

ИССЛЕДОВАНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

О.В. РЫЧКОВА

Статья посвящена анализу современного состояния проблемы нарушений социального познания при шизофрении. Сделана попытка интеграции разрозненных работ, предлагающих и обосновывающих когнитивные модели шизофрении. Эмпирические данные свидетельствуют о том, что у больных шизофренией значимо нарушаются социальные навыки, модель психического, способность к распознаванию эмоций другого человека и пониманию социальных ситуаций. Авторы дают оценку имеющимся свидетельствам значимости нарушений социального познания для понимания шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, социальное познание, социальная перцепция, «модель психического», социальная ангедония.

Полагаем необходимым сразу предупредить отечественного читателя в отношении актуальности заявленной темы в зарубежной литературе: число публикаций измеряется сотнями, продолжает увеличиваться, и ряд положений касательно нарушений социального познания при шизофрении стали общепризнанными. Однако есть ряд проблем, как то — разночтения в трактовке используемых понятий, сохраняющийся эмпиризм и порой волюнтаризм выбора предмета изучения, что затрудняет целостное понимание полученных в этой области фактов. Остаются дискуссионными объем обнаруживаемых при шизофрении нарушений социально-причастного познания, критерии выделения вариантов таких нарушений, вопрос об их специфичности, факторы, ответственные за хронификацию. Поэтому задачей статьи мы полагаем рассмотрение основных из сложившихся исследовательских направлений, осмысление и интеграцию данных, с обоснованием теоретической модели, пригодной для описания и квалификации нарушений социального познания в клинике шизофрении. Решение такой задачи, на наш взгляд, оправдано именно для клинической психологии как науки неклассического типа, междисциплинарной, ориентированной на синтез имеющихся знаний и разработку моделей, пригодных для оказания

практической психологической помощи (в данном случае — больным шизофренией, их родным и лицам из группы риска).

Нарушения восприятия лицевой экспрессии («эмоциональный процессинг»)

Оценивать точность распознавания «базовых» эмоций больными шизофренией по изображениям лиц впервые начали в 1974 г. в лаборатории К. Изарда [Dougherty et al, 1974], когда было обнаружено нарушение способности этих пациентов различать эмоциональные состояния, особенно — отрицательного спектра [Walker et al, 1980], в сравнении не только со здоровыми людьми, но и пациентами с наркологическими заболеваниями, невротами [Pilowsky, Bassett, 1980], иными эмоциональными расстройствами, включая шизоаффективные [Walker et al, 1984]. В ходе дальнейшего изучения обозначились две исследовательские модели: 1) подход, трактующий дефицит распознавания эмоций как особый, специфический, и 2) интерпретация нарушений восприятия эмоций как части более общего когнитивного дефицита.

Сторонниками модели общего нейрокогнитивного дефицита сравнивалось выполнение больными шизофренией задач на распознавание эмоций по выражению лица и нейропсихологических проб, позволяющих оценить эффективность восприятия изображений лиц без экспрессивного компонента (предлагались задания на анализ, сравнение, отнесение стимулов, включающих изображения лиц, к образцу). Авторы утверждают общий когнитивный дефект, неспособность больных к оценке изображений лица человека, независимо от эмоциональной составляющей [Kerr, Neale, 1993]. Результаты продублированы в других работах, и идея об общем когнитивном дефиците как главной причине трудностей распознавания эмоций, получила определенное признание и подтверждение.

Гипотеза о специфическом дефекте [Chapman, Chapman, 1978] требует изучения различающихся дефицитов («differential deficits»), отвечающих за разные способности, часть из которых причастна восприятию социальных объектов — по аналогии с психометрическими многомерными моделями измерения интеллекта. Подобные модели особого дефицита распознавания эмоций больными шизофренией, не объясняемого общим когнитивным снижением [Penn, et al, 2000], созвучны постепенному признанию в теоретической психологии социального интеллекта как отдельной группы способностей, не сводимой к общим интеллектуальным. Относительная независимость нарушений распознавания эмоций от иных нейрокогнитивных дефицитов также получи-

ла эмпирическое подтверждение [Kerr, Neale, 1993; Bozikas, et al., 2004; Gur, et al., 2002; Kee, et al., 1998; Sachs, et al., 2004]. Было доказано, что распознавание эмоций хуже у пациентов, находящихся в острой стадии заболевания [Gessler, et al., 1989; Penn, et al., 2000; Weniger, et al., 2004] или в период ремиссии при условии преобладания негативной симптоматики над позитивной [Bryson, et al., 1998; Mandal, et al., 1999].

Для больных с параноидной симптоматикой доказана достаточная и даже высокая по сравнению со здоровыми чувствительность к отдельным эмоционально окрашенным стимулам, например, к различению искусственно смоделированных и искренне переживаемых эмоциональных состояний [LaRusso, 1978]. Факт менее страдающей способности к распознаванию эмоций у пациентов с параноидной формой шизофрении подтверждался и в других работах, где такую высокую чувствительность к отрицательным эмоциональным состояниям предлагалось интерпретировать как механизм развития параноидных убеждений [Davis, Gibson, 2000; Kline, et al., 1992].

На сегодняшний день трудности распознавания лицевой эмоциональной экспрессии определяют в качестве отличительной особенности больных шизофренией большинство авторов [Schneider, et al., 2006; Kohler, et al., 2010], трактуют этот дефицит и как фактор диспозиционной уязвимости к шизофрении [Bediou, et al., 2007]. Был описан присущий больным шизофренией феномен опознания нейтрального выражения лица как негативного переживания [Kohler, et al., 2003].

В целом, данные свидетельствуют, что больные шизофренией в сравнении со здоровыми демонстрируют недостаточность понимания лицевой экспрессии (как идентификации эмоций, так и их различения); воспринимают лицевую экспрессию типично хуже больных с депрессиями, хуже воспринимают негативные эмоции, особенно — страх. При этом более заметными нарушениями являюся в острой стадии психоза, хотя лонгитюдные исследования говорят об устойчивом дефиците [Social Cognition ..., 2001].

Отметим, что исследования лицевой эмоциональной экспрессии у пациентов с шизофренией сохраняют свою привлекательность для исследователей. В настоящее время помимо терминологических новаций в виде концептов «эмоциональный интеллект» («emotional intelligence») или «эмоциональный процессинг» («facial emotion processing») популярны работы с поиском мозговых механизмов, зон коры и подкорки, ответственных за нарушения [Goghari, et al., 2011; Li, et al., 2010; Gur, et al., 2002]. Изучаются последствия нарушений способности распознавать эмоциональное состояние другого человека для построения эффектив-

ной коммуникации, достижения удовлетворительной социальной адаптации и понижения уровня переживаемого социального стресса [Jagasz, et al., 2010; Rauch, et al., 2010; Turetsky, et al., 2007]. Чаше нарушенная способность к распознаванию эмоций рассматривается как первичная, как операциональный компонент более глобальных дефицитов [Iraní, et al., 2012], что отвечает логике западной нейронауки, и не противоречит традиционным для шизофренологов поискам эндофенотипической, генетически обусловленной черты, ответственной за развитие впоследствии более сложных нарушений, да и самой шизофрении. Нельзя не отметить, что такие подходы увеличивают риск биологизации шизофрении, требуют внимательного и критичного взгляда на методологию и результаты проводимых исследований.

Нарушения социальной компетентности при шизофрении — трудности концептуализации и измерения

Исследования нарушений социального поведения больных шизофренией в работах бихевиорально-ориентированных психотерапевтов присутствуют давно и стали традиционными, хотя взгляд на содержание изучаемого явления у разных авторов может различаться. Дефициты социальной компетентности описывались как недостаточность умения инициировать и поддерживать контакты, бедность и негибкость ролевых характеристик поведения, слабость социального прогнозирования, отсутствие многих социально-значимых навыков [Bellack, et al., 1990]. В других работах акцентировались такие аспекты коммуникативной компетентности как способность быть эффективным в диалоге, инициативным, отзывчивым к репликам партнера, умеющим использовать язык невербального поведения [Ford, Tisak, 1983], успешность в построении гетеросексуальных отношений [Wong, et al., 1995], эффективность проблемно-разрешающего поведения в ситуации возникновения социальных проблем [Cantor, Harlowe, 1994].

