

О.В. Рычкова, А.Б. Холмогорова

**АДАПТАЦИЯ ШКАЛЫ  
«СОЦИАЛЬНАЯ АНГЕДОНИЯ»  
НА РОССИЙСКОЙ ВЫБОРКЕ**

*Методическое пособие*

ФОРУМ  
НЕОЛИТ

УДК 159.9  
ББК 88  
Р95

*Методическое пособие подготовлено при финансовой поддержке  
Российского научного фонда (грант № 14-18-03461) на базе Московского НИИ  
психиатрии (филиала ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России)*

**Рычкова О.В., Холмогорова А.Б.**

Р95    Адаптация шкалы ориентации «Социальная ангедония» на российской выборке : метод. пособие / О.В. Рычкова, А.Б. Холмогорова. — М. : Неолит, 2016. — 46 с.

ISBN 978-5-00091-225-6

Ангедония (иногда — гипогедония) отражает отсутствующую или сниженную способность к переживанию удовольствия и включает несколько составляющих: физическая, интеллектуальная, социальная ангедония. Интерес к концепту клинических психологов и психопатологов обусловлен высокой значимостью нарушения способности испытывать удовольствие в структуре психопатологической симптоматики серьезных психических расстройств, таких, как шизофрения, депрессия, химические зависимости.

Для понимания психологических дефицитов пациентов с расстройствами шизофренического спектра особое значение имеет социальная ангедония, отражающая сниженную способность испытывать интерес и удовольствие от взаимодействия с социально-релевантными стимулами и партнерами по общению и причастная к нарушениям социального познания, к социальной изоляции пациентов. В связи с этим некоторыми исследователями подчеркивается важность ангедонии как мишени психологической помощи и необходимость ее надежной и своевременной диагностики. Шкала «Revised Social Anhedonia Scale (RSAS)» была создана для оценки степени выраженности социальной ангедонии, апробирована во многих странах, широко использовалась в исследованиях шизофрении. Апробировалась шкала и на отечественной выборке, хотя специальных исследований по валидации этой методики на российской популяции не проводилось. Задача оценки психометрических характеристик теста RSAS, в том числе валидности методики, стала частью проекта по изучению социального познания при психических расстройствах (грант Российского научного фонда № 14-18-03461 на базе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России).

Методическое пособие представляет результаты оценки психометрических характеристик RSAS и применимости методики для российской выборки.

Ключевые слова: социальная ангедония, психическая патология, шизофрения, внешняя валидность, надежность-согласованность.

УДК 159.9  
ББК 88

ISBN 978-5-00091-225-6

© Рычкова О.В., Холмогорова А.Б., 2016  
© Издательский дом «Неолит» 2016

# Оглавление

---

---

|   |    |
|---|----|
| <b>1. Ангедония как психологический и психопатологический феномен</b> .....   | 4  |
| 1.1. Краткая истории изучения .....   | 4  |
| 1.2. Первые эмпирические исследования в клинике шизофрении .....  | 5  |
| 1.3. Эмпирические исследования социальной ангедонии<br>в норме и патологии .....  | 7  |
| <b>2. Объяснительные модели и механизмы ангедонии</b> .....   | 9  |
| 2.1. Исследования нейроанатомического субстрата ангедонии .....   | 9  |
| 2.2. Социальная ангедония, социальное научение<br>и социальная мотивация .....  | 11 |
| 2.3. Модель порочного круга: эмпирическое исследование связи<br>социальной ангедонии и социального познания<br>у больных шизофренией .....                  | 13 |
| <b>3. Способы оценки ангедонии</b> .....  | 16 |
| 3.1. Экспериментальные и опросниковые методы оценки<br>выраженности разных видов ангедонии .....  | 16 |
| 3.2. Шкала Социальная ангедония — Revised Social Anhedonia Scale<br>(RSAS): краткая характеристика .....  | 18 |
| <b>4. Результаты адаптации шкалы Социальная ангедония —<br/>Revised Social Anhedonia Scale (RSAS) в русскоязычной выборке<br/>взрослых испытуемых</b> ..... | 20 |
| 4.1. Процедура оформления текста русскоязычного варианта шкалы<br>RSAS и общая характеристика обследованной выборки .....                                   | 20 |
| 4.2. Эмпирическая оценка конструктивной (внутренней) валидности<br>шкалы RSAS по данным проведенного исследования .....                                     | 22 |
| 4.3. Нормативный показатель по шкале RSAS .....   | 25 |
| 4.4. Оценка внешней (интеркорреляционной) валидности<br>и ретестовой надежности шкалы RSAS .....  | 31 |
| <b>Выводы</b> .....   | 35 |
| <b>Литература</b> .....   | 36 |
| <b>Приложение</b> .....   | 43 |

# 1. Ангедония как психологический и психопатологический феномен

---

---

## 1.1. Краткая истории изучения

Один из первых психологов Европы Т. Рибо ввел понятие «ангедония» для обозначения нарушенной способности испытывать удовольствие у больных с серьезными соматическими заболеваниями, не предполагая высокой значимости, которую концепт приобретет позднее в психиатрии, особенно — в шизофренологии. У. Джеймс рассматривал ангедонию как тип патологической депрессии или меланхолии, но пониманию высокой значимости нарушенной способности к получению удовольствия для психического здоровья человека мы обязаны психоаналитикам. Хотя З. Фрейд не использовал понятие ангедонии, он особо акцентировал неспособность испытывать удовольствие у больных с психическими расстройствами. Стремление человека к удовольствию в психоанализе считается основной движущей силой, ядром мотивационной системы, а способность/неспособность к переживанию удовольствия — значимой характеристикой инстинктивной части личности человека (или либидо). Поскольку в модели Фрейда либидо обеспечивает энергетическую составляющую мотивации и служит источником развития всех личностных структур, влияние дефицита гедонистических переживаний на различные аспекты личности, особенно ее аффективной сферы, очевидно.

Родоначальник концепции шизофрении Э. Блейлер отмечал при данном расстройстве «уплощение» аффекта как один из ключевых признаков; эта эмоциональная дефицитарность касается, согласно Блейлеру, как негативных, так и позитивных эмоций, т.е. и способности испытывать удовольствие. Изменение аффекта вошло в перечень четырех «А» по Э. Блейлеру (наряду с нарушениями ассоциаций, амбивалентностью и аутизмом) [Bleuler, 1920], ставших основой трактовки шизофрении для поколений психиатров. В дальнейшем шизофренологи либо подробнейшим образом описывали и систематизировали клиническую феноменологию пациентов с шизофренией, либо концентрировали свое внимание на изучении когнитивных нарушений у больных. При этом эмоциональная сфера больных шизофренией долгое время не была предметом широких целенаправленных исследований. Однако в 60-х гг. XX в.

