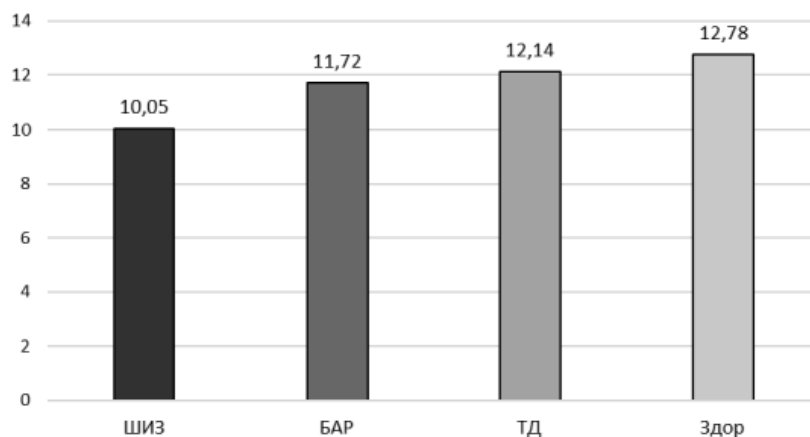


Рис. 3.4. Результаты сравнительного анализа средних баллов по тесту «Глаза» в группе больных с БАР с группами больных тревожными и депрессивными расстройствами (ТД), шизофренией (ШИЗ) и группой здоровых испытуемых (Здор)

Взаимосвязь показателей способности к ментализации у больных БАР с выраженностью психопатологической симптоматики, нарушениями социальной мотивации, алекситимией и стратегиями социального поведения

Для изучения взаимосвязи показателя ментализации, являющегося компонентом социального познания, при БАР с выраженностью клинико-психопатологических проявлений проведен корреляционный анализ. Выявлена значимая обратная корреляция суммарного балла по тесту «Глаза» и подшкалы враждебность (агрессивность) SCL-90-R (табл. 3.4), что свидетельствует о снижении способности к ментализации при нарастании раздражительности, возбудимости, неуравновешенности до уровня выраженной гневливости, агрессивности, ярости. Таблица 3.4. Связь суммарного балла по тесту «Глаза» с показателями психопатологической симптоматики в группе больных с биполярным аффективным расстройством

Показатели шкал	Суммарный балл по тесту «Глаза» (n=25)	
	Коэффициент корреляции Спирмена	Значимость (2-сторонняя)
HADS Госпитальная шкала тревоги и депрессии		
Тревога	0,065	0,759
Депрессия	0,232	0,265
SCL-90-R Опросник выраженности психопатологической симптоматики		
Общий индекс тяжести	-0,088	0,675
Общее число утвердительных ответов	-0,143	0,495
Индекс симптоматического дистресса	-0,173	0,408
Соматизация	-0,169	0,418
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,173	0,409
Интерперсональная чувствительность	-0,160	0,445
Депрессия	0,038	0,858

Показатели шкал	Суммарный балл по тесту «Глаза» (n=25)	
	Коэффициент корреляции Спирмена	Значимость (2-сторонняя)
Тревога	0,019	0,928
Враждебность/ агрессивность	-0,554**	0,004
Фобическая тревога	0,007	0,975
Параноидное мышление	-0,289	0,162
Психотизм	-0,018	0,933

Примечание: «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); «**» — корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя).

Таблица 3.5. Связь суммарного балла по тесту «Глаза» с показателями методик, оценивающих социальную мотивацию и социальные стратегии поведения в группе больных с биполярным аффективным расстройством

Показатели шкал	Суммарный балл по тесту «Глаза» (n=25)	
	Коэффициент корреляции Спирмена	Значимость (2-сторонняя)
Шкала социальной ангедонии (RSAS)	-0,401*	0,047
Краткая шкала страха негативной социальной оценки. (BFNE)	-0,080	0,704
Шкала социального избегания и дистресса (SADS) в т.ч.:	0,019	0,930
социальный дистресс	-0,012	0,959
социальное избегание	0,027	0,899
Ориентация на социальные сравнения (INCOM), в т.ч.:	-0,119	0,570
сравнение способностей	-0,154	0,463
сравнение мнений	0,044	0,835

Примечание: «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); «**» — корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя).

При исследовании связи способности к ментализации с особенностями социальной мотивации и стратегиями социального поведения у пациентов с БАР (табл. 3.5) выявлены значимые обратные корреляции суммарного балла по тесту «Глаза» с общим баллом шкалы социальной ангедонии ($-0,401$, $p < 0,01$), подтверждающие связь ухудшения способности к ментализации у пациентов с БАР с ростом негативной социальной мотивации в виде избегания социальных контактов и снижения способности получать удовольствие от общения с другими людьми. Корреляции с другими изученными параметрами не достигли статистической значимости.

Связей между способностью к ментализации и ориентацией испытуемых на свой внутренний мир, измеренной с помощью опросника TAS-20, также установлено не было (табл. 3.6).

Таблица 3.6. Связь между показателями алекситимии и суммарным баллом по тесту «Глаза» в группе БАР

Показатели шкал	Суммарный балл по тесту «Глаза»	
	Коэффициент корреляции Спирмена	Значимость (2-сторонняя)
Торонтская шкала алекситимии (TAS-20), в т.ч.:		
трудности идентификации чувств	0,051	0,809
трудности описания чувств	-0,175	0,402
внешне-ориентированное мышление	0,232	0,254
	0,118	0,576

3.4. Нарушения эмпатии при биполярном расстройстве

Нарушение способности к эмпатии у больных с биполярным расстройством по сравнению с больными других клинических групп и со здоровыми испытуемыми

Для проверки гипотезы о большей сохранности способности к эмпатии у больных БАР по сравнению с больными шизофренией, но

меньшей по сравнению с больными тревожными и депрессивными расстройствами и группой нормы, был проведен сравнительный анализ эмпатических способностей в четырех группах испытуемых. Так как на основе метода двухфакторного анализа ANOVA 2×3 было установлено наличие влияния факторов пола (2 градации) на способность к эмпатии — женщины обладают более высокими показателями эмпатической способности — группа больных шизофренией (где по сравнению с другими группами преобладали пациенты мужского пола) была выравнена по полу (критерий х-квадрат). В оптимизированную группу больных шизофренией вошли 28 пациентов (мужчин — 8, женщин — 20, средний возраст — 34,78±9,39 лет). Средняя длительность заболевания — 10,35±8,74 лет.

В табл. 3.7 приведены результаты сравнительного анализа эмпатии в группе больных БАР и группе здоровых испытуемых.

Таблица 3.7. Средние значения и уровень различий показателей межличностного индекса реактивности у больных с БАР и здоровых испытуемых

Показатели шкал опросника «Индекс межличностной реактивности IRI»	БАР (n=25)	Здоровые испытуемые (n=79)	Значимость различий между группами (U критерий Манна-Уитни)
	M(SD)	M(SD)	P
Децентрация	15,80 (3,87)	17,09 (4,90)	0,360
Фантазирование	19,00 (4,57)	16,97 (4,30)	0,110
Эмпатическая забота	18,40 (4,73)	17,85 (4,00)	0,253
Эмпатический дистресс	13,28 (4,92)	10,78 (3,65)	0,009**

Примечание: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение; n — число испытуемых в группах; **различия на уровне $p < 0,01$.

Как видно из табл. 3.7. больные БАР статистически значимо отличались от здоровых лиц более выраженным средним показателем эмпатического дистресса.

В табл. 3.8 приведены результаты сравнительного анализа эмпатии в группе больных БАР и других группах с психической патологией. Из табл. 3.8 видно, что не было найдено статистически значимых различий между тремя группами по таким параметрам, как децентрация, фантазирование и эмпатическая забота. По сравнению с группами больных БАР и шизофрении, у больных тревожными и депрессивными расстройствами был выявлен статистически значимый более высокий уровень эмоционального дистресса в ситуациях межличностного взаимодействия.

Высокий уровень эмпатического дистресса в группе больных тревожными и депрессивными расстройствами может указывать на наличие у пациентов повышенной социальной тревожности — страха перед эмоционально насыщенными ситуациями общения с людьми, а также высокой сензитивности к проявлению негативных эмоций и склонности заражению этими эмоциями, что может приводить к стойкому избеганию подобных ситуаций и трудностям решения различных проблем в процессе взаимодействия с людьми.

Таблица 3.8. Сравнение показателей межличностного индекса реактивности в группах больных с биполярным аффективным расстройством (БАР), шизофренией (ШИЗ) и тревожными и депрессивными расстройствами (ТД)

Показатели шкал опросника «Индекс Межличностной реактивности IRI»	БАР n=25	ШИЗ n=28	ТД n=52	БАР и ШИЗ	БАР и ТД	ШИЗ и ТД
	М (SD)			P (U критерий Манна-Уитни)		
Децентрация	15,80 (3,87)	14,92 (4,96)	13,96 (5,65)	0,532	0,187	0,579
Фантазирование	19,00 (4,57)	17,42 (4,93)	17,38 (5,87)	0,217	0,261	0,970
Эмпатическая забота	18,40 (4,73)	17,28 (5,42)	18,74 (8,29)	0,357	0,632	0,563
Эмпатический дистресс	13,28 (4,92)	13,78 (6,16)	16,70 (4,48)	0,993	0,022*	0,029*

Примечание: М — среднее значение; SD — стандартное отклонение; n — число испытуемых в группах; * — корреляция значима на уровне $p < 0,05$; t — корреляция значима на уровне статистически достоверной тенденции.

Связь показателей эмпатической способности у больных с биполярным расстройством с психопатологической симптоматикой, социальной мотивацией, социальными стратегиями поведения и алекситимией

В табл. 3.9 приведены результаты корреляционного анализа между средним баллом теста «Глаза» и показателями методики исследования эмпатических способностей в группе БАР. Из табл. 3.9 видно, что у больных БАР способность успешно определять психическое состояние по глазам оказалась связана с усилением эмпатической заботы. Таким образом, лучшая способность к ментализации у пациентов с БАР ассоциирована с более выраженным сочувствием к другим людям, жалостью к ним, желанием помочь — корреляция прямая, высокая и значимая.

Таблица 3.9. Корреляции между показателем теста «Глаза» и показателями методики исследования эмпатических способностей в группе больных БАР

Показатели шкал опросника «Индекс межличностной реактивности IRI»	Суммарный балл по тесту «Глаза» (n=25)	
	Коэффициент корреляции Спирмена	Значимость (2-сторонняя)
Децентрация	0,293	0,155
Фантазирование	-0,292	0,157
Эмпатическая забота	0,555**	0,004
Эмпатический дистресс	-0,103	0,624

Примечание: «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); «**» — корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя).

При анализе взаимосвязи нарушений эмпатии в группе БАР с выраженностью психопатологической симптоматики (табл. 3.10) были выявлены положительные корреляции показателя эмпатического дистресса практически со всеми параметрами клинических шкал (с враждебностью по SCL-90-R на уровне тенденции), за исключением параноидного мышления по SCL-90-R. Полученные данные свидетельствуют о том, что эмоциональный стресс в ситуациях межличностного

взаимодействия у больных БАР проявляется прежде всего разнообразными аффективными, когнитивными и соматическими тревожно-депрессивными симптомами, а также усилением симптомов интерперсональной чувствительности. Среди них эмоциональная лабильность, чрезмерное беспокойство, «нервозность», внутреннее напряжение, подавленное настроение, снижение интересов, ухудшение самооценки и уверенности в себе, одиночество с чувством непонимания со стороны других, пессимизм в отношении будущего, нарушения памяти и внимания, многочисленные вегетативные симптомы.

Также была выявлена прямая взаимосвязь показателя «фантазирование» с общим числом утвердительных ответов по SCL-90-R и, на уровне тенденции, с общим индексом тяжести, интерперсональной чувствительностью и психотизмом по SCL-90-R. Это может указывать на то, что более развитая способность вживаться в чувства вымышленных персонажей, яркость переживания, в том числе негативных чувств в воображаемом мире, связаны с клиническими симптомами ощущения изоляции, отчуждения, непонимания и отсутствия сочувствия со стороны других людей.

Таблица 3.10. Корреляции между показателями индекса межличностной реактивности и показателями психопатологической симптоматики в группе больных БАР

Показатели шкал	Показатели индекса межличностной реактивности (n=25)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
HADS Госпитальная шкала тревоги и депрессии				
Тревога	-0,151	0,161	0,095	0,776**
Депрессия	0,080	-0,125	0,163	0,401**
SCL-90-R Опросник выраженности психопатологической симптоматики				
Общий индекс тяжести	0,100	0,351[†]	0,136	0,642**

Показатели шкал	Показатели индекса межличностной реактивности (n=25)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
Общее число утвердительных ответов	0,247	0,399*	0,136	0,416**
Индекс симптоматического дистресса	-0,092	0,150	-0,022	0,582**
Соматизация	0,112	0,302	0,154	0,463*
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,107	0,130	0,190	0,571**
Интерперсональная чувствительность	0,121	0,347[†]	-0,004	0,664**
Депрессия	0,139	0,247	0,061	0,661**
Тревога	-0,107	0,274	0,241	0,611**
Враждебность/агрессивность	-0,065	0,205	-0,237	0,395[†]
Фобическая тревога	-0,094	0,302	0,077	0,438*
Параноидное мышление	0,079	0,316	0,009	0,229
Психотизм	0,275	0,353[†]	0,202	0,508**

Примечание: n — количество испытуемых; «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); «**» — корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя); «[†]» — корреляция значима на уровне тенденции (0,10).

Анализ связи эмпатической способности с особенностями социальной мотивации и стратегиями социального поведения у пациентов с БАР (табл. 3.11) выявил значимую обратную корреляцию показателя эмпатической заботы с общим баллом шкалы социальной ангедонии, указывающую на связь ухудшения способности к эмпатической заботе у пациентов с БАР с ростом негативной социальной мотивации. Больные, не получающие удовольствие от социальных контактов, не настроенные на межличностное взаимодействие, испытывают затруднения с ощущением симпатии и сочувствия, не ощущают желания помочь другим людям.

Таблица 3.11. Связь между показателями индекса межличностной реактивности и показателями методик, оценивающих нарушения социальной мотивации и стратегий социального поведения в группе больных БАР

Показатели шкал	Показатели индекса межличностной реактивности (n=25)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
Шкала социальной ангедонии (RSAS)	-0,187	-0,143	-0,517**	0,090
Краткая шкала страха негативной социальной оценки (BFNE)	0,087	0,338[†]	-0,095	0,722**
Шкала социального избегания и дистресса (SADS), в т.ч.:	-0,029	0,000	-0,076	0,335

Показатели шкал	Показатели индекса межличностной реактивности (n=25)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
социальный дистресс	0,070	0,007	-0,073	0,338^t
социальное избегание	-0,112	0,016	-0,112	0,313
Ориентация на социальные сравнения (INCOM), в т.ч.:	-0,066	0,380^t	-0,271	0,585^{**}
сравнение способностей	0,051	0,435[*]	-0,203	0,559^{**}
сравнение мнений	-0,182	0,309	-0,290	0,554^{**}

Примечание: n — количество испытуемых; «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); «**» — корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя); «t» — корреляция значима на уровне тенденции (0,10).

Также были выявлены положительные корреляции показателя эмпатического дистресса с общим баллом краткой шкалы страха негативной социальной оценки, с общим баллом и подшкалами «сравнение способностей», «сравнение мнений» шкалы ориентации на социальные сравнения и, на уровне тенденции, с социальным дистрессом по SADS. Это отражает связь эмпатического дистресса со склонностью сравнивать себя с другими людьми, при этом часто испытывая чувства неполноценности и фрустрации с дальнейшим формированием тревожно-депрессивной симптоматики. Усиление эмпатического дистресса закономерно связано с ростом показателей социальной тревожности в виде страха негативной оценки и тенденции к социальному избеганию и дистрессу.

На уровне тенденции были выявлены положительные корреляции показателя «фантазирование» с общим баллом краткой шкалы страха

негативной социальной оценки и с общим баллом шкалы ориентации на социальные сравнения (с подшкалой «сравнение способностей» корреляция достигла статистической значимости).