При внимательном прочтении перечня поведенческих характеристик очевидны пересечения с описаниями ряда симптомов, используемых для клинической оценки, в первую очередь — негативных. Именно поэтому дефициты социальных навыков («social skills»), с одной стороны, непременно сопутствуют течению шизофрении, с другой — вызывают разночтения при интерпретации. Близость дефицитов социальной компетентности к негативным симптомам подтверждается высокими корреляциями этих показателей [Dworkin, et al., 1991; Mueser, et al., 1990; др.], но результат обесценивается синонимичностью описаний, по крайней мере, части феноменов указанных двух групп. Встает вопрос о

различении собственно клинических, и по определению обусловленных эндогенным или иным патологическим фактором проявлений, и поведенческих, то есть независимых от патологического фактора.

Но возможны ли независимые поведенческие проявления при шизофрении? Даже если мы признаем таковые, нельзя не учитывать, что больные шизофренией, длительное время пребывая в психиатрическом стационаре, в изоляции от общества, накапливают проявления госпитализма. Последний также выражается в поведенческих дефицитах, связан с негативными воздействиями стигматизации, опыта искаженных, нарушенных отношений в семье (и усвоенных вследствие этого патологических поведенческих паттернов) [Hooley, 2010]. Попытки обоснования концепции, разделяющей истинные, первичные дефициты поведения у больных и вторичные, приобретенные вследствие указанных средовых влияний, наталкиваются на невозможность их разведения на практике.

В то время, как психологи, специалисты по проблематике социально-го интеллекта, стремятся активно использовать поведенческие проявления для его диагностики, говорят об особой ценности измерения социальной компетентности и поведенческих параметров по сравнению с когнитивными переменными [Михайлова, 1996], в исследованиях шизофрении мы наблюдаем обратную тенденцию: авторы стремятся уйти от поведенческих характеристик к когнитивным параметрам, использовать термин «Social Cognition» для обеспечения объективации и ясности получаемых результатов [Dickinson, et al., 2007; Couture, et al., 2006].

Отметим, что близким к социальной компетентности направлением (обширным и выходящим за пределы настоящей статьи) является изучение социального функционирования больных шизофренией, и прилегающего к нему параметра «качество жизни». Обозначив для заинтересованного читателя одну из основных отечественных монографий, посвященных данному вопросу [Гурович, Шмуклер, Сторожакова, 2004], заметим, что интерес к социальному функционированию стал компромиссом клиницистов, психологов и других специалистов, пытающихся безотносительно клиники описывать параметры социального бытия больных, подлежащие немедикаментозному воздействию при психосоциальной реабилитации.

С нашей точки зрения, полностью отказываться от использования характеристик поведения как способа объективации нарушений социального познания невозможно и не нужно, они должны стать одним из критериев при оценке нарушений социального познания, наряду с собственно когнитивными составляющими, что будет отвечать логике комплексного подхода к исследуемому явлению.

Нарушения в области прагматики речи

Бедность социальных ролей, непонимание правил поведения, неумение строить адекватные ситуации реплики, специфические особенности построения речи, присущие больным шизофренией, и очевидно затрудняющие социальное взаимодействие — явления, давно известные клиницистам из наблюдений за больными. Изучались они в разные годы на разных методологических основаниях, при исследовании больных шизофренией и членов их семей [см. обзор DeLisi, 2001]. Роль нарушений речи порой трактовалась как чрезвычайная, и шизофрения определена как «плата человечества за возможность использовать язык» [Crow, 1997, 128]; у других исследователей нарушения речи и языка при шизофрении обозначены как менее значимые.

Часть нарушений речи при шизофрении, как то — меньший объем и точность воспроизведения воспринимаемой речи, замены слов при повторе, с утратой содержания высказываний, можно объяснить недостаточностью внимания, оперативной памяти, то есть общими когнитивными нарушениями. Доказано, что страдает беглость речи, и по мере длительности заболевания отмечаются все более заметные расстройства в виде стереотипий, персевераций, меньшая степень связности и гладкости речи, резонерство, нарастает по ходу развития симптомов негативного спектра упрощение и уплощение речи. Заметим, что данные феномены широко известны клиницистам, однако описаны и более тонкие нарушения в виде дезорганизованных семантических сетей, с меньшей степенью связи между словами, близкими по содержанию, меньшей связью слов в предложении, несмотря на сохраняющийся грамматический строй речи [DeLisi, 2001]. Предпринимались попытки найти сходство пациентов с шизофренией и больных с афазиями в отношении семантического аспекта речи [Goldfarb, et al., 1994]. Отдельные нарушения, как названная выше «беглость речи», привлекают особое внимание исследователей, ищущих эпифеноменологические признаки шизофрении [Алфимова, 2010].

Но наиболее эвристичным для описания нарушений речи при шизофрении стал подход, основанный на трактовке речи как коммуникативного процесса, или «прагматика речи». «Прагматика» речи, понимаемая как совокупность правил ведения беседы, диалога, предполагает понимание того, что именно хотел сказать другой, контекста и подтекста сообщения, с возможностью перехода на уровень метакоммуникации. Больные шизофренией имеют тенденцию буквально интерпретировать метафоры, им присущ особый, неясный для окружающих, стиль использования языка, трудно пользоваться информацией, зависимой от

контекста, если ситуация неясна [Vazin, et al., 2000]. Также им сложно приспосабливать свою речь к требованиям норм языка и коммуникации, к репликам партнера [Corcogan, Frith, 1996], они значительно менее, в сравнении со здоровыми, чувствительны к социальным репликам других людей [Corrigan, Green, 1993]. Пациенты с шизофренией нарушают универсальные правила ведения диалога в отношении количества и качества реплик, их соответствия контексту, вежливости и такту; при параноидной форме шизофрении описан особый феномен «ментализаций на месте» [там же]. В психотическом периоде перечисленные нарушения выражены еще более значительно [Abu-Akel, 1999].

Указанные эмпирические результаты, с одной стороны, тесно прилегают к ранее обозначенной коммуникативной компетентности, объясняя ее снижение. С другой стороны, они сами по себе тоже могут быть объяснены, например, с использованием концепта, к рассмотрению которого мы переходим.

Нарушения «модели психического» (Theory of mind)

В поисках механизмов нарушений речи, межличностного взаимодействия и социального познания при шизофрении западные исследователи привлекли ряд оригинальных концептов, к числу которых относится «theory of mind» (ToM). Термин был заимствован из философии, где предлагался для обозначения того, как в повседневной, обыденной жизни люди понимают друг друга. Перевод данного термина сопряжен с большими сложностями, и возможен как «модель психического» или «индивидуальная теория психики» [Величковский, 2006], или как «внутренняя модель сознания другого» — ВМСД [Лоскутова, 2009].

В работах западных авторов термин «theory of mind» популярен в когнитивной, клинической, возрастной, социальной психологии и других областях. Выбор термина, на наш взгляд, обусловлен стремлением отойти от эмпирически сложных и трудно верифицируемых концептов (рефлексия, эмпатия, сопереживание, метакогнитивные образования), и максимально упростить, сделать операционально удобными и измеряемыми представления субъекта исследования о содержании сознания и мотивации другого человека. Способность представлять, оценивать, осмысливать, и рассуждать о том, что думают другие, — одно из самых важных приобретений эволюции человека, что было обозначено уже в первых работах по данной проблеме [Premack, Woodruff, 1978].

Важно, что наличие у субъекта «модели психического» является ключевой составляющей социальной компетентности и условием усвоения обычной, естественной речи [Baldwin, Tomasello, 1998], рефлекс-

сивного мышления, моральных представлений, стратегического социального планирования и целенаправленного социального поведения [McCabe, et al., 2000]. «Модель психического» представляет собой быстро осуществляющуюся и преимущественно бессознательную способность, автоматическое, бессознательное и как бы не требующее специальных усилий и развернутых аналитических операций понимание других людей, недоступное для большинства ряда клинических групп, особенно — при аутизме [Leslie, 1992].

«Модель психического» отлична от способности к рассуждениям и оценкам в отношении несоциальных объектов, которая может и не страдать при аутизме [Baron-Cohen, et al., 1985], но нельзя говорить о ней как о полностью изолированной от других способностей, поскольку она сцеплена со способностью к самоконтролю, к интроспекции, с правильностью построения человеком речи, адресованной другим людям. Теоретические разработки в области ТоМ определяют ее частью более общей концептуальной системы, связывающей социальное познание и социальное поведение человека в единую линию [Malle, Knobe, 2000], и признают в качестве основного инструмента социального познания [Bogdan, 2000], что порождает интерес к концепту самым разным специалистам, в первую очередь — представителей психологии развития, клинической психологии, социальной, этнической и т. д.