два независимых автора одновременно выдвинули идею о неспособности испытывать удовольствие от жизни (ангедонии), как ключевом дефиците при шизофрении. Это были S. Rado [Rado, 1962] и P.E. Meehl [Meehl, 1962].

S. Rado полагал ангедонию следствием накопленного большими опытом переживания отрицательных эмоций [Rado, 1962], источником последних он считал социальные и психосоциальные факторы, что роднит его концепцию с психоаналитическими моделями. P.E. Meehl писал о лицах с выраженной первичной ангедонией (часто генетически предопределенной), которые воспринимают жизнь с отрицательной стороны, как полную опасностей, неудач, вследствие чего сохраняют высокий уровень тревоги и напряжения. Такой тип реагирования, в свою очередь, составляет, согласно P.E. Meehl, уязвимость к шизофрении, и может предопределить манифестацию последней [Meehl, 1962].

Шизотипию — как особый личностный склад — P.E. Meehl полагал предрасположением к шизофрении, включающей ангедонию в числе иных шизотипических особенностей [Meehl, 1990]. Позже P.E. Meehl утверждал, что именно явление ангедонии лежит в основе социальной изоляции, или особого поведения избегания («schizotypal aversive drift»), присущего личностям с преобладанием шизоидных, шизотипических черт, и даже если это не приводит впоследствии к развитию шизофренической симптоматики, человек остается носителем указанных особенностей либо дает основания квалифицировать у него проявления латентной шизофрении [Meehl, 2001]. Сходные взгляды можно найти во многих последующих работах других авторов [Tsuang et al., 2000; Blanchard, et al., 2000; Gooding et al., 2002; Schurhoff et al., 2003]. Концепции S. Rado и P.E. Meehl роднит признание чрезвычайного значения ангедонии для понимания генеза патологии шизофренического спектра.

## **1.2. Первые эмпирические исследования в клинике шизофрении**

Эмпирическое изучение роли ангедонии в развитии шизофрении началось позже. Исследователи L.J. Charman и J.P. Charman первоначально исходили из предположения о ключевой роли проявлений физической ангедонии (в виде переживаний общего физического дискомфорта, неудовольствия, глобально плохого самочувствия), и в такой трактовке она наиболее близка к биологическому дефекту, обозначенному в теоретических моделях З. Фрейда, S. Rado, P.E. Meehl [Charman, Charman, Raulin, 1976]. Были зафиксированы многочисленные подтверждения симптомов физической ангедонии у больных шизофренией, связи физической ангедонии с бедными социальными и сексуальными отношениями. Социальная же ангедония трактовалась указанными исследова-

телями как вторичная, как следствие опыта неуспешного, неудовлетворительного социального взаимодействия и давления.

L.J. Charman, J.P. Charman стали и разработчиками первых шкал для измерения уровня ангедонии: физической — «Physical Anhedonia Scale» и социальной — «Social Anhedonia Scale». Также ими были созданы опросники «Шкала перцептивных искажений» («Perceptual Aberration Scale») [Charman et al., 1978], «Шкала импульсивной нонконформности» («Impulsive Nonconformity Scale») [Charman et al., 1984], «Шкала магического мышления» («Magical Ideation Scale») [Eckblad, Charman, 1983], которые предлагалось использовать для оценки предрасположенности к развитию психоза. Проведенные с использованием названных шкал популяционные исследования выявили, что в случаях, когда по показателям перечисленных шкал испытуемые показывали более двух стандартных отклонений, риск развития расстройства шизофренического спектра значительно возрастал [Charman et al., 1994; Gooding, Tallent, Matts, 2005].

Несколько позже была создана вторая версия опросника социальной ангедонии — «Revised Social Anhedonia Scale (RSAS)», признанная более удачной [Eckblad et al., 1982]. Шкала не только успешно измеряла уровень ангедонистических тенденций личности, но высокий балл именно по этой шкале был признан в качестве наиболее надежного показателя предрасположенности к шизофрении, тогда как измерение физической ангедонии не доказало своей предсказательной силы [Kwapil, 1998; Meehl, 1990]. Этот вывод нашел подтверждение в лонгитуде длительностью более 10 лет [Charman et al., 1994] и в рамках известного и передового в свое время проекта по изучению предикторов шизофрении — так называемого Нью-Йоркского проекта изучения лиц из группы риска (The New York High-Risk Project), где ангедония заняла значимое место как важный фактор риска психоза в широкой популяции [Erlenmeyer-Kimling et al., 1993].

Вызывающий полемику вопрос соотношения ангедонии с иными симптомами эмоционального неблагополучия также становился предметом эмпирического изучения. Было установлено для больных шизофренией, что выраженность социальной ангедонии сопряжена с ростом числа негативных эмоций, а уменьшение диапазона положительных эмоций сопровождается повышением показателей как социальной, так и физической ангедонии [Blanchard et al., 1998]. Постепенно сниженную способность испытывать удовольствие от взаимодействия стали квалифицировать как один из ключевых эмоциональных дефицитов при шизофрении, в значительной степени предопределяющий нарушения социального функционирования у пациентов [Blanchard et al., 2006, 2011].

Лицам без психотических симптомов, но с шизоидными чертами, также оказалась присуща высокая социальная ангедония, причем показатель по те-

сту RSAS, в сравнении с другими контролируруемыми параметрами, обладал наибольшей дифференцирующей силой при сравнении субъектов с шизоидными особенностями и лиц с доминирующими чертами других типов личности [Brown et al., 2008]. Для шизоидных личностей доказана значимая связь параметров социальной ангедонии с другими предпсихотическими проявлениями [Diaz, Dickerson, Kwapil, 2003; Lewandowski et al., 2006], с нарушениями социальной адаптации, проблемами во взаимоотношениях с членами семьи [Blanchard et al., 2011].