Результаты корреляционного анализа связей показателей эмпатических способностей с алекситимией представлены в табл. 3.12. Была выявлена статистически значимая обратная корреляция показателя «фантазирование» с трудностью описания чувств, а также, на уровне тенденций, обратная корреляция показателя децентрации с суммарным баллом шкалы алекситимии и положительные корреляции показателя эмпатического дистресса с суммарным баллом шкалы алекситимии и трудностью идентификации чувств. Это в целом согласуется с ожидаемой бедностью чувств, неспособностью к их описанию и низкой способностью к фантазированию у больных с высоким уровнем алекситимии. Алекситимия, в части внешне-ориентированного мышления и невнимания к своему внутреннему миру, также оказалась связана со снижением способности к децентрации. Чем выше у испытуемых выражены трудности с идентификацией своих чувств, тем более они склонны испытывать в ситуациях межличностной напряженности чувства дискомфорта и тревоги.

Таблица 3.12. Связь между показателями индекса межличностной реактивности и показателями Торонтской шкалы алекситимии (TAS-20) в группе больных БАР

Показатели	Показатели индекса межличностной реактивности (n=25)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
Торонтская шкала алекситимии (TAS-20), в т.ч.:	-0,344^t	-0,176	-0,130	0,383^t
трудности идентификации чувств	-0,197	0,179	-0,014	0,362^t
трудности описания чувств	-0,058	-0,612**	0,176	0,095

Показатели	Показатели индекса межличностной реактивности (n=25)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
внешне-ориентированное мышление	-0,326	-0,093	-0,307	0,197

Примечание: n — количество испытуемых; «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); «**» — корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя); «t» — корреляция значима на уровне тенденции (0,10).

3.5. Обсуждение результатов и выводы

В результате сравнительного исследования было установлено, что показатели социального познания в форме способности к ментализации у больных БАР значимо не отличаются от показателей больных с тревожными и депрессивными расстройствами, при этом процесс ментализации у них меньше нарушен, чем у больных шизофренией, и значимо снижен по сравнению со здоровыми испытуемыми. Другими словами, больные БАР вместе с больными с тревожными и депрессивными расстройствами по степени успешности распознавания психического состояния по глазам занимают промежуточное место между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми, что подтверждает выдвинутую гипотезу о наличии континуума нарушений способности к ментализации от нормы к больным шизофренией и свидетельствует о промежуточном положении БАР в этом континууме. Кроме того, полученные данные о близости способности к ментализации у больных БАР к больным тревожными и депрессивными расстройствами согласуются с традиционным отношением больных БАР к аффективному спектру и говорят против тенденции ряда авторов сближать этих пациентов с больными шизофренией.

Полученные результаты согласуются с данными зарубежных исследований, свидетельствующих о меньшей выраженности нарушения социального познания при БАР, чем при расстройствах шизофренического спектра, с одной стороны, и о значимом ухудшении способности к ментализации у больных БАР в сравнении со здоровыми лицами — с другой [Donohoe, Duignan, Hargreaves, 2012; Bora, Pantelis, 2016]. При-

чем, по данным зарубежных авторов, отличие от здорового контроля отмечается не только во время аффективных эпизодов, но, хотя и в несколько меньшей степени, в состоянии ремиссии [Samamé, Martino, Strejilevich, 2012]. Последнее имеет особо важное значение для планирования профилактической работы, направленной на предупреждение повторных приступов болезни.

Результаты выявили также взаимосвязь ухудшения способности к распознаванию психического состояния по глазам у больных БАР с мотивацией социального избегания в форме социальной ангедонии (снижении удовольствия от общения с другими людьми), а также нарастанием клинических симптомов враждебности и агрессивности в виде легко возникающего раздражения, трудно контролируемых вспышек гнева, конфликтности, импульсивных деструктивных поступков, направленных на внешние объекты.

Таким образом, приведенные выше результаты исследования социального познания подтверждают модель спектра как континуума тяжести нарушений, направленной от шизофренического спектра к аффективному, связь этих нарушений с негативной социальной мотивацией в форме ангедонии и высокого уровня враждебности.

Как отмечалось ранее, в последнее время большой интерес исследователей вызывает проблема нарушений эмпатии при психических расстройствах шизофренического и аффективного спектров, включая ее связь с нарушениями СП [Lee, 2007].

Проведенное нами исследование прежде всего установило, что результаты показателей по шкалам опросника «Индекс межличностной реактивности М. Дэвиса» свидетельствует скорее о сходстве, нежели различии между испытуемыми из группы БАР и психически здоровыми людьми. Поскольку речь идет о данных самоотчета испытуемых, можно сказать, что при самоописании пациенты с БАР не склонны находить у себя недостаточность способности принимать в расчет точку зрения другого человека (показатель децентрация), полагают себя способными вживаться в чувства вымышленных персонажей (показатель по шкале фантазии). Также испытуемые полагают себя способными на чувства симпатии и сочувствия к несчастьям других, сострадание, отмечают желание помочь страдающим (показатель эмпатической заботы). Однако пациенты с БАР признают легкость возникновения у них чувства тревоги и дискомфорта при напряженном межличностном взаимодействии или при наблюдении переживаний других людей (показатель эмпатического дистресса).

Результаты сравнительного исследования эмпатии в группах больных БАР, тревожными и депрессивными расстройствами и больных шизофренией также скорее говорят о сходстве больных во всех клинических группах по показателям эмпатии, что может свидетельствовать о недостаточной критичности больных к своим эмпатическим способностям. Исключением явился более выраженный уровень эмпатического дистресса у всех пациентов по сравнению со здоровыми, а в группе пациентов с тревожными и депрессивными расстройствами — по сравнению с больными БАР и шизофренией, указывающий на наличие у тревожных и депрессивных пациентов наиболее выраженной склонности к эмоциональному заражению и трудностям в ситуациях напряженного межличностного взаимодействия.

Необходимо отметить, что данные сравнительного анализа эмпатии получены при помощи самоотчетов пациентов и отражают субъективное видение больными своих способностей, по всей видимости, со склонностью к их завышению. При этом недостаточная надежность оценки эмпатических способностей при использовании опросниковых методов (пациенты заметно недооценивают имеющиеся у них нарушения эмпатической способности) показана и зарубежными исследователями [Bora, Gökçen, Veznedaroglu, 2008].

В ходе работы проводился корреляционный анализ между показателями эмпатии, способностью к ментализации, выраженностью клинических симптомов и другими факторами социального познания. Было установлено, что у больных БАР способность успешно определять психическое состояние по глазам связана с усилением эмпатической заботы. Иными словами, лучшая способность к ментализации у пациентов с БАР ассоциирована с более выраженным сочувствием к другим людям, жалостью к ним, желанием помочь.

Также было показано, что уровень эмоционального дистресса в напряженных межличностных ситуациях положительно связан с показателями, полученными практически по всем шкалам клинических опросников, за исключением показателя параноидного мышления по SCL-90-R. Наиболее выражена прямая связь эмпатического дистресса с когнитивными, аффективными, соматическими симптомами тревоги и депрессии, а также с интерперсональной чувствительностью. При сильном эмпатическом дистрессе возможен не только интенсивный эмоциональный, но даже физиологический ответ в виде выраженной вегетативной дисфункции. Обращает на себя внимания также связь эмпатического дистресса с показателями страха негативной

социальной оценки, которая достигает высоких значений и уровня значимости.

Полученные данные позволяют утверждать, что клинические характеристики пациентов с БАР связаны с показателями эмоциональной эмпатии, но избирательно, преимущественно они взаимосвязаны со степенью переживания дистресса в ситуациях напряженного межличностного взаимодействия, т. е. чем более отчетлива клиническая симптоматика, тем в меньшей степени устойчив пациент к стрессорирующему воздействию эмоций другого человека. По мере нарастания степени выраженности клинического неблагополучия пациента его готовность к адекватному разделению чувств другого, к истинному сопереживанию, сочувствию, эмпатическому поведению снижается.

Проведенный в ходе исследования анализ связи эмпатической способности с особенностями социальной мотивации и стратегиями социального поведения у пациентов с БАР показал, что больные, не получающие удовольствие от социальных контактов, не настроенные на межличностное взаимодействие, испытывают затруднения с переживанием симпатии и сочувствия, не ощущают желания помочь другим людям. Вместе с тем, эмпатический дистресс у пациентов связан со склонностью сравнивать себя с другими людьми. При этом такие сравнения могут вызывать чувства неполноценности и фрустрации с дальнейшим формированием тревожно-депрессивной симптоматики. Также с усилением эмпатического дистресса закономерно возрастает социальная тревожность в виде страха негативной оценки. Вследствие стремления отгородиться от негативных чувств и переживания при наблюдении эмоций других людей, пациент с БАР в текущем депрессивном эпизоде легко может прибегнуть к избегающим поведенческим паттернам иным стратегиям защитного типа.

Результаты корреляционного анализа связей показателей эмпатических способностей с алекситимией согласуются с ожидаемой бедностью чувств, неспособностью к их описанию и низкой способностью к фантазированию у больных с высоким уровнем алекситимии. При этом чем выше у испытуемых выражены трудности с идентификацией своих чувств, тем более они склонны испытывать в ситуациях межличностной напряженности чувства дискомфорта и тревоги. Полученные результаты хорошо согласуются с данными других исследований, свидетельствующими о дефиците эмпатии у лиц с высокими показателями алекситимии [Москачева, Холмогорова, Гаранян, 2014].

Выводы

Таким образом на основании проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Способность к ментализации у больных БАР снижена, а уровень эмпатического дистресса более высокий по сравнению со здоровыми испытуемыми.
2. Больные БАР вместе с больными с тревожными и депрессивными расстройствами по степени успешности распознавания психического состояния по глазам занимают промежуточное место между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми, что подтверждает выдвинутую гипотезу о наличии континуума нарушений способности к ментализации от нормы к больным шизофренией.
3. Самооценка эмпатических способностей у больных БАР не отличается от таковой в других клинических группах, а также от самооценки здоровых испытуемых. Исключение составляет показатель эмпатического дистресса, который выше у больных БАР по сравнению со здоровыми испытуемыми, не отличается от больных шизофренией и ниже, чем у больных с тревожными и депрессивными расстройствами.
4. Ухудшение способности к ментализации и показатель эмпатической заботы у больных БАР связаны между собой, т.е. пациенты, которые лучше выполнили тест на распознавание психического состояния по глазам, склонны оценивать себя как более сочувствующих и способных прийти на помощь.
5. Ухудшение способности к ментализации и уровень эмпатического дистресса у больных БАР связаны с нарастанием клинических симптомов раздражительности, враждебности, негодования, межличностной чувствительности и различными тревожно-депрессивными симптомами.
6. Показатели ментализации и эмпатической заботы у больных БАР отрицательно коррелируют с показателями негативной социальной мотивации в форме социальной ангедонии, а показатель эмпатического дистресса на высоком уровне значимости положительно коррелирует со страхом негативной социальной оценки.
7. У больных БАР отсутствуют корреляции между способностью к ментализации и показателями алекситимии. При этом высокий

уровень алекситимии связан с нарушениями эмпатических способностей, прежде всего, низкой способностью к фантазированию и высоким уровнем эмпатического дистресса в ситуациях межличностного взаимодействия.

В заключение важно подчеркнуть необходимость продолжения исследования нарушения социального познания у больных БАР с расширением клинической выборки и добавлением экспериментальных методов исследования эмпатии с целью получения более надежных результатов.

Библиография

Биполярное аффективное расстройство: диагностика и терапия / Под ред. С.Н. Мосолова. М.: Медпрессинформ, 2008. 384 с.

Критская В.П., Савина Т.Д. Исследование некоторых особенностей познавательной деятельности, обусловленных формированием шизофренического дефекта // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении / Под ред. Ю.Ф. Полякова. М., 1982. С. 122–149.

Кузин Ю.А. Исследование атрибуции при расстройствах шизофренического спектра // Социальная и клиническая психиатрия. 2014. Т. 24. № 2. С. 99–106.

Москачева М.А., Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г. Алекситимия и способность к эмпатии // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 4. С. 98–114.

Плужников И.В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах // Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2010.

Пуговкина О.Д. Mindfulness based cognitive therapy: когнитивная психотерапия, основанная на осознанности в лечении хронической депрессии // Современная терапия психических расстройств. 2014. № 2. С. 26–32.

Пуговкина О.Д., Паламарчук Л.С. Социальный интеллект и хронификация депрессии // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 114–125.

Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Терапевтический альянс в психотерапии // Современная терапия психических расстройств. 2011. № 3. С. 14–21.

Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией // Дисс. ... докт. психол. наук. М., 2014.

Рычкова О.В., Сильчук Е.П. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20. № 2. С. 5–15.

Ушкалова А.В., Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Проблемы диагностики и терапии биполярной депрессии: от доказательных научных исследований к клиническим рекомендациям // Биологические методы терапии психических расстройств / Под ред. С.Н. Мосолова. М., 2012. С. 529–553.

Холмогорова 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.

Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли быть полезна российская психология в решении проблем современной психотерапии: размышления после XX конгресса интернациональной федерации психотерапии (IFP). [Электронный ресурс] // *Медицинская психология в России: электрон. науч. журн.* 2010. № 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 21.12.2010)

Akiskal H.S., Kitzie N., Maser J.D. The distinct temperament profiles of bipolar I, bipolar II and unipolar patients // *J. Affect Disord.* 2006. Vol. 92. P. 19–33.

Allilaire J.F. Diagnosis of bipolar disorder and rationale of early treatment // *Bull Acad Natl Med.* 2010. Dec. № 194(9). P. 1695–1703.

Amodio D.M., Frith C.D. Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition // *Nat. Rev. Neurosci.* 2006. № 7. P. 268–277.

Anthony C.R., James L.R., Leah H.R. et al. Emotion Recognition Deficits in Schizophrenia-Spectrum Disorders and Psychotic Bipolar Disorder: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) // *Study Schizophr Res.* 2014. Vol. 158(0). P. 105–112.

Baldessarini R.J., Bolzani L., Cruz N. Onsetage of bipolar disorders at six international sites // *J Affect Dis.* 2010. № 121. P. 143–146.

Bauer M., Pfennig A. Epidemiology of bipolar disorders // *Epilepsia.* 2005. № 46. P. 8–13.

Bell M., Tsang H.W., Greig T.C., Bryson G.J. Neurocognition, social cognition, perceived social discomfort, and vocational outcomes in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2009. № 35. P. 738–747. doi: 10.1093/schbul/sbm169

Bora E., Vahip S., Gonul A.S., Akdeniz F., Alkan M., Ogut M., Eryavuz A. Evidence for theory of mind deficits in euthymic patients with bipolar disorder // *Acta Psychiatr. Scand.* 2005. Aug. № 112(2). P. 110–116.

Bora E., Gökçen S., Veznedaroglu B. Empathic abilities in people with schizophrenia // *Psychiatry Res.* 2008. Vol. 160. P. 23–29.

Bora E., Yucel M., Pantelis C., Berk M. Metaanalytic review of neurocognition in bipolar II disorder // *Acta Psychiatr Scand.* 2011. № 123(3). P. 165–174.

Bora E., Pantelis C. Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis. *Schizophr Res.* 2016 Apr. 22. pii: S0920-9964(16)30167-0. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.018

Bozikas V.P., Kosmidis M.H., Tonia T., Gajyallos G., Focas K., Karavatos A. Humor appreciation in remitted patients with bipolar disorder // *J. Nerv Ment. Dis.* 2007. № 195(9). P. 773–775.

Buraick K.E., Goldberg J.F., Harrow M. Neurocognitive dysfunction and psychosocial outcome in patients with bipolar I disorder at 15 year follow up // *Acta Psychiatr. Scand.* 2010. № 122(6). P. 499–506.

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.

Calabrese J.R., Hirschfeld R.M., Reed M et. al. Impact of bipolar disorder on a US community sample // *J. Clin. Psychiatry*. 2003. Vol. 64. P. 425–432.

Cerimele J.M., Chwastiak L.A., Dodson S., Katon W.J. The prevalence of bipolar disorder in general primary care samples: a systematic review // *Gen Hosp Psychiatry*. 2014. № 36(1). P. 19–25.