Первыми дефицит ТоМ заинтересовал исследователей раннего детского аутизма (РДА), доказавших отсутствие у детей с РДА представления о том, что другой человек может иметь свои желания, намерения, равно как и иное, отличное восприятие ситуации [Baron-Cohen, et al., 1985]. Дефицит ТоМ хорошо объясняет неспособность лиц с аутистическими чертами к обману, хитрости, их наивность, непонимание ими намека, лести, подтекста и шутки; сюда же могут быть отнесены широкий класс феноменов непонимания правил поведения, негласно принятых в обществе, инициативы и намерений окружающих, их реакции на сказанное, особенности слабо ориентированной на партнера речи ребенка с РДА. Все перечисленные проявления затрудняют социальное взаимодействие, совместно-разделенную деятельность, ведут к невозможности установления дружеских связей, близких отношений, и к высокому уровню социального стресса.

Вопрос о причине данного дефицита при РДА изучался в рамках концепции о невозможности имитационного поведения или нарушений способности ребенка с РДА устанавливать эмоционально окрашенные отношения с близкими людьми; и когнитивные дефициты тогда интерпретируют как вторичные [Hobson, 1993]. Иная точка зрения оп-

ределяет дефицит внимания при РДА как первичный дефект, имея в виду нарушения особого рода, когда страдает «обобщенное» или «разделенное» («joint attention») внимание [Alessandri, et al., 2005], и тогда нарушения ТоМ, социальных взаимодействий, социального познания, коммуникативной компетентности интерпретируются как вторичные.

В отношении шизофрении исследования нарушений ТоМ начаты С. Frith [Frith, 1993], предложившим квалифицировать их как базовый дефект, возникающий до начала заболевания. Как полагал автор, всю симптоматику шизофрении можно рассматривать через призму расстройства репрезентаций у больных умственных состояний — как другого человека, так и собственных. Тогда невозможность отслеживать и критически оценивать содержание собственных мыслей приводит к тому, что больные легко принимают суждения и размышления субъективного характера за объективные, пренебрегают социальными сигналами; феномены утраты контроля над своими психическими проявлениями, отнятия или передачи мыслей, вербальные галлюцинации возникают вследствие утраты способности отслеживать свои намерения; абulia понимается как результат нарушений в системе саморегуляции, с невозможностью представить собственное намеренное поведение. Неумение понимать намерения других людей дает больному ощущение того, что они скрывают свои мысли, повышает вероятность трактовки этих намерений как недобрых, их отношения к себе как плохого, и, в конечном счете, ведет к параноидным бредовым идеям; и т. д.

Впоследствии нарушения ТоМ были выявлены у пациентов с различными симптомокомплексами [Corcoran, et al., 1997; Social Cognition ..., 2001]. Созвучными оказались данные о трудностях понимания больными юмора, карикатурных изображений [Corcoran, et al., 1997], ситуаций, содержащих обман [Frith, Corcoran, 1996], правил вежливости, используемых при построении разговора с другими людьми [Corcoran, Frith, 1996]. Установлена связь между нарушениями ТоМ и такими симптомами как дезорганизованное мышление, речь и коммуникация [Hardy-Bayle, et al., 2003].

У отдельных авторов, возникали идеи о гипертрофированной, но искаженной способности к построению «теории разума» у больных шизофренией в форме сверхприписываний, что наблюдается при бредовых убеждениях [Abu-Akel, 1999]. Был установлен факт [Pickup, Frith, 2001], что пациенты с параноидной симптоматикой способны частично компенсировать дефициты ТоМ за счет использования ими часто высокого интеллекта. Предлагалось выделять несколько видов нарушений ТоМ: 1) истинные нарушения ТоМ, 2) сохранность способности понимать со-

стояние других людей при невозможности применять эти знания и способности из-за других дефицитов, 3) гипертрофированная «модель психического», опирающаяся на «сверхприписывания», то есть крайне субъективные суждения, используемые при интерпретации поведения других людей [Abu-Akel, Bailey, 2000]. Последний вариант нарушений — в виде сверхприписываний, ведущих к персекуторному бреду, фактически дублирует феноменологию проективной идентификации [Walston, et al., 2000].

Изучение ТоМ у лиц с характерологическими чертами шизоидного круга [Langdon, Coltheart, 1999] свидетельствует о наличии континуума как внутри собственно шизоидных черт личности (включая необычные перцептивные ощущения, примеры «магического мышления», другие ее черты), так и отвечающего ему континуума затруднений в понимании намерений других людей. Это соответствие свидетельствует в пользу дефицита ТоМ как постоянной черты, о чем говорят и данные по родственникам больных шизофренией [Wykes, et al., 2001]. Важно, что связи уровня интеллекта с трудностями понимания другого человека не являются прямыми, и при шизофрении есть специфические трудности в построении ТоМ, связанные с симптоматикой позитивного и негативного круга, но не с уровнем интеллекта [Sarfati, et al., 1997].

Методическое обеспечение исследований «теории разума» варьирует от экспериментального разыгрывания сложных ситуаций, до предложения специальных методик, причем основанных на разных моделях: понимания лжи, метафоры, иронии и шутки, негласных коммуникативных правил, бестактности. Материалом могут быть картинки, рассказы, даже мультипликация. Методология постепенно совершенствуется как в методическом отношении, так и путем выделения разных типов ошибок в понимании другого человека (то есть речь идет о разработке моделей нарушений). Проводилось изучение связи между осознанием субъектом собственных состояний, припоминанием намерений собственных прошлых поступков, и способностью делать заключение о других людях [Langdon, et al., 1997]; данные показали, что нарушения саморегуляции и понимания намерений другого человека являются независимыми способностями, которые могут нарушаться как порознь, так и вместе.

Нашла свое подтверждение гипотеза о связи дефицита понимания другого человека с недостаточным социальным функционированием больного шизофренией [Roncone, et al., 2002]. Для оценки тактической и стратегической составляющей социального поведения используют и концепт «маккиавелизм», за которым мыслится способность и готов-

ность влиять на окружающих, пренебрегая моральными нормами. Полученные данные свидетельствуют, что для больных сложно строить стратегию социального поведения и применять тактические приемы именно потому, что они слабо ориентируются в представлениях о ситуации другого человека (причем при продуктивной параноидной симптоматике результаты выше, нежели при превалировании негативных расстройств) [Mazza, et al., 2001].

Важно, что под влиянием накапливающихся данных нарушения ТоМ не только становятся широко признанными, но изменяется взгляд на больных шизофренией: часть исследователей видят их уже не с точки зрения клинической симптоматики, но как людей с дефицитарной «моделью психического» [Sprong, et al., 2007].

В последние годы внимание исследователей привлекли идеи о связи дефицита ТоМ с нарушениями автобиографической памяти, и именно — с неспособностью пациентов продуцировать содержательные автобиографические рассказы [Corcoran, Frith, 2003]. Поскольку в автобиографических сообщениях пациентов с шизофренией доминируют неясные или негативные воспоминания о людях, вероятно, что к становлению дефицитарной ТоМ причастен бедный и искаженный опыт межличностных отношений (что всегда утверждали психоаналитики).

В настоящее время в западной литературе отмечается обилие идей, при некоторой терминологической перенасыщенности (и порой неясности) данной области исследований. Так, кроме конструкта «theory of mind» мы находим близкие по содержанию «атрибуция умственных состояний» («mental state attribution»), «осознаваемая позиция» («intentional stance»), «ментализации» («mentalizing») или «рефлексивное осознание» («reflexive awareness»). На наш взгляд, становление концепта «модель психического» продолжается, и решает задачу вычленения той составляющей деятельности социального познания, которая отражает направленность на собеседника, учет состояния и роли партнера по общению, то есть рефлексивную составляющую.

Неспособность понять состояние другого человека, занять его позицию, грубо нарушает коммуникации с людьми, возможность регулировать свое социальное поведение с точки зрения его социальной адекватности, адаптивности. Грубые нарушения способности к рефлексивной регуляции деятельности социального познания и социального поведения при шизофрении, сниженная направленность мышления на социально значимые аспекты, были установлены и в работах отечественных авторов [Холмогорова, 1983].

Роль и место социальной ангедонии в социальном познании

В качестве еще одной «кардинальной», причастной к социальной изоляции и социальной неуспешности больных шизофренией черты определяют социальную ангедонию [Meehl, 1990, 2001]. Первоначально исследователи говорили о снижении при шизофрении гедонистической способности вообще; позже было доказано, что социальная ангедония является более значимым показателем развивающегося психоза, нежели физическая ангедония [Chapman, et al, 1994; Kwapil, 1998], что подтвердило лонгитюдное исследование длительностью более 10 лет [Chapman, et al, 1994] и другие данные [Kwapil, 1998]. В рамках широко известного и в свое время передового проекта по изучению предикторов шизофрении, известного как Нью-Йоркский проект изучения лиц из группы риска («The New York High-Risk Project»), ангедонии как предиктору психоза было отведено заметное место [Erlenmeyer-Kimling, et al., 1993].