### **1.3. Эмпирические исследования социальной ангедонии в норме и патологии**

Малоадаптивные поведенческие паттерны, неспособность или отсутствие желания участвовать в жизненных ситуациях выявлены и у психически здоровых испытуемых без отчетливых черт шизоидного круга — при наличии проявлений ангедонии [Klein, 1984; Kring, 1999]. Более того, у лиц без психических расстройств, но с ангедонистическими тенденциями, ответы на сложные социальные стимулы были краткими, недостаточно компетентными и менее социально точными [Haberman et al., 1979; Beckfield, 1985]. Прицельное изучение двух групп психически здоровых испытуемых молодого возраста, различающихся по степени выраженности социальной ангедонии, показало, что лицам с более высоким ее уровнем присущи меньшая готовность участвовать во взаимодействии с другими людьми и реагировать на них позитивными чувствами, меньшая социальная компетентность, отсутствие готовности к построению близких отношений [Llerena et al., 2012]. Таким образом, концепт социальной ангедонии хорошо встраивается в логику моделей, объясняющих дефицитарность социального познания человека. Когда личность с ангедонистическими установками лишает себя возможности широко участвовать в жизненных событиях из-за социальной отчужденности, это порождает кольцевую причинность: ангедония фиксирует отчужденность, социальный неуспех, которые, в свою очередь, способствуют росту числа неудач при межличностном взаимодействии, повышают уровень стрессированности в контактах и подкрепляют ангедонию [Krupa, Thornton, 1986].

Следует подчеркнуть, что ангедония изучалась и за пределами клиники шизофрении. Традиционными можно считать эмпирические исследования ангедонии при депрессивных расстройствах [Schuck et al., 1984; Bernstein, Riedel, 1987; Katsanis et al., 1992]. Следствием ряда работ стала демонстрация того, что при депрессивных расстройствах ангедония является скорее временным состоянием, тогда как при шизофрении — устойчивой характеристикой, чертой

[Loas et al., 2000; Blanchard et al., 2001]. Отечественные психиатры отмечали не только наличие ангедонии в клинике депрессии, но и подчеркивали единство в структуре ангедонии собственно эмоциональных (утрата привычного переживания удовольствия) и мотивационных (потеря интереса к деятельности, ранее доставлявшей удовольствие) составляющих [Краснов, 2011]; последнее близко к нашей трактовке данного концепта. Также следствием феноменологического клинического подхода стало выделение нескольких видов ангедонии, и кроме социальной и физической предлагается выделять интеллектуально-эстетическую [Степанов, 2004]. Разрабатывались и более сложные классификации ангедонии на основе параметров стабильности-транзиторности, парциальности-тотальности, первичности-вторичности симптома [Крылов, 2014].

Без сомнения, ангедония играет огромную роль в феноменологии депрессии и шизофрении, но наблюдается и за пределами этих расстройств. Так, ее проявления описаны при патологии личности, особенно — в случае превалирования шизоидных черт [Brown et al., 2008], при тревожных состояниях и расстройствах избегания [Silverstone, 1991], у лиц с суицидальными намерениями [Oei et al., 1990] и в случаях истинных суицидальных попыток [Fawcett, 1993]. Специалисты по аффективным расстройствам склонны считать ангедонию (не только социальную) значимым фактором риска развития депрессий, наряду с такими чертами, как интроверсия, пессимизм, пассивность [Loas, 1996].

Заинтересовал концепт «ангедония» и специалистов, исследующих предикторы развития химических зависимостей. Гипотеза о наличии ангедонии у зависимых от психоактивных веществ нашла свое подтверждение для лиц с алкогольной, кокаиновой зависимостью, у потребителей стимуляторов, каннабиноидов [Hatzigiakoumis et al., 2011]. Но если в отношении ангедонии как фактора риска на этапе формирования зависимости нет единого мнения, то наличие проявлений ангедонии в состоянии абстиненции и «вклад» ангедонии в рецидивы уже существующей зависимости находят свое подтверждение [Koob, Le Moal, 2001]. Преодоление ангедонии поэтому было определено как важная цель психотерапевтических воздействий, направленных на преодоление проявлений абстиненции и патологического влечения к психоактивному веществу [Hatzigiakoumis et al., 2011].

За пределами клиники шизофрении и депрессии ангедония (физическая) обнаружена при таких расстройствах, как болезнь Паркинсона [Isella et al., 2003], при расстройствах пищевого поведения [Davis, Woodside, 2002] и у лиц, склонных к рисковому поведению [Franken, Zijlstra, Muris, 2006]. Исследования феномена ангедонии, в том числе социальной, продолжаются и в настоящее время, чему свидетельство — многочисленные работы, новые приемы диагностики и объяснительные модели.

## **2. Объяснительные модели и механизмы ангедонии**

---

---

### **2.1. Исследования нейроанатомического субстрата ангедонии**

Развитие науки относительно недавно позволило приступить к изучению нейроанатомических механизмов, отвечающих за эмоциональные переживания, в том числе — за переживания удовольствия. Уже установлено, что медиатором, играющим ключевую роль в научении, в фиксации нового опыта, который ведет к позитивным для организма последствиям, является дофамин. Поскольку мнение о дофамине как нейромедиаторе, обеспечивающем гедонистические переживания, ранее неоднократно находило свое эмпирическое подтверждение [Salamone, Cousins, Snyder, 1997], очевидна его причастность к эмоциональной оценке событий и объектов внешней среды, а также собственного поведения индивида. Именно дофамин обеспечивает переживание удовольствия от полученной награды, результата и тем самым обеспечивает как стабилизацию разных видов полезного для адаптации поведения [Schultz, Dayan, Montague, 1997; Waelti, Dickinson, Schultz, 2001; Wise, 2008], так и ... формирование пристрастия к наркотическим веществам [Di Chiara, 1998].

На сегодняшний день можно считать доказанным, что дофамин причастен к «конвертированию» нейтральных следов внешних стимулов в окрашенные положительным или негативным эмоциональным отношением сигналы, то есть в привлекающие или отталкивающие объекты [Berridge, Robinson, 1998; Berridge, 1999]. Последнее обстоятельство придает дофамину совершенно другое значение в контексте нарушений при шизофрении: можно предполагать его причастность к значительно большему числу когнитивных и поведенческих дефицитов, в том числе — к дефицитам социального поведения и социального познания. Поскольку обучение и его эффекты сильно зависят от степени привлекательности самой задачи и объектов, а легкость и готовность оперирования теми или иными стимулами также в значительной степени обусловлена их привлекательностью, следует ожидать затруднения в усвоении

нового опыта социальных взаимоотношений при негативном отношении к сфере межличностного взаимодействия.