Cusi A.M., Nazarov A., Holshausen K., Macqueen G.M., McKinnon M.C. Systematic review of the neural basis of social cognition in patients with mood disorders // *J. Psychiatry Neurosci*. 2012. № 37(3). P. 154–169.

Daros A.R., Ruocco A.C., Reilly J.L., Harris M.S., Sweeney J.A. Facial emotion recognition in first-episode schizophrenia and bipolar disorder with psychosis // *Schizophr Res*. 2014. Vol. 153(1-3). P. 32–7.

Demtl B., Seidel E.M., KryspinExner I., Hasmann A., Dobmeier M. Facial emotion recognition in patients with bipolar I and bipolar II disorder // *Br. J. Clin. Psychol*. 2009. № 48. P. 363–375.

Dickerson F.B., Sommerville J., Origoni A.E., Ringel N.B., Parente F. Outpatients with schizophrenia and bipolar I disorder: Do they differ in their cognitive and social functioning? // *Psychiatry Res*. 2001. № 10. P. 21–27.

Donohoe G., Duignan A., Hargreaves A. Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits // *Bipolar Disord*. 2012. Vol. 14(7). P.743-8.

Fiske S.T., Taylor S.E. *Social Cognition* / 2nd Edn. NY: McGraw Hill Book Company, 1991.

Frith U., Frith C.D. Development and neurophysiology of mentalizing // *Philos. Trans. R. Soc. Lond. B Biol. Sci*. 2003. № 358. P.459–473. doi: 10.1098/rstb.2002.1218

Galvez J.F., Thommi S., Ghaemi S.N. Positive aspects of mental illness: A review in bipolar disorder // *J. Affect Disord*. 2011. № 128. P. 185–190.

Gama C.S., Kunz M., Magalhaes P.V., Kapczinski F. Staging and neuroprogression in bipolar disorder: a systematic review of the literature // *Rev. Bras. Psiquiatr*. 2013. № 35. P. 70–74. doi: 10.1016/j.rbp.2012.09.001

Glahn D.C., Almasy L., Barguil M., Hare E., Peralta J.M., Kent J.W. Neurocognitive endophenotypes for bipolar disorder identified in multiplex multigenerational families // *Arch. Gen. Psychiatr*. 2010. № 67(2). P. 168–177.

Hansenne M. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects // *Psychiatry Research*. 2007. № 1. P. 63–68.

Huxley N., Baldessarini R.J. Disability and its treatment in bipolar disorder // *Bipolar Disord*. 2007. № 9. P. 180–193.

Ibanez A., Aguado J., Baez S., Huepe D., Lopez V., Ortega R. From neural signatures of emotional modulation to social cognition: individual differences in healthy volunteers and psychiatric participants // *Soc. Cogn. Affect. Neurosci*. 2013. [Epub ahead of print].

- Inoue Y., Tonooka Y., Yamada K., Kanba S.* Deficiency of theory of mind inpatients with remitted mood disorder // *J. Affect Disord.* 2004. № 82(3). P. 403–409
- Jaeger J., Vieta E.* Functional outcome and disability in bipolar disorders: ongoing research and future directions // *Bipolar Disord.* 2007. № 9(1–2). P. 1–12.
- Joyce P.R., Luty S.E., McKenzie J.M.* Bipolar II disorder: personality and outcome in two clinical samples // *Aust N Z J Psychiatry.* 2004. № 38. P. 433–438.
- Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J., Endicott J., Leon A.C., Solomon D.A.* Psychosocial disability in the course of bipolar I and II disorders: a prospective, comparative, longitudinal study // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2005. № 62(12). P. 1322–1330.
- Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J.* The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders? // *J. Affect. Disord.* 2003. № 73. P. 19–32.
- Judd L.L., Akiskal H.S., Schettler P.J.* The longterm natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2002. № 59(6). P. 530–537.
- Judd L.L., Akiskal H.S.* The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: reanalysis of the ECA database taking into account subthreshold cases // *J. Affect. Disord.* 2003. № 73(1–2). P. 123–131.
- Karlsson R., Kermott A.* Reflective functioning during the process in brief psychotherapies // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2006. Vol. 43. № 1. P. 65–84.
- Kawa I., Carter J.D., Joyce P.R.* Gender differences in bipolar disorder: age of onset, course, comorbidity, and symptom presentation // *Bipolar Disord.* 2005. № 7(2). P. 119–125.
- Kerr N., Dunbar R.I.M., Bentall R.P.* Theory of mind deficits in bipolar affective disorder // *J. Affect. Disord.* 2003. № 73. P. 253–259.
- Kunda Z.* *Social Cognition: Making Sense of People* / Cambridge, MA: MIT Press, 1999.
- Kurtz M.M., Gerraty R.T.* A metaanalytic investigation of neurocognitive deficits in bipolar illness: profile and effects of clinical states // *Neuropsychology* 2009. № 23. P. 551–562.
- Lahera G., Montes J.M., Benito A., Valdivia M., Medina E., Mirapeix I.* Theory of mind deficit in bipolar disorder: is it related to a previous history of psychotic symptoms? // *Psychiatry Res.* 2008. № 161. P. 309–317. doi: 10.1016/j.psychres.2007.08.009
- Larsson S., Lorentzen S., Mork E.* Age at onset of bipolar disorder in a Norwegian catchment area sample // *J. Affect. Disord.* 2010. № 124. P. 174–177.
- Lee K.-H.* Empathy deficits in schizophrenia. In «Empathy in Mental Illness» 1st Edition by Tom F.D. Farrow (Editor), Peter W.R. Woodruff (Editor) Cambridge University Press, 2007, 506
- Lim C.S., Baldessarini R.J., Vieta E., Yucel M., Bora E., Sim K.* Longitudinal neuroimaging and neuropsychological changes in bipolar disorder patients: review of the evidence // *Neurosci. Biobehav. Rev.* 2013. № 37. P. 418–435.
- MacQueen G.M., Hajek T., Alda M.* The phenotypes of bipolar disorder: relevance for genetic investigations // *Mol. Psychiatry.* 2005. № 10(9). P. 811–826.

Mantere O., Suominen K., Leppamaki S. The clinical characteristics of DSM IV bipolar I and II disorders: baseline findings from the Jorvi Bipolar Study (JoBS) // *Bipolar Disord.* 2004. № 6(5). P. 395–405.

MartinezAran A., Vieta E., Colom F., Torrent C., SanchezMoreno J., Reinares M., Benabarre A., Goikolea J.M., Brugue E., Daban C., Salarnero M. Cognitive impairment in euthymic bipolar patients: implications for clinical and functional outcome // *Bipolar Disord.* 2004. № 6(3). P. 224–232.

Martino D. J., Marengo E., Igoa A., Scapola M., Ais E. D., Perinot L. Neurocognitive and symptomatic predictors of functional outcome in bipolar disorders: a prospective 1 year followup study // *J. Affect. Disord.* 2011. № 116. P. 37–42.

Mathieu F., Dizier M.H., Etain B. European collaborative study of earlyonset bipolar disorder: evidence for genetic heterogeneity on 2q14 according to age at onset // *Am. J. Med. Genet. B. Neuropsychiatr. Genet.* 2010. № 153B(8). P. 1425–1433.

McClure E.B., Pope K., Hoberman A.J., Pine D.S., Leibenluft E. Facial expression recognition in adolescents with mood and anxiety disorders // *Am. J. Psychiatry.* 2003. № 160(6). P. 1172–1184.

McIntyre R.S. Improving the early recognition and diagnosis of bipolar disorder // *J. Clin. Psychiatry.* 2014. № 75(2). P. 03.

McKinnon M.C., Cusi A.M., Macqueen G.M. Impaired theory of mind performance in patients with recurrent bipolar disorder // *Psychiatry Research.* 2010. № 177. P. 261–262.

Mehta U.M., Thirthalli J., Subbakrishna D.K., Gangadhar B.N., Eack S.M., Keshavan M.S. Social and neurocognition as distinct cognitive factors in schizophrenia: a systematic review // *Schizophr. Res.* 2013. № 148. P. 3–11.

Merikangas K.R., Akiskal H.S., Angst J. Lifetime and 12 month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2007. № 64(5). P. 543–552.

Merikangas K.R., Jin R., He J.P. Prevalence and correlates of bipolar spectrum disorder in the world mental health survey initiative // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2011. № 68(3). P. 241–251.

Merikangas K.R., Lamers F. The ‘true’ prevalence of bipolar II disorder // *Curr. Opin. Psychiatry.* 2012. № 25(1). P.19–23.

Montag C., Ehrlich A., Neuhaus K., Dziobek I., Heekeren H.R., Heinz A. Theory of mind impairments in euthymic bipolar patients // *J. Affect. Disord.* 2010. № 123. P. 264–269.

Novick D.M., Swartz H.A., Frank E. Suicide attempts in bipolar I and bipolar II disorder: a review and metaanalysis of the evidence // *Bipolar Disord.* 2010. № 12. P. 1–9.

Olley A.L., Malhi G.S., Bachelor J., Cahill C.M., Mitchell P.B., Berk M. Executive functioning and theory of mind in euthymic bipolar disorder // *Bipolar Disord.* 2005. № 7. P. 43–52.

Pinkham A.E., Penn D.L., Green M.F., Buck B., Healey K., Harvey P.D. The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel // *Schizophr. Bull.* 2013. [Epub ahead of print].

- Pompili M., Gonda X., Serafini G.* Epidemiology of suicide in bipolar disorders: a systematic review of the literature // *Bipolar Disord.* 2013. № 15(5). P. 457–490.
- Pope M., Dudley R., Scott J.* Determinants of social functioning in bipolar disorder // *Bipolar Disord.* 2007. № 9(1–2). P. 38–44.
- Regeer E.J., Krabbendam L., de Graaf R.* A prospective study of the transition rates of subthreshold (hypo)mania and depression in the general population // *Psychol. Med.* 2006. № 36. P. 619–627.
- Rich B.A., Grimley M.E., Schmajuk M., Blair K.S., Blair R.J., Leibenluft E.* Face emotion labeling deficits in children with bipolar disorder and severe mood dysregulation // *Development and Psychopathology.* 2008. № 20. P. 529–546.
- Rizzolatti G., Craighero L.* The mirror-neuron system // *Annu Rev Neurosci.* 2004. Vol. 27. P. 169–92.
- Ruben C. Gur, Raquel E. Gur.* Social Cognition as an RDoC Domain // *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet.* 2016. Vol. 171(1). P.132–141.
- Ruggiero C.J., Chelminski I., Young D., Zimmerman M.* Psychosocial impairment associated with bipolar II disorder // *J. Affect. Disord.* 2007. № 104(1–3). P. 53–60.
- Sachs G.S.* Strategies for improving treatment of bipolar disorder: integration of measurement and management // *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.* 2004. №. 422. P. 7–17.
- Samame C., Martino D.J., Strejilevich S.A.* Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and metaanalytic approach // *Acta Psychiatr. Scand.* 2012. № 125. P. 266–280.
- Schaefer K.L., Baumann J., Rich B.A., Luckenbaugh D.A., Zarate C.A.* Perception of facial emotion in adults with bipolar or unipolar depression and controls // *J. Psychiatr. Res.* 2010. May 24.
- Schenkel L.S., Marlow O'Connor M., Moss M., Sweeney J.A., Pavuluri M.N.* Theory of mind and social inference in children and adolescents with bipolar disorder // *Psychol. Med.* 2008. № 38(6). P. 791–800.
- Schoeyen H.K., Birkenaes A.B., Vaaler A.E.* Bipolar disorder patients have similar levels of education but lower socioeconomic status than the general population // *J. Affect. Disord.* 2011. № 129(1–3). P. 68–74.
- Schon U.K., Denhov A., Topor A.* Social relationships as a decisive factor in recovering from severe mental illness // *Int. J. Soc. Psychiatry.* 2009. № 55(4). P. 336–347.
- ShamayTsoury S., Harari H., Szepsenwol O., Levkovitz Y.* Neuropsychological evidence of impaired cognitive empathy in euthymic bipolar disorder // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 2009. № 21(1). P. 59–67.
- Summers M., Papadopoulou K., Bruno S., Cipolotti L., Ron M.A.* Bipolar I and bipolar II disorder: cognition and emotion processing // *Psychol. Med.* 2006. № 36(12). P. 1799–1809.
- Thaker G.K.* Defining the schizophrenia phenotype. *Curr Psychiatry Rep.* 2000. Vol. 2(5). P. 398–403.
- Tohen M., Hennen J., Zarate C.* Twoyear syndromal and functional recovery in 219 cases of first episode major affective disorder with psychotic features // *Am. J. Psychiatry.* 2000. № 157. P. 220–228.

Tondo L., Lepri B., Baldessarini R.J. Suicidal risks among 2826 Sardinian major affective disorder patients // *Acta Psychiatr. Scand.* 2007. № 116(6). P. 419–428.

Torrent C., MartinezAran A., Daban C. Cognitive impairment in bipolar II disorder // *Br. J. Psychiatry.* 2006. № 189. P. 254–259.

Venn H.R., Gray J.M., Montagne B., Murray L.K., Michael Burt D., Frigerio E., Perrett D.I., Young A.H. Perception of facial expressions of emotion in bipolar disorder // *Bipolar Disord.* 2004. № 6(4). P. 286–293.

Wingo A.P., Baldessarini R.J., Holtzheimer P.E., Harvey P.D. Factors associated with functional recovery in bipolar disorder patients // *Bipolar Disord.* 2010. № 12(3). P. 319–326.

Zarate C., Tohen M., Land M., Cavanagh S. Functional impairment and cognition in bipolar disorder // *Psychiatric Quarterly.* 2000. № 71. P. 309–329.

ГЛАВА 4

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ В КОНТЕКСТЕ ДВУХ СПЕКТРОВ ПСИХИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ: ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО И АФФЕКТИВНОГО

А.Б. Холмогорова, М.А. Москачева, Д.М. Царенко

4.1. Нарушения способности к ментализации при расстройствах шизофренического и аффективного спектров

Сравнительный анализ способности к ментализации в контексте двух спектров

Как уже не раз упоминалось выше, в настоящее время нарушения социального познания при различных психических расстройствах вызывают особый интерес у психиатров и клинических психологов. Дефицитарность в области социальных когниций может являться основой серьезных нарушений поведения, а также затруднений повседневного и социального функционирования пациентов, что определяет необходимость описания специфики нарушений социального познания у разных категорий больных.

Как отмечалось в предыдущих главах, широко принятым в исследованиях социального познания является понятие ментализации, как важной основы социальной адаптации. Ментализация, или «рефлексивное функционирование» (reflective functioning) — это способность создавать репрезентации психического состояния (эмоций, мыслей,

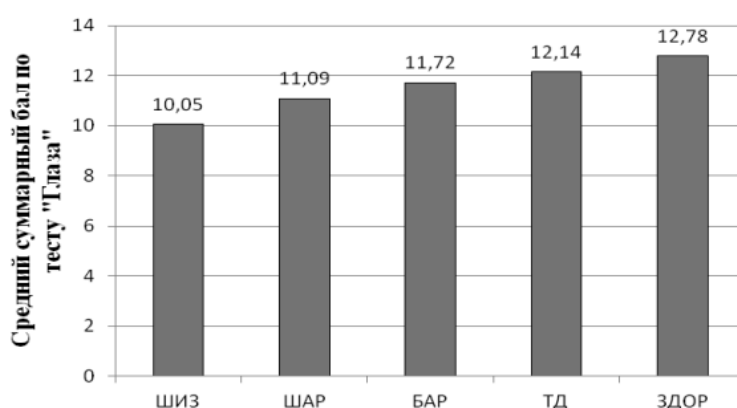
намерений, желаний и т.д.) как собственного, так и других людей, понимать их природу и влияние на поведение. Выделяют два вида ментализации — имплицитную и эксплицитную. Последняя представляет собой собственно рефлексивное функционирование (рефлексивный компонент СП в многофакторной комплексной модели СП), а имплицитная ментализация — это свернутый, в значительной степени автоматизированный процесс, который соотносим с операциональным компонентом СП (см. раздел 1.6). В данном исследовании тестировалась способность к имплицитной ментализации на основе методики, направленной на проверку способности к распознаванию психического состояния другого человека по выражению его глаз.