Высокие показатели ангедонии встречаются и у психически здоровых лиц, но число таких невелико, нарушения указанной способности менее отчетливы, при этом доказана широкая распространенность социальной ангедонии у лиц с шизоидными чертами [Blanchard, et al., 2000; Schurhoff, et al., 2003]. Изучение взаимосвязи социальной ангедонии и социального поведения проводилось на разных группах: для психически здоровых лиц, для клинических групп больных шизофренией и депрессией, доказана причастность ангедонии к уровню социальной компетентности [Klein, 1987]. Для нас очевидно, что концепт социальной ангедонии встраивается в логику дефицитарного развития социального познания человека: при наличии ангедонистических установок возможность участвовать в различных жизненных событиях снижается вследствие социальной отчужденности; возникает кольцевая закономерность, когда ангедония фиксирует отчужденность, социальный неуспех, а они, в свою очередь, подкрепляют ангедонию [Круга, Thornton, 1986].

Исследования механизмов ангедонии с позиции психологии научения позволяют уверенно трактовать социальную ангедонию как мотивационный компонент социального поведения, при существенной роли ожиданий получения удовольствия от взаимодействия как главного механизма гедонии; иначе это называют антиципацией удовольствия («anticipatory pleasure») [Gard, et al., 2007]. Модель утверждает непосредственную причастность ангедонии к выбору целей поведения и общей его ориентации на социальную активность, взаимодействие, или с отказом от нее, изоляцией. Продуктивными представляются разработки концепта ангедонии в более широком контексте когнитивных процессов и особенностей личности.

Так, в ряде работ был сделан вывод, что явление ангедонии отражает особенности памяти, затрудняющие процесс зашифровывания и/или запечатления субъективно положительных эмоций [Horan, et al., 2006]. Получены данные в пользу того, что при шизофрении не столько страдает способность удерживать в памяти приятные впечатления, сколько возникают «контаминации», зашумления этих приятных впечатлений неприятными, сопровождающимися негативными эмоциями (о присутствующей больным шизофренией амбивалентности традиционно писали и клиницисты, и психоаналитики). Причастна к ангедонии мотивация социального взаимодействия, приближения («approach motivation»), которую предлагают использовать для оценки уровня ангедонии, как более точный ее показатель, нежели опросниковые методы [Germans, Kring, 2000].

Изучалась социальная ангедония и при иных расстройствах, в частности депрессивных [Katsanis et al., 1992], также традиционные эмпирические исследования данного явления применительно к патологии личности, особенно — шизотипальной [Blanchard, et al., 2000]. Сравнительные исследования при разных видах психических расстройств демонстрируют, что при депрессивных расстройствах ангедония является скорее временным состоянием, тогда как при шизофрении — устойчивой характеристикой, чертой [Blanchard, et al., 2001], что вновь подчеркнуло значимость данного параметра для понимания каузальных закономерностей развития психотических состояний.

В последние годы, отдавая дань развитию нейронауке, исследователи сосредоточили свое внимание на мозговых основах социальной ангедонии, когнитивных составляющих социального познания и их взаимовлияний [Bach, Dowd, 2010; Cohen, et al., 2011; Rauch, et al., 2010; др.], что позволило подтвердить приоритетную причастность к нарушениям обоих классов в первую очередь префронтальных отделов мозга, а также подкорковых образований, например, миндалин. В числе интересных данных — подтверждение роли когнитивных функций для возникновения и поддержания позитивных эмоциональных переживаний [Strauss, Gold, 2012], и доказательство, применительно к больным шизофренией, важного вклада способности актуализировать прошлый опыт для обеспечения переживания положительных эмоций [Herbener, 2008], как и способности строить образ позитивного будущего [Heerey, Gold, 2007].

Резюмируя сказанное в отношении концепта социальной ангедонии, необходимо обозначить, что интерес к данному понятию в контексте изучения нарушений социального познания представляется обос-

нованным, и введение социальной ангедонии как одной из переменных для изучения нарушений социального познания у больных шизофренией видится обязательным. Мы, не отрицая аффективной сущности социальной ангедонии, трактуем ее и как мотивационный компонент социального познания, отражающий роль и влияние личности больного, тем самым обеспечивая сохранение единства когнитивных и аффективных процессов при их изучении.

Нарушения «Social Cognition» при шизофрении

Возникновение концепта «Social Cognition» отразило стремление исследователей ввести понятие, интегрирующее различные дефициты социального познания. Определяемая по-разному в зависимости от степени обобщенности, глубины, детализированности описаний и включаемых эмпирических феноменов, диагностируемая с помощью самого разного психодиагностического и клинического инструментария, «социальная когниция» стала предметом интереса для психологов и клиницистов, в том числе применительно к шизофрении. Содержание «социальной когниции» видится очень по-разному. Так, иногда ее считают разделом социальной психологии, применением моделей когнитивной психологии к познанию социальной реальности [Bless, et al, 2004], при этом выделяя ряд составляющих, которые осуществляют следующие относящиеся к социальному познанию функции: восприятие и внимание, декодирование («encoding»), интерпретация, хранение и воспроизведение информации. Можно видеть параллели между «Social Cognition» и уже признанным в общей психологии социальным интеллектом.

В клинике шизофрении известной стала модель, предложенная P.W. Corrigan и D.L. Penn [Social Cognition ..., 2001], и включающая пять блоков нарушений:

- нарушения социальной перцепции, включающие восприятие как простых стимулов (изображений лиц, мимики, пантомимических проявлений), так и более сложных — связанных с социальными ситуациями, их динамикой;
- нарушения социального функционирования (то есть фактически поведения) больных, рассматриваемые как следствия и с учетом роли собственного «Я» больного;
- нарушения социального познания в контексте ошибок атрибутивного стиля и бредовых убеждений больных;
- дефициты «theory of mind»;
- явления социальной стереотипизации вследствие стигматизации и самостигматизации больных шизофренией.

В типологии нет достаточной методологической четкости, она грешит эмпиризмом, но авторы не отрицают неполноты своей модели, полагая уточнение ее составляющих, более строгое обоснование методологии изучения нарушений социального познания одной из важных перспективных задач. Важно, что они целенаправленно отошли от нейробиологической модели, предпочли ей психологическую, что в определенной степени революционно (если иметь в виду распространенность и степень влияния нейронаук в настоящее время).

В работах последних лет мы также находим комплексные модели «социальной когниции», где «через запятую» приведены эмоциональный процессинг (способность к восприятию и использованию эмоций для облегчения адаптивного функционирования), социальная перцепция, социальные знания, атрибутивные искажения и «модель психического» [Green, et al, 2012; Roder, Medalia, 2010; Ziv, et al, 2011]. Таким образом, можно утверждать отсутствие серьезных теоретических новаций в интересующей нас области.

* * *

Подводя итог обзору, обозначим, что перечисленные направления и концептуализации недостаточно соотносятся друг с другом, порождая неясности и трудности исследования самого явления — нарушений социального познания и связанного с ним социального поведения у больных шизофренией. Остаются дискуссионными объем обнаруживаемых при шизофрении нарушений социального познания, критерии выделения различных вариантов таких нарушений, вопрос об их специфичности, факторы, ответственные за хронификацию данных нарушений, степень причастности к ним клинических симптомов заболевания. Многочисленные концепты, предлагаемые для описания психологической составляющей шизофрении, и связанные с нарушениями социального взаимодействия и социального познания, требуют своего осмысления, интеграции, верификации. Для решения данной задачи необходима разработка теоретической модели, пригодной для описания и квалификации нарушений социального познания в клинике шизофрении, с последующим проведением эмпирических исследований, направленных на верификацию предполагаемых нарушений и модели их описания.

Анализ современных концептуализаций, предлагаемых для диагностики социального интеллекта в общей, возрастной, когнитивной пси-

хологии¹, показал, что термин «социальный интеллект» активно развивается и разрабатывается в последние годы, и имеет большую перспективу. Кроме того, если не ограничиваться рамками только психометрического подхода, и, соответственно, только анализом операционального аспекта интеллекта, потенциал термина возрастает. Мы полагаем возможным говорить о комплексной модели социального интеллекта как сложной способности, включающей *операциональный компонент* (система когнитивных навыков, обеспечивающих процесс социального познания — адекватное декодирование и восприятие социальных связей и объектов); *мотивационный компонент* (установки, обеспечивающие коммуникативную направленность мышления и способность получать удовлетворение от общения); *динамический или регуляторный компонент* (способность к произвольной и рефлексивной регуляции социального познания и поведения); *поведенческий компонент* (система поведенческих (коммуникативных) навыков и стратегий, обеспечивающих возможность конструктивного общения с людьми и кооперацию в совместной деятельности).