За последние годы представления о роли дофамина обогатились и новыми данными. Так, была доказана причастность мезокортикальной и мезолимбической систем к механизмам памяти и обучения, и дофамин стали определять как важнейший фактор внутреннего подкрепления [Floresco, Magyar, 2006; Takahashi et al., 2008]. Есть данные об участии мезокортико-фронтальной системы дофаминовых нейронов в реакции животных на стресс и регуляции эмоциональных состояний. Возвращаясь к роли дофамина при шизофрении, необходимо упомянуть, что она описана в отношении влияния на позитивные и негативные симптомы [Dworkin, Opler, 1992], причем последние связаны с активностью префронтальных отделов мозга. Некоторыми авторами предприняты смелые попытки воспроизведения шизофрении на экспериментальных животных путем воздействия на обмен дофамина, порождая проявления гиперактивации и дезорганизации [Trivedi, Jarbe, 2011]. Таким образом, современные данные позволяют говорить о биохимических механизмах ангедонии при шизофрении как проявлениях нарушений обмена дофамина, обусловленных болезненным процессом, но результирующими в нарушениях переживания удовольствия, с сопутствующими искажениями в мотивации, процессах научения, когнитивного развития и формирования поведения.

В отдельных работах, выполненных с использованием современных инструментов приема изучения работы мозга (таких, как томографическое исследование головного мозга во время решения экспериментальных задач), было показано, что у психически здоровых испытуемых с высоким уровнем социальной ангедонии зафиксирована меньшая нейронная активность при решении задач из области социального познания (задачи на распознавание эмоций) в тех отделах головного мозга, которые определены как ответственные за выполнения указанного типа перцептивных задач [Germine et al., 2011]. Как полагают авторы исследования, такого рода данные проливают свет на нейронные механизмы социальной ангедонии. Однако нам представляется важным, что этот результат позволяет утверждать следующее: обеспечивающие высокую/низкую социальную ангедонию мозговые отделы идентичны тем, которые обслуживают и социальное познание. С точки зрения концепции единства интеллекта и аффекта, такого рода совпадение выглядит ожидаемым, и социальная ангедония не может не быть сопряжена с теми или иными нарушениями процессов познания социальных объектов и социального поведения.

## 2.2. Социальная ангедония, социальное научение и социальная мотивация

Еще одну модель для расшифровки механизмов ангедонии предлагает психология научения. Ключевой концепт — антиципация удовольствия («anticipatory pleasure»), в которой основным побудителем к действиям, предопределяющим целенаправленное поведение индивида, полагают ожидания будущей награды или предвкушения успеха [Corr et al., 1995]. И отсутствие подобного предвидения, ожидания позитивного результата отличает лиц с высокими показателями социальной ангедонии [Gard et al., 2007]. Лица с таким типом дефицита (при сохранной способности к переживанию реально наступившего удовольствия) будут избегать участия в определенных действиях или мероприятиях, полагая, что это участие не будет приятным. Так нарушается процесс принятия решений в отношении участия или неучастия в некоей деятельности [Der-Avakian, Markou, 2012; Strauss, Gold, 2012], и тем самым лица с нарушениями антиципации удовольствия действительно получают за счет поведения избегания меньшее количество приятных переживаний. В продолжение данной логики была разработана часто цитируемая модель трех компонентов ангедонии при шизофрении, где помимо указанной недооценки возможного удовольствия (как проспективного, так и ретроспективного), указывают компонент редукции активного поведения, ориентированного на достижение удовольствия, и высокий фоновый уровень отрицательных эмоций [Strauss, Gold, 2012].

Еще одна объяснительная модель ангедонии опирается на представление о тесной ее (ангедонии) связи с концептом мотивации социального взаимодействия, приближения («approach motivation»). Оценка таковой мотивации даже предлагалась в качестве способа измерения ангедонии [Germans, Kring, 2000]. В ряде работ, анализирующих процесс зашифровывания и/или запечатления личностью субъективно положительных эмоций, была продемонстрирована связь ангедонии с когнитивными процессами — избирательностью памяти в отношении негативных и позитивных стимулов и событий [Heinrichs, Zakzanis, 1998; Ashby et al., 1999; Aleman et al., 1999; Horan et al., 2006]. Исследователи говорят о дефиците способности пациентов, страдающих шизофренией или близкими расстройствами, удерживать в памяти приятные впечатления; о наличии у них особых «контаминаций», зашумления полученных в прошлом приятных впечатлений неприятными, что сопровождается негативными эмоциями [Horan et al., 2006]. В этом контексте нельзя не вспомнить давно подмеченную клиницистами амбивалентность больных шизофренией — невозможность однозначного отношения к эмоциогенным стимулам.

Эти данные перекликаются с результатами отечественных исследователей. Н.С. Курек, исследуя проблему снижения психической активности при психических расстройствах, изучал особенности эмоциональной сферы и личности при шизофрении. Им был описан феномен «истинного дефицита положительных эмоций» у больных шизофренией, заключающийся в «снижении интенсивности, частоты переживаний удовольствия, радости» [Курек, 1998]. В проведенном совместно с Н.Г. Гараян исследовании было установлено, что у больных шизофренией имеет место недооценка собственных эмоций в ситуации успеха-неуспеха, и недооцениваются преимущественно положительные эмоции [Гараян, 1986]. Н.С. Курек аргументировано обосновывал влияние установленных особенностей на нарушения выбора цели, реакции на успех, и, более широко, — на нарушения психической активности. Другие отечественные авторы также указывали на отказ больных шизофренией вступать в социальное взаимодействие вследствие большого количества негативных эмоций, испытываемых больными в период такого взаимодействия [Вид, 2001].

Подводя итог, отметим, что в зарубежных работах последних лет чаще предлагается трактовка ангедонии как сложного феномена, в котором возможно выделение первичной гипогедонии, как predisposition, основанной на генетическом факторе, которая может стать базисом для развития вторичной гипогедонии — устойчивой черты или установки, сопровождающей опыт взаимоотношений личности с жизнью в целом, и уже более непосредственно причастной к развитию шизофрении [Meehl, 2001]. Автор модели — Р.Е. Меехл — склоняется к признанию ключевой роли искаженного социального опыта, в духе известной концепции «отказа» от жизни или «разочарования» в жизни («given up on life») Г.С. Салливена. Связь ангедонии с мотивацией социального поведения и социального научения, а также ее причастность к выбору целей поведения и общей его ориентации (на социальную активность, взаимодействие или, напротив, с отказом от такой активности и изоляцией), неоднократно находили эмпирическое подтверждение.