Напомним, что тест «Глаза» был разработан с целью выявления достаточно широкого спектра нарушений способности к имплицитной ментализации — от тонких до самых выраженных. Для этого задача усложнялась по сравнению с традиционными тестами такого рода, основанными на предъявлении фотографий человеческих лиц с разными выражениями. В данном тесте на фотографии были изображены только глаза и небольшое пространство вокруг них. Для того, чтобы максимально нейтрализовать фактор интеллекта, особенно вербального, для каждой карточки предлагается 4 варианта ответа, только один из которых является правильным, или «целевым» (см. подробнее раздел 1.5).

Сравнительные исследования социального познания в форме способности к ментализации у больных разных диагностических категорий важны для оценки модели спектра психической патологии. Особое внимание привлекают диагностические единицы, составляющие шизофренический и аффективный спектр расстройств, и исследование социального познания при лежащих на пересечении этих важных спектров БАР и ШАР. Нарушения социального познания у больных в широком ряду психических расстройств, входящих в аффективный и шизофренический спектры психической патологии, до сих пор оставались мало изученными.

Впервые проведенное в данной работе сравнительное исследование социального познания в форме способности к имплицитной ментализации в группах больных с ШАР, БАР, тревожными и депрессивными расстройствами, шизофренией и здоровых испытуемых выявило наличие континуума нарушений социального познания от нормы к большим шизофренией. При этом больные с БАР по способности к определению психического состояния по глазам в этом ряду оказа-

лись в промежуточном положении. На рис. 4.1 приведена сводная гистограмма со средними баллами по тесту «Глаза» во всех исследованных группах. На гистограмме хорошо видно характерное изменение способности к ментализации в спектре психической патологии и здоровом контроле.

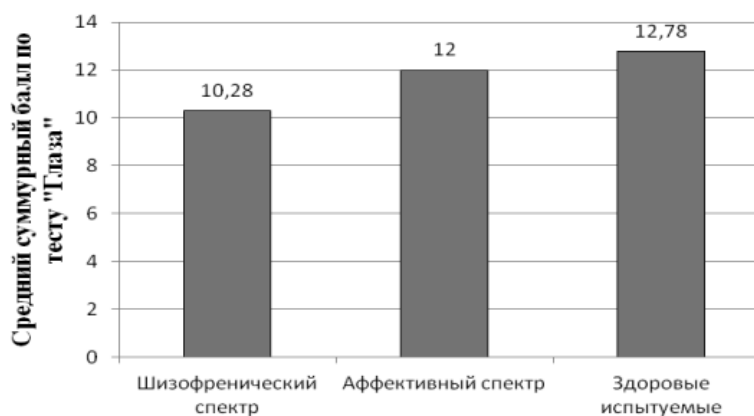


Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney): Здор и ТД: $p > 0,05$; Здор и БАР: $p < 0,05$; Здор и ШАР: $p < 0,001$; Здор и ШИЗ: $p < 0,001$; ТД и БАР: $p > 0,05$; ТД и ШАР: $p < 0,05$; ТД и ШИЗ: $p < 0,001$; БАР и ШАР: $p > 0,05$; БАР и ШИЗ: $p < 0,01$; ШАР и ШИЗ: $p < 0,05$.

Рис. 4.1. Средний балл по тесту «Глаза» в группах больных с БАР, тревожными и депрессивными расстройствами (ТД), шизоаффективным расстройством (ШАР), шизофренией (ШИЗ) и в группе здоровых испытуемых (Здор)

Единственной группой, статистически значимо не отличающейся этой способностью от здоровых лиц, были больные с тревожными и депрессивными расстройствами. Остальные группы имеют значимые отличия от здоровых испытуемых в сторону ухудшения способности к репрезентации психических состояний, причем значимость этих различий растет в направлении от БАР к ШАР и шизофрении. Вместе с тем, больные с БАР, помимо отличия по способности к распознаванию психического состояния по глазам от здоровых лиц, еще в большей степени отличаются от больных шизофренией. Однако различий по этой способности между больными с БАР, с одной стороны, и больными с тревожными и депрессивными расстройствами, а также шизоаффективным психозом, с другой, выявлено не было. Это служит косвенным доказательством модели спектра, в которой БАР примыкает к

аффективному спектру и характеризуется большей сохранностью психических процессов, лежащих в основе социальной адаптации, больные же с ШАР оказались в описываемом континууме ближе к больным шизофренией, т.е. составили вместе с последними шизофренический спектр. Надо отметить, что больные шизофренией в целом оказались единственной группой, которая статистически значимо отличается худшей способностью к ментализации от всех других исследованных групп, что согласуется со многими зарубежными и отечественными исследованиями [Холмогорова с соавт., 2015; Chen, 2011 и др.].



Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney): Здоровые и больные с расстройствами аффективного спектра: $p < 0,1$; здоровые и больные с расстройствами шизофренического спектра: $p < 0,001$; больные с расстройствами аффективного и с расстройствами шизофренического спектра: $p < 0,001$.

Рис. 4.2. Средний балл по тесту «Глаза» в объединенных группах больных с расстройствами шизофренического спектра, аффективного спектра и здоровых испытуемых

На рис. 4.2 приведена гистограмма, на которой показан средний балл по тесту «Глаза» в объединенных группах — больных с расстройствами шизофренического спектра (в него вошли больные с шизофренией и ШАР), больных с расстройствами аффективного спектра (его составили пациенты с БАР, а также с тревожными и депрессивными расстройствами) и здоровых испытуемых. На рисунке видно, что способность к ментализации оказалась наиболее худшей у больных с расстройствами шизофренического спектра. По этому параметру они существенно ($p < 0,001$) отличаются как от больных с расстройствами аф-

фективного спектра, так и от здоровых испытуемых. В свою очередь, пациенты с расстройствами аффективного спектра не так существенно (на уровне тенденции) отличаются от здорового контроля. Это обстоятельство отражает большую сохранность способности к ментализации у больных с тревожными и депрессивными расстройствами, относящихся к аффективному спектру психической патологии.

Полученные результаты исследования социального познания в форме способности к ментализации подтверждают модель спектра как континуума тяжести нарушений, направленной в сторону снижения от шизофренического спектра к аффективному. При этом в центре этого континуума на пересечении спектров находится БАР. Однако статистических различий по показателям способности к ментализации между БАР и ШАР нами получено не было.

Сравнительный анализ психопатологической симптоматики и факторов способности к ментализации у больных с ШАР и БАР

В двух предшествующих главах были представлены результаты исследования имплицитной ментализации у больных с ШАР и БАР в контексте других расстройств, относящихся к двум важным спектрам психической патологии — шизофреническому и аффективному. Как уже было отмечено выше, статистических различий между этими двумя группами на стыке двух спектров выявлено не было. Представляется, однако, важным проанализировать связи показателя ментализации с показателями других методик как у больных с БАР, так и у больных с ШАР.

Рассмотрим вначале значения показателей психопатологической симптоматики в обеих группах в сравнении с группой больных шизофренией, поскольку речь идет о трех видах расстройств, которые часто смешиваются при диагностике (см. главы 2 и 3). Показатели психопатологической симптоматики, определенные на основе самооценочных опросников, у группы с ШАР и БАР не различаются ни по одному параметру.

Вместе с тем, больные с ШАР и БАР отличаются от больных шизофренией (с учетом статистически достоверных тенденций) показателями симптоматического дистресса, тревоги, депрессии, обсессивно-компульсивной симптоматики и враждебности. Эти отличия

связаны с более яркой аффективной симптоматикой, которая преобладает у пациентов в группах БАР и ШАР.

Таблица 4.1. Средние значения и уровень различий показателей клинических шкал у больных с БАР, ШАР и шизофренией (ШИЗ)

Показатели клинических шкал	БАР (n=25)	ШИЗ (n=87)	ШАР (n=35)	БАР и ШИЗ	БАР и ШАР	ШИЗ и ШАР
	M (SD)			P (U критерий Манна-Уитни)		
HADS Госпитальная шкала тревоги и депрессии						
Тревога	10,28 (4,90)	7,30 (4,76)	9,29 (4,90)	0,037*	0,443	0,048*
Депрессия	9,48 (4,18)	7,08 (4,16)	8,46 (5,20)	0,038*	0,351	0,173
SCL-90-R Опросник выраженности психопатологической симптоматики						
Общий индекс тяжести	1,18 (0,64)	0,94 (0,71)	1,22 (0,83)	0,129	0,869	0,080[†]
Общее число утвердительных ответов	48,84 (17,39)	42,06 (24,09)	46,94 (25,25)	0,247	0,863	0,365
Индекс симптоматического дистресса	2,10 (0,58)	1,81 (0,67)	2,23 (0,74)	0,059[†]	0,530	0,006**
Соматизация	1,02 (0,86)	0,78 (0,76)	0,95 (0,84)	0,140	0,735	0,251
Обсессивно-компульсивные расстройства	1,66 (0,82)	1,17 (0,88)	1,50 (1,02)	0,021*	0,455	0,102
Интерперсональная чувствительность	1,07 (0,70)	1,17 (0,94)	1,49 (1,13)	0,756	0,153	0,182
Депрессия	1,91 (0,80)	1,16 (0,91)	1,57 (1,04)	0,002**	0,248	0,040*
Тревога	1,28 (1,06)	0,88 (0,76)	1,26 (1,02)	0,196	0,950	0,089[†]

Показатели клинических шкал	БАР (n=25)	ШИЗ (n=87)	ШАР (n=35)	БАР и ШИЗ	БАР и ШАР	ШИЗ и ШАР
	M (SD)			P (U критерий Манна-Уитни)		
Враждебность	0,87 (0,77)	0,59 (0,62)	1,01 (0,96)	0,057^t	0,765	0,050^t
Фобическая тревога	0,69 (0,79)	0,72 (0,89)	0,91 (0,99)	0,982	0,528	0,478
Параноидное мышление	0,71 (0,68)	0,96 (0,83)	1,07 (0,95)	0,205	0,136	0,625
Психотизм	0,77 (0,53)	0,79 (0,77)	0,99 (0,77)	0,616	0,258	0,168

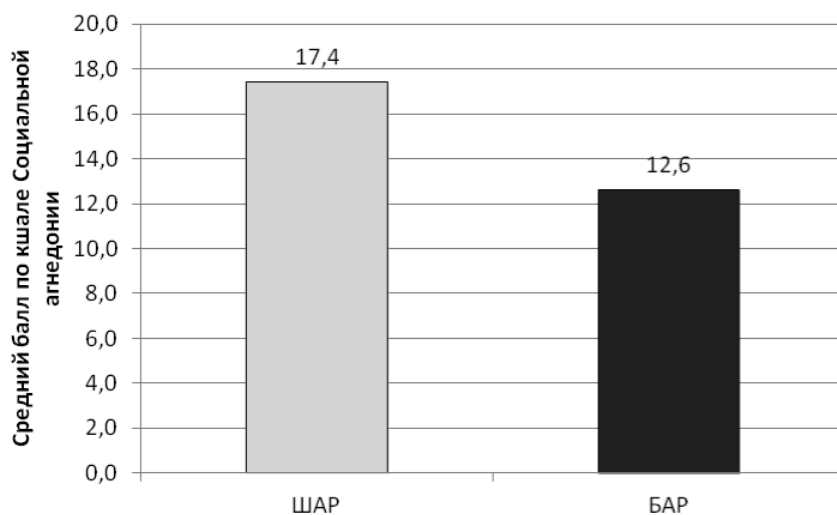
Примечание: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение; n — число испытуемых в группах; * — $p < 0,05$; ** — $p < 0,01$; *** — $p < 0,001$; t — статистически достоверная тенденция.

У больных с БАР ухудшение способности к распознаванию психического состояния по глазам оказалось связанным с негативной социальной мотивацией в форме ангедонии (что было ожидаемо), а также с нарастанием клинических симптомов враждебности, агрессивности, раздражительности, трудно контролируемых вспышек гнева, конфликтности, импульсивных поступков. Связи являются значимыми, умеренными и отрицательными: $-0,401$ ($p=0,047$) (для социальной ангедонии) и $-0,554$ ($p=0,004$) (для шкалы «враждебность» в методике SCL-90-R). Они свидетельствуют о важной отрицательной роли мизантропического настроения, избегания общения и близости, раздражения против людей в способности больных с БАР к имплицитной ментализации и подтверждают одну из основных гипотез исследования о важной роли негативной социальной мотивации в нарушениях СП при психической патологии. Таким образом, именно негативная социальная мотивация у больных с БАР оказалась тесно связанной со снижением способности к имплицитной ментализации — тонкой дифференциации различных психических состояний.

Важно отметить, что больные находились в стадии становления ремиссии, но еще не вышли в стадию стабилизации состояния, и в дальнейшем важно было бы посмотреть, сохраняются ли описанные связи у больных БАР вне смены аффективных фаз. Характерно, что

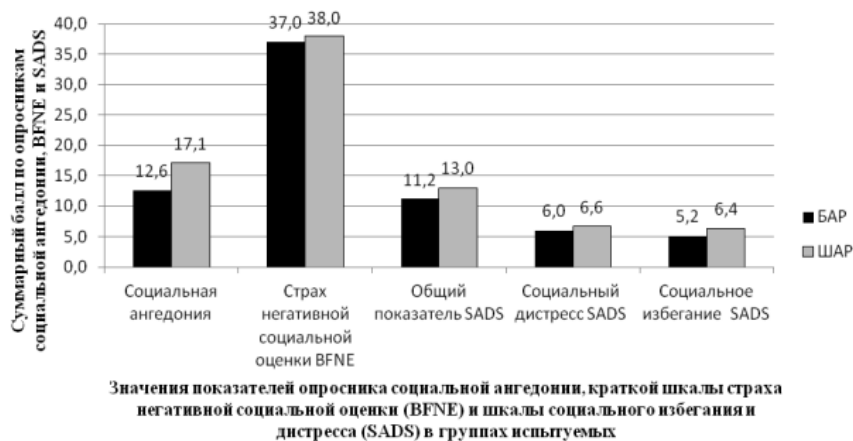
связей с другими клиническими симптомами выявлено не было, что подтверждает данные зарубежных авторов об относительной независимости показателей ментализации от клинической симптоматики и позволяет рассматривать эти нарушения как относительно стабильные и образующие почву для новых срывов в промежутках между приступами болезни.

Несколько неожиданно, что у больных с ШАР не было выявлено никаких связей качества выполнения методики «Глаза» с другими шкалами, включая шкалу социальной ангедонии. Как видно из диаграммы (рис. 4.3), показатели ангедонии значимо отличаются пациентов с ШАР от пациентов с БАР — у пациентов с ШАР они выше, причем различия значимы (учитывая влияние фактора пола на показатели ангедонии, группы больных с БАР и ШАР выравнивались по полу: в группу больных с шизоаффективным расстройством вошло 11 мужчин и 14 женщин, средний балл тревоги HADS — $9,5 \pm 5,1$, средний балл депрессии HADS — $8,7 \pm 5,2$; в группу БАР — 7 мужчин и 18 женщин, средний балл тревоги HADS — $10,2 \pm 4,9$, средний балл депрессии HADS — $9,4 \pm 4,1$; значение критерия Фишера: $\phi_{эмп} = 1,185$, $p > 0,05$).



Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney) БАР и ШАР: $p < 0,05$.

Рис. 4.3. Средний балл по шкале социальной ангедонии в группах больных с шизоаффективным психозом (ШАР) и биполярным аффективным расстройством (БАР)



Примечание: Значимость различий между группами (U Mann-Witney) БАР и ШАР по показателям шкалы социальной ангедонии: $p < 0,05$; краткой шкалы страха негативной социальной оценки (BFNE): $p > 0,05$; по подшкалам «социальный дистресс»: $p > 0,05$; «социальное избегание»: $p > 0,05$; общему показателю SADS: $p > 0,05$.