Уверены, что именно на основе такой модели возможно изучение и описание не только феноменологии нарушений социального познания при шизофрении, но и выход на психологические закономерности стабилизации и хронификации данных нарушений, с последующей разработкой четких мишене-ориентированных психологических интервенций, пригодных для коррекции нарушений социального познания и поведения у больных шизофренией.

ЛИТЕРАТУРА

- Алфимова М.В. Семантическая вербальная беглость: нормативные данные и особенности выполнения задания больными шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. № 3. С. 20—25.
- Величковский Б.М. Когнитивная наука: Основы психологии познания: В 2 т. — Т. 1. — М.: Смысл: Издательский центр «Академия», 2006. 448 с.
- Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожаква Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика, 2004. 492 с.
- Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 4. С. 92—104.
- Михайлова (Алешина) Е.С. Методика исследования социального интеллекта. Руководство по использованию. СПб.: ГП «Иматон», 1996.

¹ Данный анализ не приводится здесь вследствие ограниченности объема статьи.

- Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении. Дисс. ... канд. психол. наук. — М., 1983. — 219 с.
- Abu-Akel A. 1999. Impaired theory of mind in schizophrenia. *Pragmatics and Cognition*, 7: 247—282.
- Abu-Akel A., Bailey A.L., 2000. The possibility of different forms of theory of mind. *Psychological Medicine*, 30: 735—738.
- Alessandri M., Mundy P., Tuchman R.F. 2005. The social deficit in autism: focus on joint attention. *Rev Neurol*. 40(1):137—141.
- Bach D.M., Dowd E.C. 2010. Goal representations and motivational drive in schizophrenia: The role of prefrontal — striatal interactions. *Schizophr Bull*. 36: 919—934.
- Baldwin D.A., Tomasello M. 1998. Word learning: A window on early pragmatic understanding. In *The proceedings of the twenty-ninth annual child language research forum* Ed. E.V.Clark, 3—23. Stanford: Center for the Study of Language and Information.
- Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. 1985. Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*. 21: 37—46.
- Bazin N., Perruchet P., Hardy-Bayle M.C., Feline A. 2000. Context-dependent information processing in patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 45: 93—101.
- Bediou B., Asri F., Brunelin J., Krolak-Salmon P., d'Amato T., Saoud M., Tazi I. 2007. Emotion recognition and genetic vulnerability for schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 191: 126—130.
- Bellack A.S., Morrison R.L., Wixted T.T., Mueser K.T. 1990. An Analysis of Social Competence in Schizophrenia. *Br J Psychiatry*. 156:209—218
- Blanchard J., Gangestad S., Brown S., Horan W. 2000. Hedonic capacity and schizotypy revisited: a taxometric analysis of social anhedonia. *J Abnorm Psychol*, 109: 87—95.
- Blanchard J.J., Horan W.P., Brown S.A. 2001. Diagnostic differences in social anhedonia: A longitudinal study of schizophrenia and major depressive disorder. *J Abnorm Psychol*, 110 (3): 363—371.
- Bogdan R.J. 2000. *Minding minds: Evolving a reflexive mind by interpreting others*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bozikas V.P., Kosmidis M.H., Anezoulaki D., Giannakou M., Karavatos A. 2004. Relationship of affect recognition with psychopathology and cognitive performance in schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10 (4): 549—558.
- Bryson G., Bell M., Kaplan E., Greig T., Lysaker P. 1998. Affect recognition in deficit syndrome schizophrenia. *Psychiatry Res*, 77:113—120.
- Cantor N., Harlowe R.E. 1994. Social intelligence and personality: flexible life-tasks pursuit / In *Personality and Intelligence*. Ed. R.J. Sternberg, P. Ruzgis, 137—168. New York: Cambridge University Press.
- Chapman L.J., Chapman J.P. 1978. The measurement of differential deficit. *J Psychiatry Res*. 14: 303—311.
- Chapman L.J., Chapman J.P., Kwapil T.R., Eckblad M., Zinser M. 1994. Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *J Abn Psychol* 103:171—183.

- Cohen A.S., Najolia G.M., Brown L.A., Minor K.S. 2011. The state-trait disjunction of anhedonia in schizophrenia: potential affective, cognitive and social-based mechanisms. // Clin. Psychol. Rev. 31: 440—448.
- Corcoran R., Cahill C., Frith C.D. 1997. The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia. A study of 'mentalizing' ability. Schizophr Res, 24:319—327.
- Corcoran R., Frith C.D. 2003. Autobiographical memory and theory of mind: Evidence of a relationship in schizophrenia. Psychol Med, 33:897—905.
- Corcoran R., Frith C.D. 1996. Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia. Cognitive Neuropsychiatry, 1: 305—318.
- Corrigan P.W., Green M.F. 1993. Schizophrenic patient's sensitivity to social cues: the role of abstraction. Am J Psychiatry, 150:589—594.
- Couture S.M., Penn D.L., Roberts D.L. 2006. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. Schizophr Bull. 32(1):44—63.
- Crow T.J. 1997. Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? Schizophr Res, 28: 127—141.
- Davis P., Gibson M.G. 2000. Recognition of posed and genuine facial expressions of emotion in paranoid and nonparanoid schizophrenia. J Abnorm Psychol, 109: 445—450.
- DeLisi L.E. 2001. Speech Disorder in Schizophrenia: Review of the Literature and Exploration of Its Relation to the Uniquely Human Capacity for Language. Schizophr Bull, 27(3): 481—496.
- Dickinson D., Bellack A.S., Gold J.M. 2007. Social/Communication Skills, Cognition, and Vocational Functioning in Schizophrenia. Schizophr Bull, 33(5): 1213—1220.
- Dougherty F.E., Bartlett E.S., Izard C.E. 1974. Responses of schizophrenics to expressions of the fundamental emotions. J Clin Psychol, 30: 243—246.
- Dworkin R.H., Bernstein M.A., Kaplansky L.M. et al. 1991. Social Competence and Positive and Negative Symptoms: A longitudinal Study of Children and Adolescent Risk for Schizophrenia and Affective Disorder. American Journal of Psychiatry, 148:1182—1188.
- Erlenmeyer-Kimling L., Cornblatt B.A., Rock D., Roberts S. et al. 1993. The New York High-Risk Project: anhedonia, attentional deviance, and psychopathology. Schizophr Bull. 19(1):141—153.
- Ford M.E., Tisak M.S. 1983. A further search for social intelligence. Journal of Educational Psychology, 75: 196—206.
- Frith C.D. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. Hove, U.K.: Erlbaum. 1993.
- Frith C.D., Corcoran R. 1996. Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia // Psychol Med, 26: 521—530.
- Gard D.E., Kring A.M., Gard M.G., Horan W.P., Green M.F. 2007. Anhedonia in schizophrenia: Distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. Schizophr Res, 93: 253—260.
- Germans M.K., Kring A.M. 2000. Hedonic deficit in anhedonia: support for the role of approach motivation. Personality and Individual Differences, 28: 659—672.