Отечественные ученые, продолжая традиции московской школы патопсихологии, также обосновывают связь нарушений социального познания и поведения при шизофрении с мотивационными и эмоциональными характеристиками больных, их отказом от активного социального взаимодействия [Холмогорова, 2012; Холмогорова, Рычкова, 2015]; такая связь логично вытекает из теоретических разработок отечественной психологии. На наш взгляд, роль социальной ангедонии недооценивается в работах многих авторов, склонных рассматривать ее как одну из особенностей эмоциональной сферы,

а не системообразующую характеристику, во многом определяющую поведение и адаптацию больных [Saperstein et al., 2004]. Высокий уровень ангедонии является важным барьером не только для адаптации пациентов в общество, но и для участия в индивидуальной психотерапии и групповых тренингах. Преодоление ангедонистического барьера, таким образом, видится важной частью психологической помощи этим пациентам.

### **2.3. Модель порочного круга: эмпирическое исследование связи социальной ангедонии и социального познания у больных шизофренией**

На сегодняшний день в исследованиях шизофрении нет более популярного направления, чем изучение феноменологии, механизмов нарушений социального познания («social cognition»), при том, что частные дефициты этого типа признаются в качестве наиболее оправданных мишеней психотерапевтических интервенций. Искажения, дефициты социального познания изучаются при разных психопатологических состояниях, как, например, при аффективных расстройствах тревожного круга [см. обзор: Никитина, 2014], депрессивных состояниях [см. обзоры: Пуговкина, 2014; Пуговкина, Холмогорова, 2015а,б], биполярном аффективном расстройстве [см. обзор: Юдеева с соавт., 2014]. Тем не менее, именно для шизофрении нарушения социального познания представляются имеющими принципиальное значение [Social Cognition ..., 2001].

Мощное влияние парадигмы исследований социального познания в психиатрии и клинической психологии не может не оказывать влияние на интерес к концепту социальной ангедонии. В соответствии с положением о неразрывной связи аффекта и интеллекта [Выготский, 1983; Зейгарник, 1969, 1986], включение социальной ангедонии как переменной при изучении нарушений социального познания у больных шизофренией представляется оправданным. В исследованиях нарушений социального познания при шизофрении, проведенных в отечественной патопсихологии, использовался концепт «социальный интеллект» и оригинальная модель последнего. Модель разрабатывалась прицельно для изучения нарушений социального познания и поведения у больных шизофренией (и не претендует на универсальную модель социального интеллекта). Определенная как «*комплексная модель социального интеллекта*», она предполагает выделение в его структуре *операционального компонента* (система когнитивных навыков и механизмов, обеспечивающих процесс социального познания в форме адекватного восприятия социаль-

ных связей и объектов); *поведенческого компонента* (система поведенческих (коммуникативных) навыков и стратегий, обеспечивающих возможность конструктивного общения с людьми и кооперацию в совместной деятельности), *динамического или регуляторного компонента* (коммуникативная направленность мышления, проявляющаяся в способности к смене позиции при социальном взаимодействии, к произвольной и рефлексивной регуляции социального познания и поведения); и, наконец, *мотивационного компонента* (коммуникативная направленность личности, обнаруживающая себя возможностью получить удовлетворение и удовольствие от общения, то есть социальная гедония) [Рычкова, 2013; Холмогорова, Рычкова, 2016].

Обширное эмпирическое исследование показало, что все четыре компонента социального интеллекта, включенные в комплексную модель, связаны в единый конструкт. Социальная ангедония как сниженная способность испытывать удовольствие от общения, при шизофрении не синонимична депрессии и отражает специфическую мотивационную установку больных на отказ от восприятия другого человека как носителя эмоционально- и социально-значимой информации, отказ от коммуницирования с ним. Тем самым социальная ангедония, как параметр, отражающий нарушения мотивационного компонента социального интеллекта, предопределяет низкую заинтересованность (вплоть до отказа) больных шизофренией в осуществлении деятельности социального познания, и, таким образом, стабилизирует прочие дефекты социального интеллекта, выявляемые при шизофрении, играет ведущую роль в хронификации последних.

Исследование также показало, что психопатологическая симптоматика психического заболевания не связана прямо с нарушениями операционального компонента социального интеллекта, но оказывает значительное влияние на уровень социальной ангедонии, которая, в свою очередь, влияет на иные компоненты социального интеллекта (операциональный, поведенческий, регуляторный). Отсюда нарушения мотивационного компонента социального интеллекта (социальная ангедония) опосредует влияние клинической симптоматики на нарушения других компонентов социального интеллекта, и является одним из механизмов хронификации нарушений социального интеллекта, причастна к паттерну социального избегания. Таким образом, использованная в исследовании комплексная модель социального интеллекта позволяет утверждать наличие порочной «кольцевой» взаимосвязи, когда нарушения мотивационных установок, связанных с социальным взаимодействием и общением (отраженные в высоком показателе по параметру социальной ангедонии), препятствуют продуктивной деятельности социального познания, активному социально-ориентированному поведению

больных шизофренией, а накопление дефицитов социального познания ведет к еще большей неэффективности пациента в социуме, накоплению социального стресса и повышает уровень социальной ангедонии; далее цикл повторяется, состояние хронифицируется [Рычкова, 2013; Холмогорова, Рычкова, 2016].

Важное значение имеют также результаты недавнего исследования по сравнительной оценке «вклада» в трудности социального познания при шизофрении параметров депрессии и социальной ангедонии. Несмотря на то, что оба показателя в клинической группе значимо выше в сравнении с нормой, не было выявлено значимого влияния депрессии на нарушения социального познания (в форме коммуникативной направленности мышления), тогда как социальная ангедония вновь оказалась важным предиктором нарушений и трудностей социального познания как у больных, так и у здоровых испытуемых [Холмогорова, Минакова, 2014].

## **3. Способы оценки ангедонии**

---

### **3.1. Экспериментальные и опросниковые методы оценки выраженности разных видов ангедонии**

Из анализа эмпирических работ можно видеть, что существует два основных пути оценки способности субъекта испытывать удовольствие от различных внешних стимулов (то есть гедонистической способности).

Первый путь предполагает объективацию переживания удовольствия субъектом через использование лабораторной оценки в специально созданных условиях. В качестве измеряемых параметров могут выступать: электрофизиологические показатели [Franken et al., 2006; Franken, Van Strien, Nijjs, 2006], параметры гемодинамики областей мозга [Keedwell et al., 2005; Mitterschiffthaler et al., 2003], иные характеристики.