Рис.4.4. Средний балл по шкалам социальной ангедонии, страха негативной социальной оценки (BFNE), социального избегания и дистресса (SADS) в группах больных с шизоаффективным психозом (ШАР) и биполярным аффективным расстройством (БАР)

Как видно из следующей диаграммы (рис. 4.4), среди показателей негативной социальной мотивации значимые различия между ШАР и БАР отмечаются только по социальной ангедонии, ни один из показателей социальной тревожности не отличается на уровне статистической значимости, хотя все средние показатели негативной социальной мотивации несколько выше у пациентов с ШАР. Важно указать, что почти половина пациентов в группах ШАР и БАР (44 % в той, и в другой группе) имеют показатели по шкале SADS выше 14 баллов, что соответствует среднему показателю в группе больных с тревожными расстройствами по данным авторов шкалы [Watson, Friend, 1960]. Последнее свидетельствует о важной роли высокого уровня социальной тревожности в клинической картине этих пациентов, что важно учитывать при терапии ШАР и БАР.

4.2. Нарушения способности к эмпатии при расстройствах шизофренического и аффективного спектров

Сравнительный анализ показателей основных компонентов эмпатии в контексте двух спектров

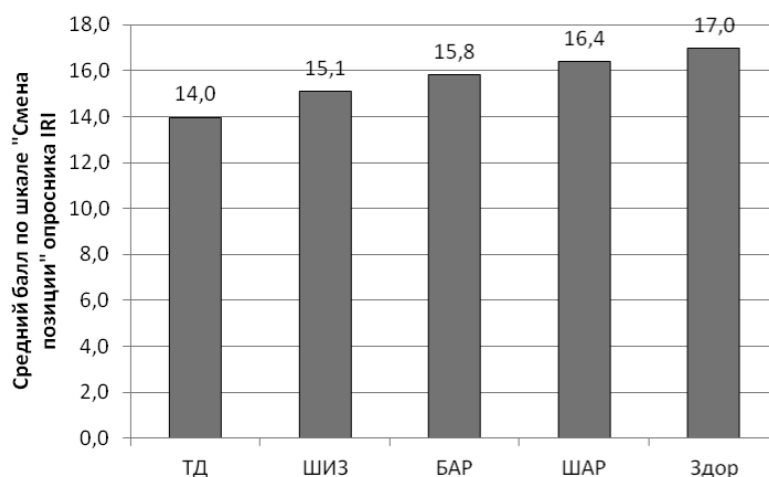
Исследование эмпатических способностей еще одно важное направление изучения процессов социального познания. Несмотря на растущий интерес к данной проблематике, число работ, посвященных исследованию эмпатических способностей у психически больных, невелико, а полученные результаты по отдельным пунктам не вполне однозначны и носят полемический характер: существуют значительные расхождения в позициях ученых не только относительно структуры эмпатической способности, но и характера связей между процессами ментализации и эмпатией (см. подробнее раздел 1.5).

Сравнительные исследования эмпатических способностей у больных разных диагностических групп важны как для оценки моделей спектра, так и для выделения специфических мишеней помощи. Нарушения эмпатических способностей в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров до сих пор остаются недостаточно изученными. Особенно важным является сравнительное исследование эмпатии в группах больных с шизоаффективным и биполярным расстройствами, расположенными на границах двух основных спектров психической патологии.

Для проведения сравнительного исследования эмпатических способностей в опоре на модель спектра все пять групп испытуемых были выровнены по полу: в группу здоровых испытуемых были включены 11 мужчин и 26 женщин (средний балл тревоги HADS — $3,3 \pm 2,0$, средний балл депрессии HADS — $2,6 \pm 2,2$), в группу больных с тревожными депрессивными расстройствами — 8 мужчин и 23 женщины (средний балл тревоги HADS — $10,2 \pm 4,9$, средний балл депрессии HADS — $7,7 \pm 4,4$), в группу больных с шизоаффективным расстройством — 8 мужчин и 7 женщин (средний балл тревоги HADS — $9,2 \pm 5,2$, средний балл депрессии HADS — $8,7 \pm 5,4$), в группу БАП — 7 мужчин и 18 женщин (средний балл тревоги HADS — $10,2 \pm 4,9$, средний балл депрессии HADS — $9,4 \pm 4,1$) и, наконец, в группу больных шизофренией — 16 муж-

чин и 21 женщин (средний балл тревоги HADS — $5,8 \pm 4,9$, средний балл депрессии HADS — $6,0 \pm 3,8$), заполнивших опросник «Индекс межличностной реактивности (IRI)». Отсутствие различий групп по гендерному составу проверялось с помощью критерия Хи-квадрат: статистика критерия = 5,484; $p=0,241$.

На рис. 4.5 представлена сводная гистограмма со средним баллом по шкале «Смена позиции» опросника IRI во всех исследованных группах.



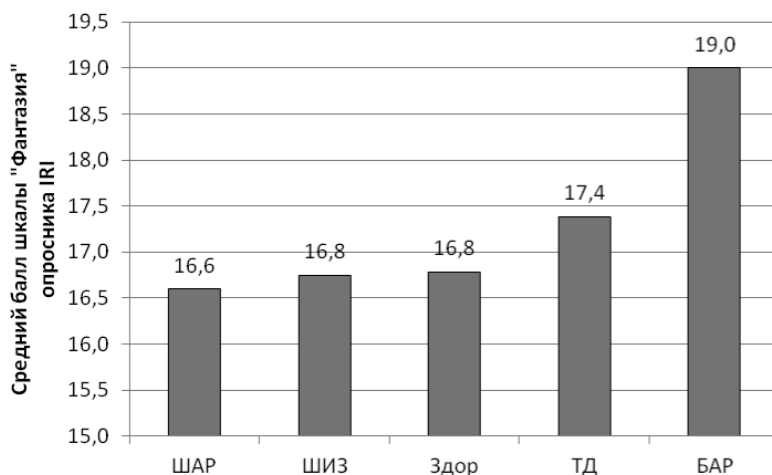
Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney): Здор и ТД: $p < 0,05$; Здор и БАР: $p > 0,05$; Здор и ШАР: $p > 0,05$; Здор и ШИЗ: $p > 0,05$; ТД и БАР: $p > 0,05$; ТД и ШАР: $p > 0,05$; ТД и ШИЗ: $p > 0,05$; БАР и ШАР: $p > 0,05$; БАР и ШИЗ: $p > 0,05$; ШАР и ШИЗ: $p > 0,05$.

Рис. 4.5. Средний балл по шкале «Смена позиции» опросника IRI в группах больных с БАР, тревожными и депрессивными расстройствами (ТД), шизоаффективным расстройством (ШАР), шизофренией (ШИЗ) и в группе здоровых испытуемых (Здор)

Из диаграммы (рис. 4.5) видно, что наименьший показатель по способности к смене позиции имеют больные с тревожными и депрессивными расстройствами, самый высокий — здоровые испытуемые. При этом различия между двумя этими группами достигают уровня статистической значимости ($p=0,029$). Данный результат вполне ожидаем, т. к. мышление депрессивных пациентов характеризуется эгоцентризмом [см. обзор Пуговкиной О.Д., 2014]. С другой стороны, он свидетельствует об относительно сохранной критичности в оценке этой способности у больных группы ТД. Самооценка способности к

децентрации больными с шизофренией, шизоаффективным психозом и биполярным аффективным расстройством сопоставима с оценкой здоровых лиц, что может говорить о плохом осознании больными, имеющегося у них дефицита способности к смене позиции и недостаточной критичности к своим коммуникативным навыкам.

На рис. 4.6 представлена сводная гистограмма со средним баллом по шкале «Фантазия» опросника IRI во всех исследованных группах.



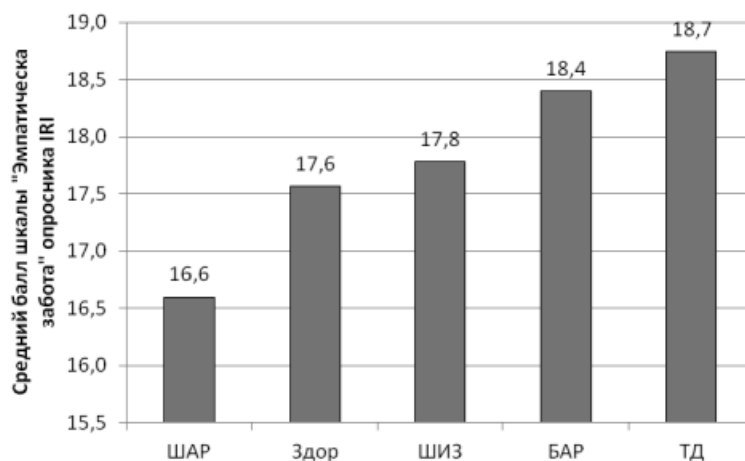
Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney): Здор и ТД: $p > 0,05$; Здор и БАР: $p > 0,05$; Здор и ШАР: $p > 0,05$; Здор и ШИЗ: $p > 0,05$; ТД и БАР: $p > 0,05$; ТД и ШАР: $p > 0,05$; ТД и ШИЗ: $p > 0,05$; БАР и ШАР: $0,05 < p < 0,1$; БАР и ШИЗ: $p > 0,05$; ШАР и ШИЗ: $p > 0,05$.

Рис. 4.6. Средний балл по шкале «Фантазия» опросника IRI в группах больных с БАР, тревожными и депрессивными расстройствами (ТД), шизоаффективным расстройством (ШАР), шизофренией (ШИЗ) и в группе здоровых испытуемых (Здор)

По способности к фантазированию группа здоровых испытуемых находится между больными расстройствами шизофренического (больные шизофренией и шизоаффективным расстройством) и аффективного (БАР и тревожно-депрессивные расстройства) спектров, т. е., если для больных БАР и ТД характерна чрезмерная склонность к фантазированию при просмотре фильмов и чтении книг, то у больных с шизофренией и ШАР этот показатель самый низкий в ряду двух спектров, причем при ШАР ниже, чем при БАР на уровне статистически значимой тенденции ($p = 0,09$)

Наименьший средний балл по шкале «Фантазии» у больных с шизоаффективным расстройством может быть объяснен наличием отрицательной корреляционной связи между показателями опросника социальной ангедонии и способности к фантазированию в группе ШАР (см. табл. 2.11) — сниженный интерес к другим людям редуцирует способность сопереживать вымышленным героям, ставить себя на их место и проявлять интерес к их истории. Наибольший балл по данной способности имеют больные с биполярным аффективным расстройством. Ряд исследований, посвященный эмпатическим способностям больных с БАР [см. обзор Юдеева, Царенко, Довженко, 2014], говорит об их склонности к эмоциональному заражению, что может быть причиной сильной идентификации с вымышленными персонажами и их чувствами. Тем не менее полученные различия между группами не достигают уровня статистической значимости, что может быть связано как с небольшой выборкой, так и с большим разбросом данных и ограничениями методов самоотчета.

На рис. 4.7 представлена сводная гистограмма со средним баллом по шкале «Эмпатическая забота» опросника IRI во всех исследованных группах.

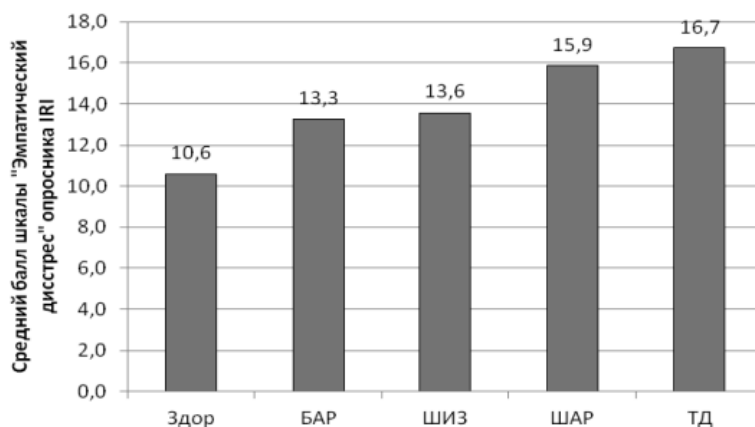


Примечание: статистически значимых различий между группами нет (H — критерий Крускала-Уоллиса, $p > 0,05$).

Рис. 4.7. Средний балл по шкале «Эмпатическая забота» опросника IRI в группах больных с БАР, тревожными и депрессивными расстройствами (ТД), шизоаффективным расстройством (ШАР), шизофренией (ШИЗ) и в группе здоровых испытуемых (Здор)

По способности к проявлению эмпатической заботы больные с шизофренией, ШАР, БАР и тревожными и депрессивными расстройствами на уровне статистической значимости не отличаются от здоровых лиц. Наименьший показатель по данной способности имеют больные с ШАР, наибольший — больные с тревожными и депрессивными расстройствами. При этом для групп с ШАР и БАР обнаружены умеренные обратные корреляционные связи ($-0,543^{**}$ и $-0,517^{**}$ соответственно) между способностью к эмпатической заботе и показателями социальной ангедонии (см. табл. 2.11 и 3.11). Такой результат выглядит вполне логично и свидетельствует об отрицательном влиянии социальной ангедонии на способность к эмпатической заботе — один из наиболее важных показателей эмпатической способности. При этом уровень дистресса ни в одной из обследованных выборок не связан с уровнем эмпатической заботы, что говорит об относительной независимости этих показателей в четырех компонентной модели эмпатии М. Дэвиса ($r^{\text{ШИЗ}}=0,772$; $r^{\text{Здор}}=0,473$; $r^{\text{ШАР}}=0,234$; $r^{\text{БАР}}=0,948$; $r^{\text{ТД}}=0,562$).

Рис. 4.8 содержит графическую информацию о средних баллах по шкале «эмпатический дистресс» опросника IRI в исследуемых группах больных.



Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney): Здор и ТД: $p<0,001$; Здор и БАР: $p<0,01$; Здор и ШАР: $p<0,001$; Здор и ШИЗ: $p<0,01$; ТД и БАР: $p<0,05$; ТД и ШАР: $p>0,05$; ТД и ШИЗ: $p<0,01$; БАР и ШАР: $p>0,05$; БАР и ШИЗ: $p>0,05$; ШАР и ШИЗ: $p>0,05$.

Рис. 4.8. Средний балл по шкале «Эмпатический дистресс» опросника IRI в группах больных с БАР, тревожными и депрессивными расстройствами (ТД), шизоаффективным расстройством (ШАР), шизофренией (ШИЗ) и в группе здоровых испытуемых (Здор)

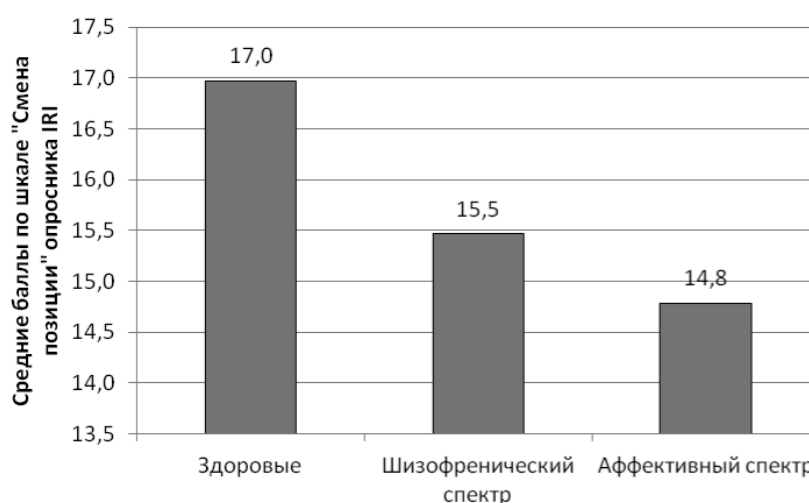
Больные всех четырех клинических групп склонны испытывать больший эмоциональный дистресс в виде чувств тревоги и дискомфорта в эмоционально насыщенных ситуациях по сравнению со здоровыми испытуемыми (различия на уровне статистической значимости). Наибольший эмоциональный дистресс характерен для больных с тревожными и депрессивными расстройствами (различия с группами больных шизофренией и биполярным расстройством достигают уровня статистической значимости). Больные с ШАР расположены между больными с тревожными и депрессивными расстройствами, с одной стороны, и больными с БАР и шизофренией, с другой. Близость больных с ШАР к тревожным и депрессивным расстройствам может быть объяснена схожестью психопатологической симптоматики на момент обследования (табл. 2.2) и существованием обширных связей между показателями клинического неблагополучия и склонностью испытывать эмпатический дистресс (табл. 2.10). Для группы больных с БАР также установлены связи между показателями тяжести психопатологической симптоматики и склонностью испытывать чувства тревоги и дискомфорта в эмоционально насыщенных ситуациях (табл. 3.10).