- Gessler S., Cutting J., Frith C.D., Weinman J. 1989. Schizophrenic inability to judge facial emotion: a controlled study. *Br J Clin Psychol*, 28: 19—29.
- Goghari V.M., MacDonald A.W., Sponheim S.R. 2011. Temporal Lobe Structures and Facial Emotion Recognition in Schizophrenia Patients and Nonpsychotic Relatives. *Schizophr Bull*, 37 (6): 1281—1294.
- Goldfarb R., Eisenson J., Stocker B., DeSanti S. 1994. Communicative responsibility and semantic task in aphasia and «schizophasia» // *Perc. Motor. Skills*. 79: 1027—1039.
- Green M.F., Bearden C.E., Cannon T.D. et al. 2012. Social Cognition in Schizophrenia, Part 1: Performance Across Phase of Illness. *Schizophr Bull*. 38 (4): 854—864.
- Gur R.E., McGrath C., Chan R.M. et al. 2002. An fMRI study of facial emotion processing in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 59: 1992—1999.
- Hardy-Bayle M.C., Sarfati Y., Passerieux C. 2003. The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: Toward a pathogenetic approach to disorganization. *Schizophr Bull*. 29: 459—471.
- Heerey E.A., Gold J.M. 2007. Patients with schizophrenia demonstrate dissociation between affective experience and motivated behavior. *J Abn Psychol*, 116: 268—278.
- Herbener E.S. 2008. Emotional Memory in Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 34: 875—887.
- Hobson R.P. 1993. Autism and the development of mind. Hove, UK: Erlbaum.
- Hooley J.M. 2010. Social Factors in Schizophrenia. *Curr Dir Psychol Sci*, 19: 238—242.
- Horan W.P., Green M.F., Kring A.M., Nuechterlein K.H. 2006. Does Anhedonia in Schizophrenia Reflect Faulty Memory for Subjectively Experienced Emotions? *J Abn Psychol*, 115: 496—508.
- Irani F., Seligman S., Kamath V. et al. 2012. A meta-analysis of emotion perception and functional outcomes in schizophrenia. *Schizophr Res*, 137: 203—211.
- Jaracz J., Grzechowiak M., Raczkowiak L., Rybakowski J. 2010. Facial emotion recognition in schizophrenia: neuropsychological and psychosocial correlates. *Annals of General Psychiatry*, 9: 206.
- Katsanis J., Iacono W.G., Beiser M., Lacey L. 1992. Clinical correlates of anhedonia and aberrant perception in first-episode patients with schizophrenia and affective disorder. *J Abn Psychol*, 101: 184—191.
- Kee K.S., Kern R.S., Green M.F. 1998. Perception of emotion and neurocognitive functioning in schizophrenia: what's the link? *Psychiatry Res*, 81: 57—65.
- Kerr S.L., Neale J.M. 1993. Emotion perception in schizophrenia: Specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *J Abn Psychol*, 102: 312—318.
- Klein D.R. 1987. Depression and anhedonia. In *Anhedonia and affect deficit states*. Ed. D.C.Clark, J.Fawcett, 1—14. New York: PMA.
- Kline J.S., Smith J.E., Ellis H.C. 1992. Paranoid and nonparanoid schizophrenic processing of facially displayed affect. *J Psychiatry Res*, 26: 169—182.

- Kohler C.G., Turner T.H., Bilker W.B., Bressinger C.M. et al. 2003. Facial Emotion Recognition in Schizophrenia: Intensity Effects and Error Pattern. *Am J Psychiatry*, 160: 1768—1774.
- Kohler C.G., Walker J.B., Martin E.A. et al. 2010. Facial Emotion Perception in Schizophrenia: A Meta-analytic Review. *Schizophr Bull*, 36: 1009—1019.
- Krupa T., Thornton J. 1986. The pleasure deficit in schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 6(2): 65—78.
- Kwapil T.R. 1998. Social anhedonia as a predictor of the development of schizophrenia-spectrum disorders. *J Abn Psychol*, 107(4): 558—565.
- Langdon R., Coltheart M. 1999. Mentalising, schizotypy, and schizophrenia. *Cognition*. 71: 43—71.
- Langdon R., Michie P.T., Ward P.B., McConaghy N., Catts S., Coltheart. M. 1997. Defective self and/or other mentalising in schizophrenia: A cognitive neuropsychological approach. *Cogn Neuropsychology*, 2: 167—193.
- LaRusso L. 1978. Sensitivity of paranoid patients to nonverbal cues. *J Abn Psychol*, 87: 463—471.
- Leslie A.M. 1992. Autism and the 'Theory of mind' module. *Curr Dir Psychol Sci*, 1: 18—21.
- Li H., Chan R.C.K., McAlonan G.M., Gong Q. 2010. Facial Emotion Processing in Schizophrenia: A Meta-analysis of Functional Neuroimaging Data. *Schizophr Bull*, 36: 1029—1039.
- Malle B.F., Knobe J. 1997. The folk concept of intentionality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 33 (2): 101—121.
- Mandal M.K., Jain A., Haque-Nizamie S., Weiss U., Schneider F. 1999. Generality and specificity of emotion-recognition deficit in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychiatry Res*, 87: 39—46.
- Mazza M., DeRisio A., Surian L. et al. 2001. Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophr Res*, 47: 299—308.
- McCabe K.A., Smith V.L., LePore M. 2000. Intentionality detection and «mindreading»: Why does game form matter? *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 97: 4404—4409.
- Meehl P.E. 1990. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *J Personal Disord*, 4: 1—99.
- Meehl P.E. 2001. Primary and Secondary Hypohedonia. *J Abn Psychol*, 110(1): 188—193.
- Mueser K.T., Bellack A.S., Morrison R.L. et al. 1990. Gender, Social Competence and Symptomatology in Schizophrenia. A Longitudinal Analysis. *J Abn Psychol*, 99: 138—147.
- Penn D., Combs D., Ritchie M. et al. 2000. Emotion recognition in schizophrenia: further investigation of generalized versus specific deficits models. *J Abn Psychol*, 109: 512—516.
- Pilowsky I., Bassett D. 1980. Schizophrenia and the response to facial emotions. *Comprehensive Psychiatry*, 21: 236—244.

- Premack D., Woodruff G. 1978. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav. Brain Sci.* 1, 515—526.
- Rauch A.V., Reker M., Ohrmann P. et al. 2010. Increased amygdala activation during automatic processing of facial emotion in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 182(3):200—206.
- Roder V., Medalia A. 2010. Neurocognition and social cognition in schizophrenia patients. Basic concepts and treatment. Karger Publishers. 178 p.
- Romney D.M., Candido C.L. 2001. Anhedonia in depression and schizophrenia: a reexamination. *J Nerv Ment Dis*, 189(11): 735—740.
- Roncione R., Falloon R.H., Mazza M. et al. 2002. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology*, 35: 280—288.
- Sachs G., Steger-Wuchse D., Krypsin-Exner I. et al. 2004. Facial recognition deficits and cognition in schizophrenia. *Schizophr Res*, 68: 27—35.
- Sarfati Y., Hardy-Bayle M.C., Nadel J., Chevalier J.F., Widlocher D. 1997. Attribution of mental states to others in schizophrenic patients. *Cogn Neuropsychiatry*, 2: 1—17.
- Schneider, F., Gur, R. C., Koch, K. et al. 2006. Impairment in the specificity of emotion processing in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163: 442—447.
- Schurhoff F., Szoke A., Turcas C., Villemur M., Tignol J. 2003. Anhedonia in schizophrenia: a distinct familial subtype? *Schizophr Res*, 61: 827—838.
- Social Cognition and Schizophrenia. 2001. Ed. P.W. Corrigan, D.L. Penn, APA, Wash., DC, , 327 p.
- Sprong M., Schothorst P., Vos E. 2007. Theory of mind in schizophrenia. Meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 191: 5—13.
- Strauss G.P., Gold J.M. 2012. A new perspective on anhedonia in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 169: 364—373.
- Turetsky B.I., Kohler C.G., Indersmitten T. et al. 2007. Facial emotion recognition in schizophrenia: when and why does it go awry? *Schizophr Res*, 94: 253—263.
- Walker E., Marwit S.J., Emory E. 1980. A cross-sectional study of emotion recognition in schizophrenics. *J Abn Psychol*, 89: 428—436.
- Walker E., McGuire M., Bettes B. 1984. Recognition and identification of facial stimuli by schizophrenics and patients with affective disorders. *Br J Clin Psychol*, 23: 37—44.
- Walston F., Blennerhassett R.C., Charlton B.G. 2000. «Theory of mind.» persecutory delusions and the somatic marker mechanism. *Cogn Neuropsychiatry*, 5: 161—174.
- Weniger G., Lange C., Ruther E., Irle E. 2004. Differential impairments of facial affect recognition in schizophrenia subtypes and major depression. *Psychiatry Res*, 128: 135—146.
- Wong C.T., Day J.D., Maxwell S.E., Meara N.M. 1995. A multitrait-multimethod study of academic and social intelligence in college students. *J Educational Psychology*, 87:117—133.
- Wykes T., Hamid S., Wagstaff K. 2001. Theory of mind and executive functions in the non-psychotic siblings of patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 49:148.
- Ziv I., Leiser D., Levine J. 2011. Social cognition in schizophrenia: cognitive and affective factors. *Cogn Neuropsychiatry*, 16 (1): 71—91.

MODERN INVESTIGATIONS OF SOCIAL COGNITION IN SCHIZOPHRENIA

O.V. RYCHKOVA

This article describes the modern state of problem social cognitive deficits in schizophrenia. Different theoretical positions of investigators about these dysfunctions have predicted many interesting results and models. This article brings together the cutting-edge work of distinguished investigators who have developed and tested social cognitive models of schizophrenia. Social skills, theory of mind skills, emotion's recognition, and understanding of social situations are seriously impaired in persons with schizophrenia. The authors review the evidence for the importance of social cognition in the understanding of schizophrenia.