Ранее в работах отечественных авторов также использовались экспериментальные приемы для оценки способности испытуемых переживать приятные чувства. А именно, Н.С. Курек проводил экспериментальное исследование ангедонии у больных шизофренией с разной степенью выраженности дефекта с помощью так называемых эмоциогенных стимулов. К таковым автор обоснованно отнес цвет (подчеркнув важность сочетания цвета с предметом, в который он окрашен, для возникновения эмоционального отклика), звук (гармонические и дисгармонические сочетания) и ситуации успеха-неуспеха. В серии экспериментов, сопровождавшихся предъявлением больным различных цветов, звуков, а также экспериментальным созданием ситуаций успеха-неуспеха на основе методики уровня притязаний Хоппе, Н.С. Куреку удалось показать, что у больных шизофренией нарушены, в первую очередь, положительные эмоции — способность получать удовольствие от цвета, звуковых сочетаний и ситуаций достижения поставленной цели. Отрицательные эмоции, напротив, оказались более сохранными [Курек, 1996, 1998]. Поскольку методика уровня притязаний моделирует социальную ситуацию достижений в присутствии экспериментатора, то ее, в определенной степени, можно отнести к ситуации социального взаимодействия, которая тестирует социальную ангедонию. Полученные автором данные можно рассматривать как экспериментальное доказательство физической и социальной ангедонии у больных шизофренией [Курек, 1996, 1998].

Второй, значительно более распространенный путь оценки ангедонии предполагает использование шкал и опросников, измеряющих гедонистическую способность субъекта на основе его самоотчета. Рассмотрим наиболее известные и удачные из опросниковых методов, применяемые для измерения ангедонии.

1) «Шкала физической ангедонии» — «Physical Anhedonia Scale» [Chapman, Charman, Raulin, 1976]. Опросник включает 61 пункт, касающийся приятных переживаний, возникающих у испытуемого при воздействии различных тактильных, обонятельных, вкусовых, связанных с двигательной активностью и иных стимулов. Шкала давно зарекомендовала себя как инструмент с хорошими психометрическими свойствами и многократно использовалась в различных эмпирических исследованиях.

2) «Шкала удовольствия Фосетта-Кларка» — «Fawcett-Clark Pleasure Scale» FCPS [Fawcett et al., 1983]. Опросник из 36 пунктов использует шкалу Ликерта для того, чтобы оценить различные ситуации, обычно приятные (например, «Вы слушаете прекрасную музыку, находясь в спокойной обстановке»). В случае низкого балла по шкале констатируется нарушение способности к получению удовольствия, причем психометрические параметры методики находили свое эмпирическое подтверждение [Leventhal et al., 2006].

3) «Шкала удовольствия Снейта-Гамильтона» — «Snaith-Hamilton Pleasure Scale» SHAPS [Snaith et al., 1995] состоит из 14 пунктов, касающихся гедонической реакции в ответ на различные приятные ситуации. Разработчики методики полагают, что подавляющее большинство лиц из популяционной выборки (за исключением примерно 5 %) дает значения по тесту  $\geq 3$ . Более поздняя редакция методики — «Snaith-Hamilton Pleasure Scale — Clinician Administered» SHAPS-C была разработана специально для использования в клинической практике, и здесь вместо дихотомического ответа используется градация балла от 1 («Отсутствие удовольствия») до 4 («Значительная степень удовольствия») [Ameli et al., 2014].

4) «Шкала дефицита и препятствий переживанию удовольствия» — «Hedonic Deficit & Interference Scale» HDIS, включающая субшкалы положительных эмоций («HDIS-Positive Emotionality»), гедонистического дефицита («HDIS-Hedonic Deficit») и влияния негативных переживаний («HDIS-Negative Affective Interference») [Frewen, Dean, Lanius, 2012].

5) «Шкала оценки опыта удовольствия» — «Temporal Experience of Pleasure Scale» TEPS [Gard et al., 2006; Gard et al., 2007]. Данная шкала, небольшая по объему (всего 18 пунктов), измеряет два параметра ангедонии — предвкушаемое или ожидаемое удовольствие («anticipatory pleasure») и реально переживаемое удовольствие («consummatory pleasure»). Именно использование

данной шкалы позволило продемонстрировать, что при шизофрении значительно страдает первый вариант переживаний удовольствия [Gard et al., 2007].

6) «Шкала социальной безопасности и удовольствия» — «Social Safeness and Pleasure Scale» SA-SSPS [Gilbert et al., 2009] акцентирует в 11 пунктах способность ощущать безопасность и приятные переживания (единения с другими людьми, сопричастности, понимания) в разных социальных ситуациях. Оценки даются испытуемыми также с использованием шкалы Ликерта, а психометрические показатели опросника оценены как хорошие.

7) Субшкала для оценки ангедонии есть в оксфордском опроснике для оценки переживаний и опыта «Oxford Liverpool Inventory of Feelings & Experiences» — O-LIFE. Субшкала названа «Introverted Anhedonia Subscale», то есть интроверсии и ангедонии, и является важным параметром для квалификации личностей шизоидного круга, что, собственно, и является основной задачей опросника [Mason, Claridge, Jackson, 1995]. Опросник содержит 104 пункта для оценки необычных перцептивных ощущений (30 вопросов), нарушений мышления (24), собственно ангедонии и интроверсии (27), импульсивности и пренебрежение социальными нормами (23 пункта), с хорошими психометрическими характеристиками субшкал [Mason, Claridge, 2006]. Краткая версия опросника включает 43 пункта [Mason, Linney, Claridge, 2005].

Большое число шкал свидетельствует о популярности самого исследуемого конструкта — социальной ангедонии, — среди исследователей, о сохраняющимся интересе к теме способности (или неспособности) переживать удовольствие у пациентов различных клинических групп и психически здоровых лиц.

### **3.2. Шкала Социальная ангедония — Revised Social Anhedonia Scale (RSAS): краткая характеристика**

Как отмечено выше, шкала для оценки социальной ангедонии («Social Anhedonia Scale») стала частью проекта по созданию тестов, имеющих максимальную различительную силу для дифференциации популяции психически здоровых лиц и пациентов с психозами, и потому пригодных для оценки предрасположенности к психотическим расстройствам. Параллельно разрабатывались и другие шкалы, перечисленные выше («Шкала физической ангедонии», «Шкала перцептивной аберрации», «Шкала импульсивной нонконформности» и «Шкала магического мышления») [Charman, Charman, Raulin, 1976]. Объединяла перечисленные шкалы не только единая задача, но и сходный алгоритм разработки опросников. Пункты шкал отбирались

из множества рационально сформулированных утверждений, содержательно однородных (внутри каждой из шкал), с простым алгоритмом ответов в виде выбора «верно-неверно». В окончательную редакцию опросников были включены те пункты, которые хорошо разграничивали больных шизофренией от пациентов с другими диагнозами и психически здоровых лиц. Заметим, что такая модель создания психодиагностической шкалы с использованием клинически однородной выборки не является оригинальной, и ранее применялась при разработке такого широко известного теста как MMPI [Buchanan, 1994].