На следующих трех рисунках (рис. 4.9, 4.10 и 4.11) представлены графики со средними баллами по подшкалам опросника IRI в объединенных группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых.

На рис. 4.9 видно, что наибольшим средним баллом по способности к смене позиции характеризуется группа здоровых испытуемых. Однако статистически значимых различий по показателю способности к смене позиции между группами больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых установлено не было, что может быть связано как с небольшой выборкой, так и с ограничениями методов самоотчета.

Наибольший средний балл по шкале «фантазирование» опросника IRI имеют больные с расстройствами аффективного спектра (рис. 4.10), наименьший — больные с расстройствами шизофренического спектра. Возможным объяснением данного факта может быть наличие у последних социальной ангедонии, отрицательно связанной со способностью понимать действия и чувства других людей, а также ставить себя на их место. Для больных с аффективными расстройствами (БАР, тревожными и депрессивными) характерна склонность к эмоциональному заражению [Юдеева, Царенко, Довженко, 2014], что может быть причиной слишком сильной идентификации (грани-

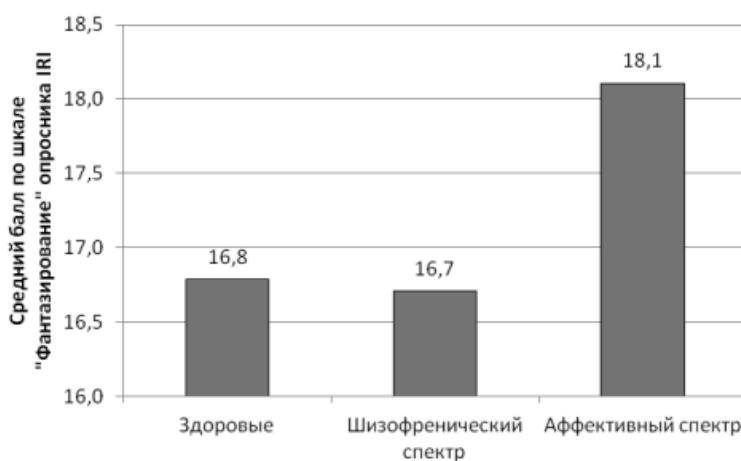
чащей с отождествлением и недостаточным пониманием условности художественного текста) с вымышленными персонажами.



Примечание: статистически значимых различий между группами нет (H — критерий Крускала-Уоллиса, $p > 0,05$).

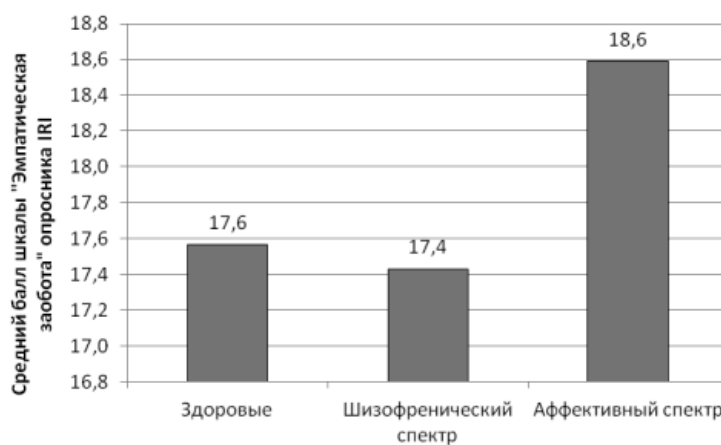
Рис. 4.9. Средний балл по шкале «смена позиции» опросника IRI в объединенных группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых

На рис. 4.11 видно, что самооценка больными с расстройствами шизофренического и аффективного спектров своей способности к эмпатической заботе совпадает с оценкой здоровых лиц — больные не склонны признавать наличие дефицита данной способности. В то же время, наличие большого количества установленных связей между показателями тяжести психопатологической симптоматики, с одной стороны, и склонностью испытывать эмпатический дистресс в эмоционально насыщенных ситуациях, с другой, позволяет выдвинуть предположение о специфическом соотношении форм эмоциональной эмпатии у больных данных групп: их эмпатийная способность представлена в основном склонностью к примитивному эмоциональному заражению; при этом отмечается дефицит умения понимать чувства окружающих, сопереживать им. Данное предположение нуждается в дополнительной проверке на расширенной выборке испытуемых с применением объективных методов оценки эмпатических способностей.



Примечание: статистически значимых различий между группами нет (H – критерий Крускала-Уоллиса, $p > 0,05$).

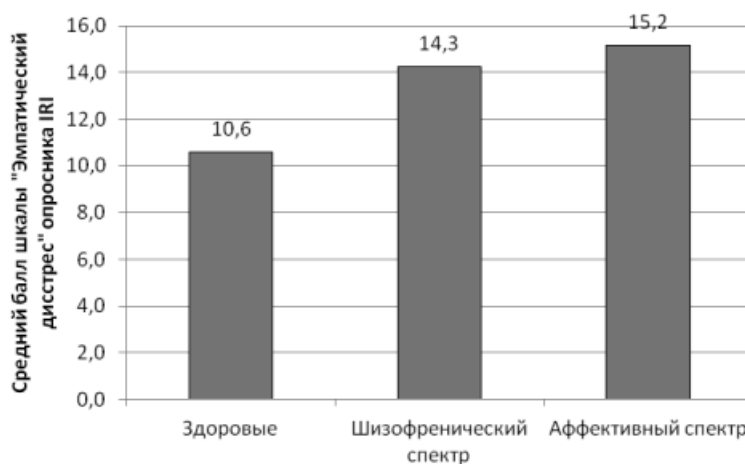
Рис. 4.10. Средний балл по шкале «фантазирование» опросника IRI в объединенных группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых



Примечание: статистически значимых различий между группами нет (H – критерий Крускала-Уоллиса, $p > 0,05$).

Рис. 4.11. Средний балл по шкале «эмпатическая забота» опросника IRI в объединенных группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров и здоровых испытуемых

Рис. 4.12 содержит графическую информацию о средних баллах по шкале «эмпатический дистресс» опросника IRI в объединенных группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров и здоровых испытуемых.



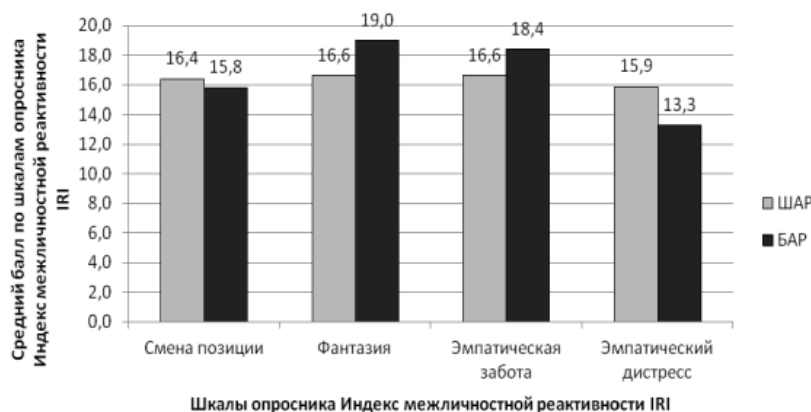
Примечание: Значимость различий между группами (U Mann-Witney): Здоровые и аффективный спектр $p < 0,001$, Здоровые и шизофренический спектр $p < 0,001$, аффективный и шизофренический спектр $p > 0,05$.

Рис. 4.12. Средний балл по шкале «эмпатический дистресс» опросника IRI в объединенных группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров и здоровых испытуемых

На рис. 4.12 видно, что наименьший эмпатический дистресс в эмоционально-насыщенных ситуациях испытывают здоровые испытуемые (отличия с обеими группами больных достигают уровня статистической значимости). Между объединенными группами больных статистически значимых различий нет, однако средний балл по подшкале «эмпатический дистресс» выше в группе больных аффективными расстройствами, что может быть связано с преобладанием в клинической картине данных расстройств аффективных симптомов.

В заключение приведем диаграмму, на которой сравниваются все показатели эмпатической способности у больных БАР и ШАР (рис. 4.13).

Из диаграммы 4.13 видно, что статистически значимых различий между группами ни по одному показателю не обнаруживается, отмечаются только различия на уровне средних показателей.



Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney) БАР и ШАР по шкалам «смена позиции»: $p > 0,05$; «фантазия»: $p > 0,05$; «эмпатическая забота»: $p > 0,05$; «эмпатический дистресс»: $p > 0,05$.

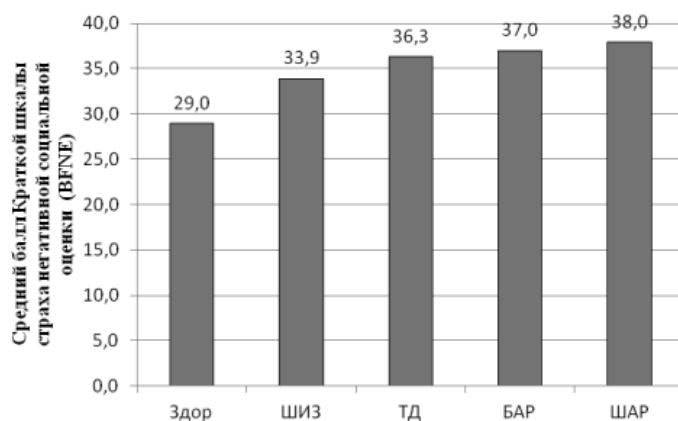
Рис. 4.13. Средний балл по шкалам опросника «Индекс межличностной реактивности (IRI)» в группах больных с шизоаффективным расстройством (ШАР) и биполярный аффективным расстройством (БАР)

Соотношение ментализации, эмпатии, негативной социальной мотивации и социальных стратегий поведения у больных с ШАР и БАР

На выборке больных с ШАР не было установлено связей между способностями к ментализации и эмпатии. В выборке больных с БАР, напротив, была выявлена умеренная положительная связь между показателями методики «Глаза» и шкалой «эмпатическая забота» методики IRI Дэвиса (0,555 при $p = 0,004$). Связь логически понятная — способность к более тонкому и дифференцированному пониманию состояния другого человека связана с большим сочувствием другим людям и заинтересованностью в них. Учитывая, что и показатель методики «Глаза», и показатели шкалы «Эмпатическая забота» опросника IRI у больных с БАР дали обратные связи с социальной ангедонией ($-0,401^{**}$ и $-0,517^{**}$ соответственно), можно выдвинуть предположение об ангедонии, как общем факторе, лежащем в основе снижения как способности к ментализации, так и способности к эмпатической заботе у больных с БАР.

У больных с ШАР показатели социальной ангедонии отрицательно влияют фактически на все показатели эмпатии в опроснике М. Дэвиса — децентрацию, фантазию, эмпатическую заботу, но особенно высоко значение обратной корреляции с эмпатической заботой ($-0,543^{**}$), как и у больных БАР ($-0,517^{**}$). Это указывает на тесную связь между уровнем негативной социальной мотивации и субъективно оцениваемой способностью сопереживать другим людям как у больных с БАР, так и больных с ШАР.

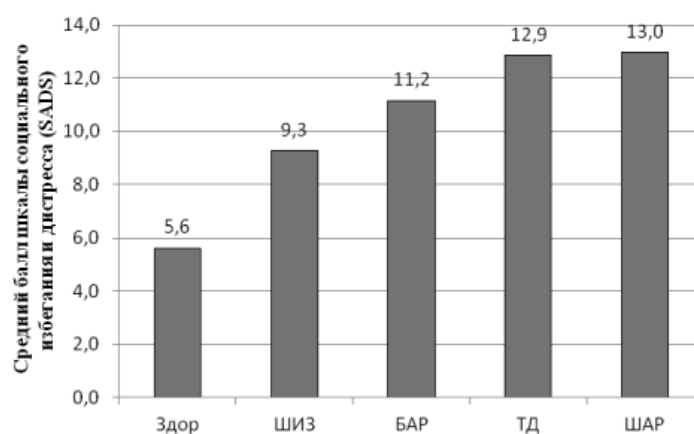
Наиболее высокий уровень эмпатического дистресса у обеих групп пациентов связан со страхом негативной социальной оценки, причем значения корреляций достигают уровня сильных ($0,722^{**}$ — для БАР и $0,662^{**}$ — для ШАР). Можно сделать вывод, что для снижения уровня эмпатического дистресса может быть особенно важным снижение страха негативной оценки как у больных с БАР, так и у больных с ШАР. Следует особо подчеркнуть, что именно у больных с ШАР и БАР показатели шкалы страха негативной социальной оценки самые высокие по сравнению со всеми другими обследованными группами, хотя статистической значимости различия достигают только по сравнению со здоровыми людьми (рис. 4.14).



Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney): Здор и ТД $p < 0,01$; Здор и БАР $p < 0,01$; Здор и ШАР $p < 0,01$; Здор и ШИЗ $p < 0,05$; ТД и БАР $p > 0,05$; ТД и ШАР $p > 0,05$; ТД и ШИЗ $p > 0,05$; БАР и ШАР $p > 0,05$; БАР и ШИЗ $p > 0,05$; ШАР и ШИЗ $p > 0,05$.

Рис. 4.14. Средний балл Краткой шкалы страха негативной социальной оценки (BFNE) в группах больных с шизофренией (ШИЗ), шизоаффективным психозом (ШАР), биполярным аффективным расстройством (БАР) и тревожными и депрессивными расстройствами (ТД), а также здоровых испытуемых (Здор)

Как видно из следующей диаграммы (рис. 4.15), больные из группы ШАР по имеют также самые высокие показатели других компонентов социальной тревожности:



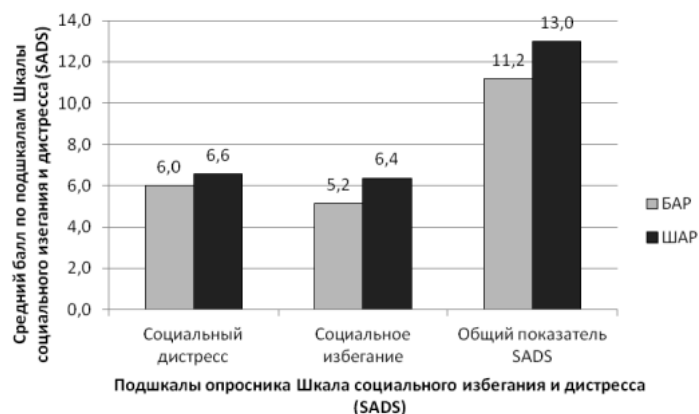
Примечание: Значимость различий между группами (U Mann-Witney): Здор и ТД: $p < 0,001$; Здор и БАР: $p < 0,01$; Здор и ШАР: $p < 0,01$; Здор и ШИЗ: $p < 0,01$; ТД и БАР: $p > 0,05$; ТД и ШАР: $p > 0,05$; ТД и ШИЗ: $p < 0,01$; БАР и ШАР: $p > 0,05$; БАР и ШИЗ: $p > 0,05$; ШАР и ШИЗ: $0,05 < p < 0,1$.

Рис. 4.15. Средний балл по шкале социального избегания и дистресса (SADS) в группах больных с шизофренией (ШИЗ), шизоаффективным психозом (ШАР), биполярным аффективным расстройством (БАР) и тревожными и депрессивными расстройствами (ТД), а также здоровых испытуемых (Здор)

Показатели всех шкал социальной тревожности у больных с ШАР и БАР различаются только на уровне средних показателей (все три показателя — социальное избегание, социальный дистресс и страх социальной оценки) выше у больных ШАР, но без статистической значимости (см. рис. 4.16 и 4.17).