Keywords: schizophrenia, social cognition, social perception, “theory of mind”, social anhedonia.

- Alfimova M.V.* Semanticheskaja verbal'naja beglost': normativnye dannye i osobennosti vypolnenija zadaniya bol'nymi shizofreniej // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2010. № 3. С. 20—25.
- Velichkovskij B.M.* Kognitivnaja nauka: Osnovy psihologii poznavanja: V 2 t. — T. 1. — M.: Smysl: Izdatel'skij centr “Akademija”, 2006. 448 s.
- Gurovich I.Ja., Shmukler A.B., Storozhakova Ja.A.* Psihosocial'naja terapija i psihosocial'naja rehabilitacija v psihiatrii. M: Medpraktika, 2004. 492 s.
- Loskutova V.A.* Social'nye kognitivnye funkcionii pri shizofrenii i sposoby terapevticheskogo vozdejstvija. // Social'naja i klinicheskaja psihiatrija. 2009. № 4, S. 92—104.
- Mihajlova (Aleshina) E.S.* Metodika issledovanija social'nogo intellekta. Rukovodstvo po ispol'zovaniju. SPb.: GP “Imaton”, 1996
- Holmogorova A.B.* Narushenija refleksivnoj reguljarii poznavatel'noj dejatel'nosti pri shizofrenii. Diss. ... kand. psihol. nauk. — M., 1983. — 219 s.
- Abu-Akel A.* 1999. Impaired theory of mind in schizophrenia. *Pragmatics and Cognition*, 7: 247—282.
- Abu-Akel A., Bailey A.L.*, 2000. The possibility of different forms of theory of mind. *Psychological Medicine*, 30: 735—738.
- Alessandri M., Mundy P., Tuchman R.F.* 2005. The social deficit in autism: focus on joint attention. *Rev Neurol*. 40 (1):137—141.
- Bach D.M., Dowd E.C.* 2010. Goal representations and motivational drive in schizophrenia: The role of prefrontal — striatal interactions. *Schizophr Bull*. 36: 919—934.
- Baldwin D.A., Tomasello M.* 1998. Word learning: A window on early pragmatic understanding. In *The proceedings of the twenty-ninth annual child language research forum* Ed. E.V.Clark, 3—23. Stanford: Center for the Study of Language and Information.

- Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. 1985. Does the autistic child have a 'theory of mind'? *Cognition*, 21: 37—46.
- Bazin N., Perruchet P., Hardy-Bayle M.C., Feline A. 2000. Context-dependent information processing in patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 45: 93—101.
- Bediou B., Asri F., Brunelin J., Krolak-Salmon P., d'Amato T., Saoud M., Tazi I. 2007. Emotion recognition and genetic vulnerability for schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 191: 126—130.
- Bellack A.S., Morrison R.L., Wixted T.T., Mueser K.T. 1990. An Analysis of Social Competence in Schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 156:209—218
- Blanchard J., Gangestad S., Brown S., Horan W. 2000. Hedonic capacity and schizotypy revisited: a taxometric analysis of social anhedonia. *J Abnorm Psychol*, 109: 87—95.
- Blanchard J.J., Horan W.P., Brown S.A. 2001. Diagnostic differences in social anhedonia: A longitudinal study of schizophrenia and major depressive disorder. *J Abnorm Psychol*, 110 (3): 363—371.
- Bogdan R.J. 2000. *Minding minds: Evolving a reflexive mind by interpreting others*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Bozikas V.P., Kosmidis M.H., Anezoulaki D., Giannakou M., Karavatos A. 2004. Relationship of affect recognition with psychopathology and cognitive performance in schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 10 (4): 549—558.
- Bryson G., Bell M., Kaplan E., Greig T., Lysaker P. 1998. Affect recognition in deficit syndrome schizophrenia. *Psychiatr Res*, 77:113—120.
- Cantor N., Harlowe R.E. 1994. Social intelligence and personality: flexible life-tasks pursuit / In *Personality and Intelligence*. Ed. R.J. Sternberg, P. Ruzgis, 137—168. New York: Cambridge University Press.
- Chapman L.J., Chapman J.P. 1978. The measurement of differential deficit. *J Psychiatry Res*, 14: 303—311.
- Chapman L.J., Chapman J.P., Kwapil T.R., Eckblad M., Zinser M. 1994. Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *J Abn Psychol* 103:171—183.
- Cohen A.S., Najolia G.M., Brown L.A., Minor K.S. 2011. The state-trait disjunction of anhedonia in schizophrenia: potential affective, cognitive and social-based mechanisms. // *Clin. Psychol. Rev.* 31: 440—448.
- Corcoran R., Cahill C., Frith C.D. 1997. The appreciation of visual jokes in people with schizophrenia. A study of 'mentalizing' ability. *Schizophr Res*, 24:319—327.
- Corcoran R., Frith C.D. 2003. Autobiographical memory and theory of mind: Evidence of a relationship in schizophrenia. *Psychol Med*, 33:897—905.
- Corcoran R., Frith C.D. 1996. Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 1: 305—318.
- Corrigan P.W., Green M.F. 1993. Schizophrenic patient's sensitivity to social cues: the role of abstraction. *Am J Psychiatry*, 150:589—594.
- Couture S.M., Penn D.L., Roberts D.L. 2006. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review. *Schizophr Bull.* 32 (1):44—63.
- Crow T.J. 1997. Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language? *Schizophr Res*, 28: 127—141.

- Davis P., Gibson M.G. 2000. Recognition of posed and genuine facial expressions of emotion in paranoid and nonparanoid schizophrenia. *J Abnorm Psychol*, 109: 445—450.
- DeLisi L.E. 2001. Speech Disorder in Schizophrenia: Review of the Literature and Exploration of Its Relation to the Uniquely Human Capacity for Language. *Schizophr Bull*, 27(3): 481—496.
- Dickinson D., Bellack A.S., Gold J.M. 2007. Social/Communication Skills, Cognition, and Vocational Functioning in Schizophrenia. *Schizophr Bull*, 33(5): 1213—1220.
- Dougherty F.E., Bartlett E.S., Izard C.E. 1974. Responses of schizophrenics to expressions of the fundamental emotions. *J Clin Psychol*, 30: 243—246.
- Dworkin R.H., Bernstein M.A., Kaplansky L.M. et al. 1991. Social Competence and Positive and Negative Symptoms: A longitudinal Study of Children and Adolescent Risk for Schizophrenia and Affective Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148:1182—1188.
- Erlenmeyer-Kimling L., Cornblatt B.A., Rock D., Roberts S. et al. 1993. The New York High-Risk Project: anhedonia, attentional deviance, and psychopathology. *Schizophr Bull*. 19(1):141—153.
- Ford M.E., Tisak M.S. 1983. A further search for social intelligence. *Journal of Educational Psychology*, 75: 196—206.
- Frith C.D. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. Hove, U.K.: Erlbaum. 1993.
- Frith C.D., Corcoran R. 1996. Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia // *Psychol Med*, 26: 521—530.
- Gard D.E., Kring A.M., Gard M.G., Horan W.P., Green M.F. 2007. Anhedonia in schizophrenia: Distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophr Res*, 93: 253—260.
- Germans M.K., Kring A.M. 2000. Hedonic deficit in anhedonia: support for the role of approach motivation. *Personality and Individual Differences*, 28: 659—672.
- Gessler S., Cutting J., Frith C.D., Weinman J. 1989. Schizophrenic inability to judge facial emotion: a controlled study. *Br J Clin Psychol*, 28: 19—29.
- Goghari V.M., MacDonald A.W., Sponheim S.R. 2011. Temporal Lobe Structures and Facial Emotion Recognition in Schizophrenia Patients and Nonpsychotic Relatives. *Schizophr Bull*, 37 (6): 1281—1294.
- Goldfarb R., Eisenson J., Stocker B., DeSanti S. 1994. Communicative responsibility and semantic task in aphasia and “schizophasia.” // *Perc. Motor. Skills*. 79: 1027—1039.
- Green M.F., Bearden C.E., Cannon T.D. et al. 2012. Social Cognition in Schizophrenia, Part I: Performance Across Phase of Illness. *Schizophr Bull*. 38 (4): 854—864.
- Gur R.E., McGrath C., Chan R.M. et al. 2002. An fMRI study of facial emotion processing in patients with schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 59: 1992—1999.
- Hardy-Bayle M.C., Sarfati Y., Passerieux C. 2003. The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: Toward a pathogenetic approach to disorganization. *Schizophr Bull*. 29: 459—471.