Первоначальный вариант теста для оценки социальной ангедонии был впоследствии несколько изменен, и более поздняя версия шкалы получила название «Revised Social Anhedonia Scale» (RSAS); принцип включения в окончательную версию шкалы пунктов, максимально различающих психически здоровых лиц от пациентов с диагностированной шизофренией был сохранен.

Оригинальный вариант методики RSAS, включивший 40 пунктов с дихотомическим вариантом ответа, неоднократно проходил проверку по основным психометрическим показателям. Так, уже в первые годы использования методики было получено подтверждение ее высокой внутренней согласованности, со значениями коэффициента  $\alpha$ -Кронбаха в диапазоне от 0,79 до 0,84 для отдельных пунктов [Mishlove, Charman, 1985], доказана устойчивость суммарного балла по шкале на протяжении 90 дней на уровне 0,79 [Blanchard, Mueser, Bellack, 1998] и при оценке тест-ретест с перерывом в один год на уровне 0,72 [Blanchard, Horan, Brown, 2001].

Что касается валидности шкалы RSAS, то ее можно считать высокой в связи с тем, что в многочисленных исследованиях были доказаны критические различия показателей по шкале у лиц психически здоровых от больных шизофренией, испытуемых с шизоидными особенностями, членов семей больных шизофренией [Katsanis et al., 1990; Kendler, Thacker, Walsh, 1996]. Принципиально важными для подтверждения валидности теста являются также данные, подтверждающие нарастание уровня социальной ангедонии по мере утяжеления симптоматики в рамках расстройств шизофренического спектра [Blanchard et al., 2011; Kuha et al., 2011], и важность показателя социальной ангедонии для квалификации степени выраженности шизотипии [Brown et al., 2008; Mason et al., 2005].

## **4. Результаты адаптации шкалы Социальная ангедония — Revised Social Anhedonia Scale (RSAS) в русскоязычной выборке взрослых испытуемых**

---

---

### **4.1. Процедура оформления текста русскоязычного варианта шкалы RSAS и общая характеристика обследованной выборки**

Методика RSAS в рамках настоящей работы была переведена с английского на русский язык, при этом в переводе принимали участие специалист-филолог и клинические психологи; затем перевод был уточнен с помощью носителей языка, и путем обратного перевода для сопоставления с исходным англоязычным вариантом, после чего был оформлен окончательный русскоязычный вариант методики. Все включенные в англоязычную шкалу 40 пунктов были сохранены и для варианта на русском языке. Ответы на каждый пункт предполагаются в двух градациях: «верно» — «неверно»; при этом часть пунктов являются инвертированными. Пункты опросника RSAS представлены в Приложении.

С учетом большого массива имеющихся в мировой литературе полученных в разных странах результатов, можно было ожидать, что психометрические параметры теста окажутся хорошими и достаточными для признания методики надежной и валидной. Адаптация методики «Revised Social Anhedonia Scale» и проверка ее психометрических показателей стали частью широкомасштабного проекта по изучению нарушений социального познания при различных психических расстройствах, поддержанного грантом Российского научного фонда (проект № 14-18-03461), проводимого на базе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России, при одобрении Этического комитета указанного института.

В исследовании приняли участие жители Москвы, близлежащих городов и поселков Подмосковья, других городов России. Обследовались испытуемые трех групп: больные шизофренией, шизоаффективным расстройством (ШАР) и психически здоровые испытуемые. Группы были уравнены по возрасту. Общий объем выборки исследования составил 202 человека (105 мужчин и 97 женщин).

В группу нормы включены 150 здоровых испытуемых (75 мужчин и 75 женщин) в возрасте от 19 до 50 лет (средний возраст  $33,7 \pm 6,5$  лет), ранее не обращавшиеся к психиатру и не имевшие признаков психического расстройства (последнее подтверждено скринингом). Участников, составивших контрольную группу психически здоровых лиц, привлекали различными способами, преимущественно через знакомых, всегда на добровольной основе.

Участники исследования из числа пациентов с расстройствами шизофренического спектра привлекались к выполнению теста во время лечения в стационарных отделениях МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России). Все пациенты дали информированное согласие на участие в исследовании.

В группу больных шизофренией вошли 22 пациента с диагнозом параноидная шизофрения (F20.0) — 15 мужчин и 7 женщин в возрасте от 20 до 50 лет (средний возраст —  $34,9 \pm 9,2$  лет). Средняя длительность заболевания составила  $10,6 \pm 8,3$  лет. На этапе обострения клиническая картина характеризовалась наличием проявлений галлюцинаторно-параноидного синдрома без выраженных аффективных расстройств. В период обследования в состоянии пациентов имеются признаки редукции острой психопатологической симптоматики, при наличии остаточных позитивных и негативных симптомов.

В группу больных ШАР включены 30 пациентов — 15 мужчин и 15 женщин в возрасте от 18 до 48 лет — с диагнозами шизоаффективное расстройство (маниакальный тип (F25.0) — 9 человек, депрессивный тип (F25.1) — 9 человек и смешанный тип шизоаффективного расстройства (F25.2) — 1 человек). Средний возраст по всей группе —  $29 \pm 8$  лет, длительность заболевания в среднем составила  $9,4 \pm 7,0$  лет. Причиной госпитализации стало развитие психотического эпизода с проявлениями депрессивной, маниакальной или смешанной аффективной патологии и симптомами аффективно-бредовой симптоматики. На этапе ремиссии (и обследования) отмечены резко выраженные резидуальные расстройства настроения при редукции параноидных симптомов.

Сравнение клинических групп по тяжести актуальной на момент обследования психопатологической симптоматики свидетельствует о более высо-

ких показателях в группе больных ШАР: среднее значение общего индекса тяжести SCL-90-R в группе больных с шизофренией составило  $0,62 \pm 0,62$ , в группе ШАР —  $1,34 \pm 0,91$  (различия значимы на уровне  $p < 0,01$ ). В группе пациентов с ШАР значимо выше показатели и по другим шкалам SCL-90-R, кроме показателя выраженности фобических реакций, одинаково высокого в обеих группах. Высокие значения по шкалам SCL-90-R **в группе больных с ШАР** отражают отчетливую аффективную окраску имеющейся патологии. Яркость аффекта, чувственный характер бредовой симптоматики обуславливали большую остроту и интенсивность психопатологического состояния у этих больных.