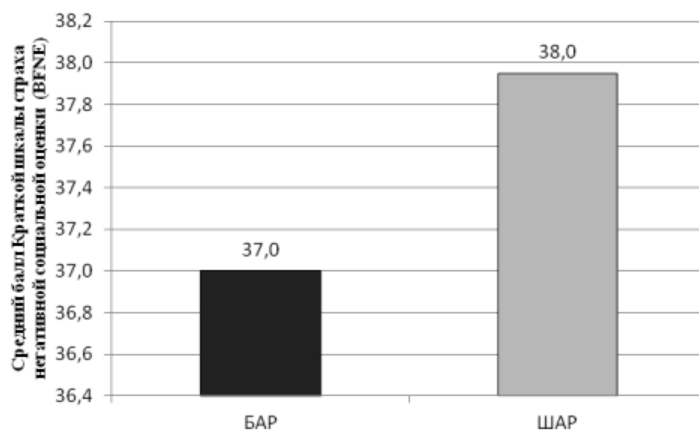
Так как в научной литературе появляется все больше доказательств принципиальной важности уровня социальной тревожности для риска возникновения и характера течения разных психических расстройств, приведем данные, характеризующие уровень социальной тревожности в рамках двух спектров психической патологии — шизофренического и аффективного. Как видно из диаграммы ниже (рис. 4.18), самые высокие показатели социальной тревожности отмечают при расстройствах аффективного спектра, затем следуют расстройства шизофренического спектра. Оба спектра значимо отличаются по

уровню страха негативной оценки от здоровых лиц ($p < 0,001$) и не различаются между собой ($p > 0,05$).



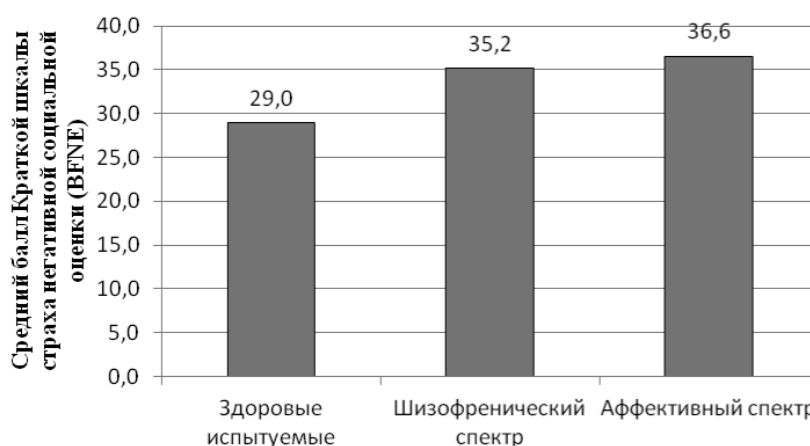
Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney) БАР и ШАР по подшкалам «социальный дистресс»: $p > 0,05$; «социальное избегание»: $p > 0,05$; общему показателю SADS: $p > 0,05$.

Рис. 4.16. Средний балл по подшкалам Шкалы социального избегания и дистресса (SADS) и общий суммарный балл SADS в группах больных с шизоаффективным психозом (ШАР) и биполярным аффективным расстройством (БАР)



Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney) БАР и ШАР: $p > 0,05$.

Рис. 4.17. Средний балл Краткой шкалы страха негативной социальной оценки (BFNE) в группах больных с шизоаффективным психозом (ШАР) и биполярным аффективным расстройством (БАР)



Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney): шизофренический спектр и здоровые: $p < 0,01$; аффективный спектр и здоровые: $p < 0,001$; шизофренический и аффективный спектры: $p > 0,05$.

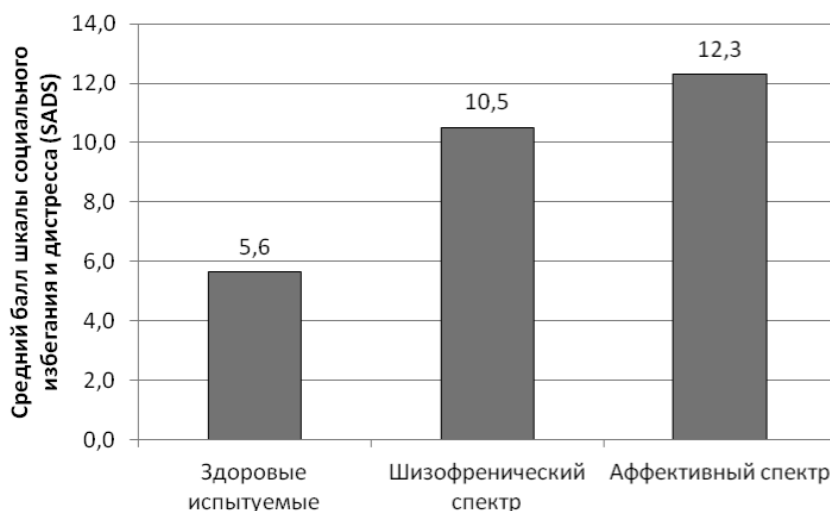
Рис. 4.18. Средний суммарный балл Краткой шкалы страха негативной социальной оценки (BFNE) в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых

Несколько иная картина получена по шкале SADS (рис. 4.19), измеряющей еще два компонента социальной тревожности — уровень социального избегания и уровень социального дистресса. Здесь различия между спектрами достигают тенденции к статистической значимости ($0,05 < p < 0,1$), причем значения суммарного балла SADS выше при расстройствах аффективного спектра. Оба спектра значительно отличаются от здорового контроля ($p < 0,001$).

Как видно из приведенных выше диаграмм, пациенты с расстройствами шизофренического и аффективного спектров не различаются по уровню страха негативной оценки, которая, как было показано, имеет особенно высокие корреляционные связи с уровнем эмпатического дистресса как при БАР, так и при ШАР, однако на уровне тенденции различаются по шкале SADS.

При сопоставлении влияния негативной социальной мотивации и поведенческой стратегии социальных сравнений на показатели эмпатии в группе ШАР и БАР (см. табл. 2.11 и 3.11 из глав 2 и 3), можно заметить, что у больных с ШАР больше различных связей с негативной социальной мотивацией — социальная ангедония значимо отрицатель-

но связана со всеми показателями эмпатии, кроме эмпатического дистресса, а эмпатический дистресс положительно связан практически со всеми показателями негативной социальной мотивации. Шкала способности к децентрации у них, напротив, отрицательно связана почти со всеми показателями негативной социальной мотивации.



Примечание: Значимость различий между группами (U Mann-Witney): шизофренический спектр и здоровые: $p < 0,001$; аффективный спектр и здоровые: $p < 0,001$; шизофренический и аффективный спектры: $0,05 < p < 0,1$.

Рис. 4.19. Средний суммарный балл шкалы социального избегания и дистресса (SADS) в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых

Общий балл шкалы ориентации на социальные сравнения и показатель подшкалы «сравнение способностей» INCOM положительно связан с эмпатическим дистрессом, в то время как подшкала «сравнение мнений» имеет значимые положительные корреляционные связи с децентрацией и эмпатической заботой.

В группе БАР таких связей значительно меньше — о двух значимых уже упоминалось выше. В табл. 4.2 и 4.3 повторно приводятся данные из соответствующих таблиц из глав 2 и 3 (табл. 2.11 и 3.11).

Обращает на себя внимание значимая положительная связь между показателями Шкалы ориентации на социальные сравнения (INCOM) и уровнем эмпатического дистресса у больных с БАР и ШАР. Аналогичная

связь на уровне тенденции к статистической значимости была выявлена у здоровых. Это говорит о том, что жизнь в режиме сравнений с другими людьми может негативно сказываться на общем уровне эмоционального напряжения, в том числе благодаря возможным негативным сравнениям не свою пользу. В то же время, как было показано выше, у больных с ШАР склонность сравнивать мнения связана с большей децентрацией и эмпатической заботой. Можно предположить, что стратегия сопоставления своей позиции с позицией других людей может препятствовать аутизации больных с ШАР и способствовать удержанию пациентов в рамках социальной реальности, не подменяя ее уходом в фантазии, как это, вероятно происходит у пациентов с БАР, где общий балл Шкалы ориентации на социальные сравнения дал положительную связь на уровне тенденции со шкалой «фантазирование» опросника IRI (табл. 4.13), а показатель подшкалы «сравнение способностей» — значимую положительную корреляцию ($p < 0,05$) со шкалой «фантазирование».

Таблица 4.2. Связь между показателями индекса межличностной реактивности и показателями методик, оценивающих нарушения социальной мотивации в группе больных с шизоаффективным психозом

Показатели шкал	Показатели индекса межличностной реактивности (n=24)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
Шкала социальной ангедонии (RSAS)	-0,444[*]	-0,393[†]	-0,543^{**}	-0,121
Краткая шкала страха негативной социальной оценки (BFNE)	-0,134	0,040	0,123	0,662^{**}
Шкала социального избегания и дистресса (SADS), в т.ч.:	-0,458[*]	-0,109	-0,102	0,451[*]
социальный дистресс	-0,414[*]	-0,033	-,046	0,490[*]

Показатели шкал	Показатели индекса межличностной реактивности (n=24)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
социальное избегание	-0,357^t	-0,194	-0,162	0,382^t
Ориентация на социальные сравнения, в т.ч.:	0,117	0,185	0,251	0,396^t
сравнение способностей	-0,028	0,201	0,292	0,465^t
сравнение мнений	0,527[*]	0,205	0,601^{**}	0,130

Примечание: n — количество испытуемых; «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); «***» — корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя); «^t» — корреляция значима на уровне статистически достоверной тенденции (p<0,10).

Таблица 4.3. Связь между показателями межличностного индекса реактивности и показателями методик, оценивающих нарушения социальной мотивации и стратегий социального поведения в группе больных с БАР

Показатели шкал	Показатели индекса межличностной реактивности (n=25)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
Шкала социальной ангедонии (RSAS)	-0,187	-0,143	-0,517^{**}	0,090
Краткая шкала страха негативной социальной оценки (BFNE)	0,087	0,338^t	-0,095	0,722^{**}
Шкала социального избегания и дистресса (SADS), в т.ч.:	-0,029	0,000	-0,076	0,335

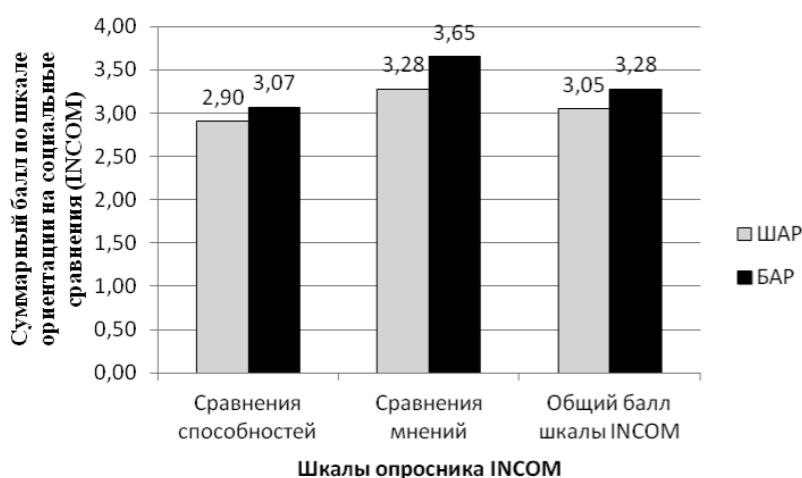
Показатели шкал	Показатели индекса межличностной реактивности (n=25)			
	Децентрация	Фантазирование	Эмпатическая забота	Эмпатический дистресс
социальный дистресс	0,070	0,007	-0,073	0,338[†]
социальное избегание	-0,112	0,016	-0,112	0,313
Ориентация на социальные сравнения (INCOM), в т.ч.:				
сравнение способностей	-0,066	0,380[†]	-0,271	0,585^{**}
сравнение мнений	0,051	0,435[*]	-0,203	0,559^{**}
	-0,182	0,309	-0,290	0,554^{**}

Примечание: n — количество испытуемых, «*» — корреляция значима на уровне 0,05 (2-сторонняя); «**» — корреляция значима на уровне 0,01 (2-сторонняя); «†» — корреляция значима на уровне тенденции ($p < 0,10$).

Все три показателя «Шкалы ориентации на социальные сравнения (INCOM)» у больных с БАП дали умеренные и значимые положительные корреляции с уровнем эмпатического дистресса, отражающим уровень напряжения в эмоционально насыщенных межличностных контактах. А вся совокупность наиболее высоких корреляций с эмпатическим дистрессом у больных с БАП говорит о высокой значимости тревоги, особенно в интерперсональных отношениях — озабоченностью оценкой со стороны других людей (см. табл. 3.10 и 3.11 в главе 3) и склонностью к сравнениям, стимулирующим фантазирование и дистресс. Такие результаты корреспондируются с данными, полученными Н.Г. Гаранян с соавт. о связи показателя частоты социальных сравнений с такой чертой, как нарциссизм [Гаранян, 2015, 2016; Гаранян, Пушкина, 2015; Гаранян, Шукин, 2014], что задает перспективу исследований индивидуально-личностных факторов нарушений СП у этой категории больных в аспекте выраженности у них повышенной нарциссической уязвимости.

Сравнительный анализ показателей шкалы социальных сравнений и ее апробация в разных клинических группах был проведен в специ-

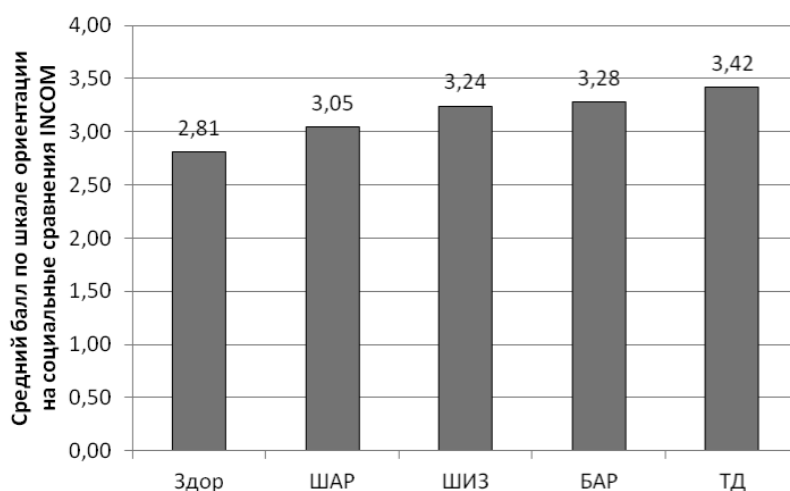
альном исследовании [Гаранян, Холмогорова, Москачева, 2017]. Показано, что средние показатели Шкалы социальных сравнений INCOM не различаются в группах ШАР и БАР, хотя все они несколько выше в группе БАР (см. рис. 4.20).



Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney) БАР и ШАР: подшкала «сравнение способностей»: $p > 0,05$; подшкала «сравнение мнений»: $p > 0,05$; общий балл шкалы INCOM: $p > 0,05$.

Рис. 4.20. Средний балл по Шкале ориентации на социальные сравнения INCOM в группах больных с шизоаффективным психозом (ШАР) и биполярным аффективным расстройством (БАР)

Однако если сравнить средний показатель ориентации на социальные сравнения во всех обследованных группах, то он оказывается самым высоким в группе больных с тревожными и депрессивными расстройствами, а непосредственно к ним примыкают больные с БАР, что также может служить косвенным доказательством модели спектра. Причем оказалось, что больные с ШАР — единственная группа, которая значимо не отличается от группы здоровых по общему показателю частоты социальных сравнений. Возможно, с этим связана их более конструктивная мотивация в сравнениях своих мнений с мнениями других, которая стимулирует в большей степени децентрацию и эмпатическую заботу, чем эмпатический дистресс и фантазирование, как в случае БАР.



Примечание: значимость различий между группами (U Mann-Witney): Здор и ТД $p < 0,001$; Здор и БАР $p < 0,01$; Здор и ШАР $p > 0,05$; Здор и ШИЗ $p < 0,01$; ТД и БАР $p > 0,05$; ТД и ШАР $p < 0,05$; ТД и ШИЗ $p > 0,05$; БАР и ШАР $p > 0,05$; БАР и ШИЗ $p > 0,05$; ШАР и ШИЗ $p > 0,05$.