- Heerey E.A., Gold J.M. 2007. Patients with schizophrenia demonstrate dissociation between affective experience and motivated behavior. *J Abn Psychol*, 116: 268—278.
- Herbener E.S. 2008. Emotional Memory in Schizophrenia. *Schizophr Bull.* 34: 875—887.
- Hobson R.P. 1993. Autism and the development of mind. Hove, UK: Erlbaum.
- Hooley J.M. 2010. Social Factors in Schizophrenia. *Curr Dir Psychol Sci*, 19: 238—242.
- Horan W.P., Green M.F., Kring A.M., Nuechterlein K.H. 2006. Does Anhedonia in Schizophrenia Reflect Faulty Memory for Subjectively Experienced Emotions? *J Abn Psychol*, 115: 496—508.
- Irani F., Seligman S., Kamath V. et al. 2012. A meta-analysis of emotion perception and functional outcomes in schizophrenia. *Schizophr Res*, 137: 203—211.
- Jaracz J., Grzechowiak M., Raczkowiak L., Rybakowski J. 2010. Facial emotion recognition in schizophrenia: neuropsychological and psychosocial correlates. *Annals of General Psychiatry*, 9: 206.
- Katsanis J., Iacono W.G., Beiser M., Lacey L. 1992. Clinical correlates of anhedonia and perceptual aberration in first-episode patients with schizophrenia and affective disorder. *J Abn Psychol*, 101: 184—191.
- Kee K.S., Kern R.S., Green M.F. 1998. Perception of emotion and neurocognitive functioning in schizophrenia: what's the link? *Psychiatry Res*, 81: 57—65.
- Kerr S.L., Neale J.M. 1993. Emotion perception in schizophrenia: Specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *J Abn Psychol*, 102: 312—318.
- Klein D.R. 1987. Depression and anhedonia. In *Anhedonia and affect deficit states*. Ed. D.C.Clark, J.Fawcett, 1—14. New York: PMA.
- Kline J.S., Smith J.E., Ellis H.C. 1992. Paranoid and nonparanoid schizophrenic processing of facially displayed affect. *J Psychiatry Res*, 26: 169—182.
- Kohler C.G., Turner T.H., Bilker W.B., Brensinger C.M. et al. 2003. Facial Emotion Recognition in Schizophrenia: Intensity Effects and Error Pattern. *Am J Psychiatry*, 160: 1768—1774.
- Kohler C.G., Walker J.B., Martin E.A. et al. 2010. Facial Emotion Perception in Schizophrenia: A Meta-analytic Review. *Schizophr Bull*, 36: 1009—1019.
- Krupa T., Thornton J. 1986. The pleasure deficit in schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 6(2): 65—78.
- Kwapil T.R. 1998. Social anhedonia as a predictor of the development of schizophrenia-spectrum disorders. *J Abn Psychol*, 107(4): 558—565.
- Langdon R., Coltheart M. 1999. Mentalising, schizotypy, and schizophrenia. *Cognition*. 71: 43—71.
- Langdon R., Michie P.T., Ward P.B., McConaghy N., Catts S., Coltheart. M. 1997. Defective self and/or other mentalising in schizophrenia: A cognitive neuropsychological approach. *Cogn Neuropsychology*, 2: 167—193.
- LaRusso L. 1978. Sensitivity of paranoid patients to nonverbal cues. *J Abn Psychol*, 87: 463—471.
- Leslie A.M. 1992. Autism and the 'Theory of mind' module. *Curr Dir Psychol Sci*, 1: 18—21.

- Li H., Chan R.C.K., McAlonan G.M., Gong Q.* 2010. Facial Emotion Processing in Schizophrenia: A Meta-analysis of Functional Neuroimaging Data. *Schizophr Bull*, 36: 1029—1039.
- Malle B.F., Knobe J.* 1997. The folk concept of intentionality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 33 (2): 101—121.
- Mandal M.K., Jain A., Haque-Nizamie S., Weiss U., Schneider F.* 1999. Generality and specificity of emotion-recognition deficit in schizophrenic patients with positive and negative symptoms. *Psychiatry Res*, 87: 39—46.
- Mazza M., DeRisio A., Surian L. et al.* 2001. Selective impairments of theory of mind in people with schizophrenia. *Schizophr Res*, 47: 299—308.
- McCabe K.A., Smith V.L., LePore M.* 2000. Intentionality detection and «mindreading»: Why does game form matter? *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 97:4404—4409.
- Meehl P.E.* 1990. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *J Personal Disord*, 4:1—99.
- Meehl P.E.* 2001. Primary and Secondary Hypohedonia. *J Abn Psychol*, 110(1): 188—193.
- Mueser K.T., Bellack A.S., Morrison R.L. et al.* 1990. Gender, Social Competence and Symptomatology in Schizophrenia. A Longitudinal Analysis. *J Abn Psychol*, 99: 138—147.
- Penn D., Combs D., Ritchie M. et al.* 2000. Emotion recognition in schizophrenia: further investigation of generalized versus specific deficits models. *J Abn Psychol*, 109: 512—516.
- Pilowsky I., Bassett D.* 1980. Schizophrenia and the response to facial emotions. *Comprehensive Psychiatry*, 21: 236—244.
- Premack D., Woodruff G.* 1978. Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behav. Brain Sci.* 1, 515—526.
- Rauch A.V., Reker M., Ohrmann P. et al.* 2010. Increased amygdala activation during automatic processing of facial emotion in schizophrenia. *Psychiatry Res*, 182(3):200—206.
- Roder V., Medalia A.* 2010. Neurocognition and social cognition in schizophrenia patients. Basic concepts and treatment. Karger Publishers. 178 p.
- Romney D.M., Candido C.L.* 2001. Anhedonia in depression and schizophrenia: a reexamination. *J Nerv Ment Dis*, 189(11): 735—740.
- Roncone R., Falloon R.H., Mazza M. et al.* 2002. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? *Psychopathology*, 35: 280—288.
- Sachs G., Steger-Wuchse D., Krypsin-Exner I. et al.* 2004. Facial recognition deficits and cognition in schizophrenia. *Schizophr Res*, 68: 27—35.
- Sarfati Y., Hardy-Bayle M.C., Nadel J., Chevalier J.F., Widlocher D.* 1997. Attribution of mental states to others in schizophrenic patients. *Cogn Neuropsychiatry*, 2: 1—17.
- Schneider F., Gur, R. C., Koch, K. et al.* 2006. Impairment in the specificity of emotion processing in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 163: 442—447.
- Schurhoff F., Szoke A., Turcas C., Villemur M., Tignol J.* 2003. Anhedonia in schizophrenia: a distinct familial subtype? *Schizophr Res*, 61: 827—838.

- Social Cognition and Schizophrenia. 2001. Ed. P.W. Corrigan, D.L. Penn, APA, Wash., DC, , 327 p.
- Sprong M., Schothorst P., Vos E.* 2007. Theory of mind in schizophrenia. Meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 191: 5—13.
- Strauss G.P., Gold J.M.* 2012. A new perspective on anhedonia in schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 169: 364—373.
- Turetsky B.I., Kohler C.G., Indersmitten T. et al.* 2007. Facial emotion recognition in schizophrenia: when and why does it go awry? *Schizophr Res*, 94: 253—263.
- Walker E., Marwit S.J., Emory E.* 1980. A cross-sectional study of emotion recognition in schizophrenics. *J Abn Psychol*, 89: 428—436.
- Walker E., McGuire M., Bettes B.* 1984. Recognition and identification of facial stimuli by schizophrenics and patients with affective disorders. *Br J Clin Psychol*, 23: 37—44.
- Walston F., Blennerhassett R.C., Charlton B.G.* 2000. “Theory of mind,” persecutory delusions and the somatic marker mechanism. *Cogn Neuropsychiatry*, 5: 161—174.
- Weniger G., Lange C., Ruther E., Irle E.* 2004. Differential impairments of facial affect recognition in schizophrenia subtypes and major depression. *Psychiatry Res*, 128: 135—146.
- Wong C.T., Day J.D., Maxwell S.E., Meara N.M.* 1995. A multitrait-multimethod study of academic and social intelligence in college students. *J Educational Psychology*, 87:117—133.
- Wykes T., Hamid S., Wagstaff K.* 2001. Theory of mind and executive functions in the non-psychotic siblings of patients with schizophrenia. *Schizophr Res*, 49:148.
- Ziv I., Leiser D., Levine J.* 2011. Social cognition in schizophrenia: cognitive and affective factors. *Cogn Neuropsychiatry*, 16 (1): 71—91.