Рис. 4.21. Средний балл по Шкале ориентации на социальные сравнения INCOM в группах больных с шизофренией (ШИЗ), шизоаффективным психозом (ШАР), биполярным аффективным расстройством (БАР) и тревожно-депрессивными расстройствами (ТД), а также здоровых испытуемых (Здор)

4.3. Обсуждение результатов и выводы

Как уже отмечалось в разделе 1.2, в исследовании Thaler et al. (2014) были получены данные, что психотическая группа с биполярным расстройством и больные шизофренией имели в качестве общего предиктора уровня социального функционирования фактор «способность к распознаванию эмоций» в отличие от непсихотической биполярной группы. Авторы выдвигают предположение, что общие дефициты в восприятии и распознавании эмоций свидетельствуют в пользу клинической общности разных психозов и связаны с общими нейробиологическими факторами [Thaler et al., 2014]. Наши данные по изучению имплицитной ментализации в форме способности определять психическое состояние другого человека по выражению его глаз свидетельствуют о снижении этой способности у больных с БАР и ШАР по сравнению с группой тревожных и депрессивных расстройств

и здоровыми испытуемыми, но при этом различия между группами с БАР и ШАР не достигают статистической значимости. Однако в рамках спектров, при объединении групп в шизофренический и аффективный спектры, мы видим, что различия между ними становятся значимыми.

При этом стоит отметить, что большую часть группы больных с БАР в нашем исследовании составили непсихотические пациенты, тем не менее, их дефициты в области ментализации были сопоставимы с таковыми у больных психотической группы с ШАР. В контексте данных, полученных Thaler et al. [2014], становится понятной важность дефицитарности имплицитной ментализации и ее роль для социального функционирования больных.

Полученные данные нуждаются в дополнительном уточнении в последующих исследованиях на расширенной выборке больных с БАР с более дифференцированным подходом к клинической квалификации состояний (выделением групп с БАР первого и второго типов, психотических и непсихотических больных, а также пациентов с текущими депрессивными и маниакальными эпизодами). Тоже самое касается группы с ШАР, где также разными авторами выделяются разные типы течения. Такой более дифференцированный подход к клиническим группам задает дальнейшие перспективы исследования.

Впервые проведенное исследование разных компонентов эмпатических способностей у разных категорий больных на основе самооценочного опросника показывает, что практически все больные склонны высоко оценивать свою способность к децентрации, умение посмотреть на ситуацию глазами другого человека, а также способность к сопереживанию другим. *Учитывая полученные в других исследованиях данные о реальном дефиците этих способностей (см. главы 2 и 3), это явно указывает на неадекватную оценку больными своей способности понимать других людей, что может служить серьезным препятствием при вовлечении их в программы по развитию СП.*

В контексте результатов, описанных в разделе 4.2 важно напомнить данные, описанные в разделах 1.2. и 1.5 относительно роли социальной тревожности в манифестации психических расстройств. Социальная изоляция и высокая социальная тревожность оказались значимыми предикторами манифестации шизофрении в группах с высоким риском заболевания: заболевали в первую очередь те, у кого преобладала социальная изоляция и отмечалась высокая социальная тревожность. Исследования показывают, что социальное тревожное

расстройство широко распространено среди больных шизофренией, достигая 36 % выборки. В лонгитюдном исследовании 114 больных с первым психотическим эпизодом социальное тревожное расстройство было диагностировано у 25 % [Michail, Birchwood, 2009]. Было также показано, что спустя год критериям социальной фобии соответствовало уже 30 % выборки больных с первым эпизодом, при этом возрастала выраженность депрессивных симптомов, а также присоединялись другие тревожные расстройства.

Сравнивая феноменологию социальной тревожности при психозах и при непсихотических тревожных расстройствах, авторы исследования выявили сходный профиль как по интенсивности социальной тревоги, так и по степени социального избегания. Помимо тревожных расстройств, примерно 31 % пациентов с первым психотическим эпизодом страдали различной по тяжести постпсихотической депрессией. Мы получили сходные данные относительно уровня социальной тревожности у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров. Показатели всех трех компонентов социальной тревожности (страх социальной оценки, социального избегания и социального дистресса) практически не различаются у больных, объединенных в рамках двух спектров. Почти у половины пациентов с БАР и ШАР уровень социальной тревожности достигает среднего значения этого показателя в группе тревожных расстройств [Watson, Friend, 1969].

Таким образом, наши данные свидетельствуют о том, что показатели социальной тревожности у больных с расстройствами шизофренического, так и аффективного спектра близки между собой и значимо отличаются от группы здоровых испытуемых. Кроме того, была зарегистрирована высокая значимая корреляция страха негативной оценки со стороны окружающих с уровнем эмпатического дистресса у больных с БАР и ШАР, которые демонстрируют самые высокие показатели этого дистресса.

Авторы выше цитированного исследования делают вывод, что расстройства аффективного спектра характерны для психозов шизофренического спектра и оказывают непосредственное влияние на их возникновение и течение [Michail, Birchwood, 2009]. При этом они подчеркивают особую роль социальной тревожности в манифестации и течении психических расстройств. Вопрос о связи социальной тревожности с нарушениями СП привлекает все большее внимание специалистов, и наши данные позволяют в известной степени обосновать роль социальной тревожности в уровне эмпатического дистресса, который может

приводить к отказу от общения с другими людьми в силу высокого напряжения, которые больные испытывают в таких контактах. Это еще раз доказывает необходимость программ по развитию СП, направленных на снижение уровня социальной тревожности и социальной ангедонии, которая также оказалась наиболее высокой у пациентов с ШАР (хотя и при БАР отмечаются высокие показатели социальной тревожности).

Выводы

1. Показатели способности к ментализации у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, основанные на объективных данных методики «Распознавание психического состояния по глазам» (тест «Глаза»), образуют непрерывный континуум, в котором способность к ментализации повышается от больных шизофренией к больным с ШАР и БАР и далее к объединенной группе тревожных и депрессивных расстройств, показатели которых уже значительно не отличаются от группы здоровых лиц. Это служит косвенным доказательством широко дискутируемой в современной научной литературе модели спектра, в которой ШАР примыкает к шизофреническому спектру, а БАР — к аффективному.
2. Связи между показателями ментализации и другими диагностическими шкалами у больных с ШАР и БАР имеют разный характер — у больных с БАР имеет место отрицательная связь способности к ментализации с социальной ангедонией и показателем враждебности в шкале SCL-90-R, в то время как у больных с ШАР таких корреляционных связей обнаружено не было.
3. Анализ показателей эмпатических способностей у больных с БАР и ШАР, полученных на основе опросника IRI М. Дэвиса, свидетельствует о неадекватной самооценке больными своей способности к смене позиции и проявлению эмпатической заботы. Более высокий уровень осознания трудностей в смене позиции отмечается у больных с тревожными и депрессивными расстройствами — их показатель по соответствующей шкале оказался самым низким из всех обследованных групп. Более высокие показатели по шкале «децентрация» у больных с БАР и ШАР могут указывать на явную недооценку проблемы собственного им эгоцентрического мышления и необходимость проведения мотивирующих тренингов, направленных на осоз-

нение этого дефицита в рамках различных программ тренинга СП. Больные с тревожными и депрессивными расстройствами, видимо, более готовы к принятию этой проблемы и ее решению в процессе психотерапии.

4. У больных с БАР эмпатический дистресс связан с повышенной ориентацией на социальные сравнения, показатель которых по соответствующей шкале значимо выше, чем у здоровых. У больных с ШАР ориентация на сравнение своих мнений с мнениями других людей связана со способностью к децентрации и эмпатической заботе, их показатель по шкале ориентации на социальные сравнения не отличается от здорового контроля.
5. Выявленные высоко значимые отрицательные связи показателя эмпатической заботы с уровнем социальной ангедонии как в группе с ШАР, так и в группе с БАР свидетельствуют о важной роли негативной социальной мотивации в снижении уровня сопереживания другим людям. Высокие показатели эмпатического дистресса у больных с БАР и ШАР свидетельствуют о доминировании у них незрелых форм эмпатии в виде эмоционального заражения. Данные корреляционного анализа позволяют предположить, что важный вклад в уровень эмпатического дистресса в обеих группах вносят высокие показатели социальной тревожности, прежде всего, страх негативной оценки в социальных ситуациях.
6. У больных с БАР и ШАР зарегистрированы самые высокие показатели страха негативной оценки, которые на высоком уровне значимости коррелируют с показателями эмпатического дистресса, что свидетельствует о необходимости особого внимания к страху негативной социальной оценки, которая может служить серьезным препятствием к эффективному участию в тренинговых программах по развитию СП у данных категорий больных.
7. Учитывая данные о высоком риске негативного течения заболевания у больных с шизофренией с высокими показателями социальной тревожности, следует обратить особое внимание на высокие значения этих показателей по всем шкалам, диагностирующим социальную тревожность у больных с ШАР и БАР. Можно предположить, что нарушения СП и высокий уровень социальной тревожности связаны механизмом порочного круга — низкий уровень СП ведет к росту социальной тревожности, а последняя, в свою очередь, препятствует общению и развитию социального познания и социальных навыков.

Библиография

Холмогорова 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.

Гаранян Н.Г. Теория социального сравнения в клинической психологии // Психологический журнал РАН. 2015. Т. 36. № 4. С. 23–36.

Гаранян Н.Г. Проверка валидности, надежности и возможностей использования методики «Шкала ориентации на социальные сравнения Iowa-Netherlands (The Iowa-Netherlands Comparison Orientation Measure, INCOM)» в российской популяции юношеского возраста. М., 2016. 67 с.

Гаранян Н.Г., Пушкина Е.С. Проверка валидности и надежности русскоязычной версии методики «Шкала ориентации на социальные сравнения Iowa-Netherlands» в выборке студентов // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 2. С. 64–92.

Гаранян Н.Г., Шукин Д.А. Частые социальные сравнения как фактор эмоциональной дезадаптации студентов // Консультативная психология и психотерапия. 2014. № 4. С. 182–206.

Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б., Москачева М.А. Апробация шкалы методики «Шкала ориентации на социальные сравнения (INCOM)» в клинических группах // Консультативная психология и психотерапия. 2017. № 1.

Пуговкина О.Д. Нарушения социального познания при депрессии: теоретические подходы, методы изучения и выделенные дефициты // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 4. С. 80–97.

Юдеева Т.Ю., Царенко Д.М., Довженко Т.В. Нарушения социального познания и социальной адаптации у пациентов с биполярным аффективным расстройством // Консультативная психология и психотерапия. 2014. Т. 22. № 4. С. 44–64.

Chen Y. Face Perception in Schizophrenia Spectrum Disorders: Interface Between Cognitive and Social Cognitive Functioning / Ritsner M, editor. Handbook of Schizophrenia Spectrum Disorders. Dordrecht Heidelberg London New York: Springer, 2011. P. 111–120.

Michail M., Birchwood M. Social anxiety disorder in first-episode psychosis: incidence, phenomenology and relationship with paranoia // The British journal of psychiatry: the journal of mental science. 2009. Vol. 195(3). P. 234–241.

Thaler N.S., Sutton G.P., Allen D.N. Social cognition and functional capacity in bipolar disorder and schizophrenia // Psychiatry Research. 2014. 220(1–2). P. 309–314.

Watson D., Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety // J. Consulting and Clin. Psychol. 1969. Vol. 33. P. 448–457.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги исследованию нарушений СП при шизоаффективном и биполярном расстройствах в контексте модели шизофренического и аффективного спектров, важно отметить, что основные гипотезы исследования подтвердились. Анализ полученных данных с позиций комплексной многофакторной модели СП и модели спектра позволяет сделать вывод, что показатели имплицитной ментализации или операционального компонента СП у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров составили континуум, в центре которого, на пересечении двух спектров, оказались показатели пациентов с биполярным и шизоаффективным расстройством. Операциональный компонент СП отражает накопленный человеком опыт понимания состояний других людей на основе автоматизированных процессов оценки, без развернутого процесса рефлексии. Важно отметить, что операциональный компонент СП тестировался с помощью объективной методики, широко используемой в современных исследованиях СП — «Определение психического состояния по глазам» С. Барона-Коэна (тест «Глаза»), что повышает надежность полученных данных. У больных с БАР уровень имплицитной ментализации (операциональный компонент СП) оказался отрицательно связанным с негативной социальной мотивацией в форме ангедонии и повышенной враждебности (мотивационный компонент), у больных с ШАР таких связей установлено не было.

Однако при исследовании эмпатии с помощью опросниковой методики «Шкала индекс интерперсональной реактивности» М. Дэвиса (IRI) были выделены многочисленные связи показателей эмпатии с показателями негативной социальной мотивации у пациентов с ШАР — последняя оказалась негативно связанной как с эмпатической заботой (сочувствие и направленность на помощь), так и со способностью к децентрации (рефлексивным компонентом СП). В обеих группах пациентов отмечался высокий уровень негативной социальной мотивации в форме высоких показателей страха негативной социальной оценки, который оказался непосредственно связанным

с уровнем эмоционального дискомфорта и дистресса в ситуациях межличностного взаимодействия, требующего участия к другим людям. Во всех обследованных группах имеет место повышенный, по сравнению с группой нормы, уровень эмпатического дистресса в ситуациях эмоционально нагруженного взаимодействия с другими людьми.

Как и следовало ожидать, исследование опросниковым методом (каковым является шкала IRI Дэвиса), не позволяет выстроить континуум в рамках двух спектров, так как самооценки собственных эмпатических способностей у больных подвергаются искажениям. Представляется важным проведение дальнейших исследований с использованием объективных методов для оценки способности к эмпатическому вчувствованию и децентрации (рефлексивный компонент СП) при разных расстройствах.

Что касается поведенческого компонента СП — стратегий поведения в социальных ситуациях — то больные обеих групп, как и ожидалось, продемонстрировали повышенные показатели социального избегания (на уровне пациентов с тревожными расстройствами). Только в группе больных с ШАР выявилась тесная положительная связь между такой социальной стратегией, как сравнение своих мнений с мнениями других и способностями к децентрации (рефлексивный компонент) и эмпатической заботе, в группе больных БАР эта стратегия была скорее деструктивна и связана с ростом эмпатического дистресса.

Данные позволяют сделать ряд рекомендаций относительно организации тренингов, включающих задачу развития СП у больных указанных групп. Прежде всего, они касаются необходимости учета роли негативной социальной мотивации (мотивационный компонент СП), включая ангедонию и страх социальной оценки, которые ведут к поведению социального избегания (поведенческий компонент СП) и по механизму порочного круга закрепляют дефицитность навыков, лежащих в основе СП. Негативная социальная мотивация может также быть серьезным препятствием к активному и продуктивному участию пациентов в тренинговых программах. Поэтому крайне важными являются мотивационные тренинги, направленные на обретение смысла такой работы у больных и преодоление негативной социальной мотивации. Развитие способности к децентрации (рефлексивный компонент СП) и эффективных социальных стратегий поведения (поведенческий компонент СП) возможно

только при условии изменения негативной социальной мотивации и разрывании сложившегося описанного выше порочного круга: «негативная социальная мотивация — поведение избегания — низкий уровень развития СП».

Перспективной задачей исследования СП при психических расстройствах на основе многофакторной комплексной модели СП является изучение различных факторов СП — макросоциальных, семейных, индивидуально-личностных и интерперсональных.

**На стыке двух спектров:
нарушения социального познания
при биполярном
и шизоаффективном расстройствах**

*Коллективная монография
Под редакцией А.Б. Холмогоровой*

*Издание не подлежит маркировке
в соответствии с п. 1 ч. 2 ст. 1 ФЗ № 436-ФЗ*

Корректор *Г.Г. Семенова*
Компьютерная верстка *Ю.А. Боркуновой*
Оформление серии *Ю.А. Боркуновой*

Подписано в печать 30.11.16. Формат 60×90/16.
Усл. печ. л. 12,5. Уч.-изд. л. 12,8.
Печать цифровая. Бумага офсетная.
Тираж 100 экз.

Издательский дом «Неолит»
107023, Москва, ул. Измайловский Вал, д. 30, стр. 4
тел.: (495) 963-18-55, (499) 785-02-43
<http://forum-books.ru>; e-mail: forum-knigi@mail.ru

Отдел продаж издательского дома «Неолит»:
107023, Москва, ул. Измайловский Вал, д. 30, стр. 4
тел.: (495) 963-18-55; e-mail: forum-ir@mail.ru