## **4.2. Эмпирическая оценка конструктивной (внутренней) валидности шкалы RSAS по данным проведенного исследования**

При обработке полученных на отечественной выборке данных была оценена внутренняя консистентность опросника с применением коэффициентов Альфа Кронбаха, Спирмена-Брауна, Гутмана, подтверждена однофакторная структура методики, представлена описательная статистика распределения балла по тесту в популяционной выборке, оценена валидность теста путем использования внешнего критерия и иных тестовых показателей (для чего использован корреляционный анализ с подсчетом  $r$ -критерия Спирмена), проверена ретестовая надежность методики (интервал 6 месяцев). При обработке данных использовался пакет статистических программ SPSS 17.0.

Первоначально на материале испытуемых всех обследованных групп был осуществлен описательный статистический анализ пунктов шкалы RSAS. По каждому пункту подсчитывались средние значения пункта, стандартное отклонение, а в качестве показателя внутренней консистентности — коэффициент Альфа Кронбаха для итоговой шкалы, который оказался равным 0,853. В табл. 1 приведены значения коэффициента Альфа Кронбаха при удалении каждого из пунктов теста. Подавляющее большинство пунктов хорошо работают на итоговую шкалу, поскольку при удалении этих пунктов значение коэффициента Альфа Кронбаха снижается. Только в отдельных случаях (пункты 13, 18, 35, 38) этот коэффициент незначительно увеличивается — не более, чем на 0,008. Однако приведенное выше значение коэффициента Альфа Кронбаха для итоговой шкалы говорит о высокой согласованности пунктов теста со шкалой [см.: Наследов, 2007].

**Таблица 1. Статистика отдельных пунктов по отношению к суммарному баллу по тесту**

|     | Статистика пунктов шкалы |                                | Статистика пунктов по отношению к суммарному баллу теста |                                     |                                    |
|-----|--------------------------|--------------------------------|--|-------------------------------------|------------------------------------|
|     | Среднее значение         | Средне-квадратичное отклонение | Среднее шкалы при удалении пункта                        | Дисперсия шкалы при удалении пункта | Альфа-Кронбаха при удалении пункта |
| _1  | ,17                      | ,377                           | 14,82  | 50,028                              | ,851                               |
| 2   | ,46                      | ,500                           | 14,53  | 49,385                              | ,851                               |
| _3  | ,38                      | ,487                           | 14,61  | 50,104                              | ,853                               |
| 4   | ,48                      | ,502                           | 14,51  | 49,401                              | ,851                               |
| 5   | ,39                      | ,488                           | 14,61  | 48,912                              | ,849                               |
| 6   | ,40                      | ,492                           | 14,59  | 48,915                              | ,849                               |
| _7  | ,44                      | ,499                           | 14,55  | 49,653                              | ,852                               |
| _8  | ,33                      | ,473                           | 14,66  | 49,137                              | ,849                               |
| _9  | ,23                      | ,422                           | 14,76  | 49,391                              | ,849                               |
| 10  | ,49                      | ,502                           | 14,50  | 48,416                              | ,847                               |
| 11  | ,24                      | ,427                           | 14,76  | 49,559                              | ,850                               |
| _12 | ,17                      | ,377                           | 14,82  | 49,535                              | ,849                               |
| 13  | ,46                      | ,500                           | 14,53  | 51,176                              | ,857                               |
| _14 | ,27                      | ,448                           | 14,72  | 48,905                              | ,848                               |
| _15 | ,55                      | ,500                           | 14,44  | 49,861                              | ,852                               |
| 16  | ,20                      | ,401                           | 14,79  | 49,569                              | ,850                               |
| 17  | ,27                      | ,448                           | 14,72  | 49,055                              | ,848                               |
| _18 | ,76                      | ,431                           | 14,24  | 52,809                              | ,861                               |
| 19  | ,19                      | ,390                           | 14,81  | 48,381                              | ,845                               |
| 20  | ,35                      | ,478                           | 14,64  | 48,977                              | ,849                               |
| _21 | ,22                      | ,417                           | 14,77  | 49,059                              | ,848                               |
| _22 | ,28                      | ,451                           | 14,71  | 49,700                              | ,851                               |
| 23  | ,41                      | ,495                           | 14,58  | 47,708                              | ,844                               |
| _24 | ,53                      | ,501                           | 14,47  | 49,773                              | ,852                               |
| 25  | ,20                      | ,401                           | 14,79  | 49,121                              | ,848                               |

|     |     |      |       |        |      |
|-----|-----|------|-------|--------|------|
| 26  | ,22 | ,417 | 14,77 | 49,387 | ,849 |
| _27 | ,59 | ,493 | 14,40 | 49,690 | ,852 |
| 28  | ,24 | ,431 | 14,75 | 48,861 | ,847 |
| 29  | ,47 | ,501 | 14,53 | 48,430 | ,847 |
| _30 | ,41 | ,495 | 14,58 | 48,619 | ,848 |
| 31  | ,55 | ,500 | 14,44 | 49,070 | ,850 |
| 32  | ,46 | ,500 | 14,53 | 49,863 | ,852 |
| 33  | ,32 | ,468 | 14,67 | 48,803 | ,848 |
| _34 | ,41 | ,495 | 14,58 | 48,604 | ,848 |
| _35 | ,40 | ,492 | 14,59 | 50,587 | ,855 |
| 36  | ,45 | ,500 | 14,54 | 49,847 | ,852 |
| 37  | ,29 | ,455 | 14,70 | 49,046 | ,849 |
| 38  | ,62 | ,487 | 14,37 | 50,474 | ,854 |
| _39 | ,36 | ,480 | 14,64 | 48,740 | ,848 |
| _40 | ,33 | ,470 | 14,67 | 49,358 | ,850 |

*Примечание:* Инвертированные пункты шкалы отмечены при сплошной нумерации \_N.

Проведен анализ надежности половинного расщепления, в рамках которого корреляция балла половин теста (пункты были разделены по принципу четный–нечетный) подсчитывалась с помощью коэффициента Спирмена-Брауна и коэффициента половинного расщепления Гутмана. Значения данных коэффициентов — 0,881 и 0,878 соответственно; оба коэффициента подтверждают хорошую надежность-согласованность теста [Наследов, 2007].

Для прояснения структуры опросника была также проведена кластеризация. Рисунок, отражающий результаты кластерного анализа (рис. 1), показывает отсутствие устойчивых заметных сочетаний пунктов опросника. Это позволяет утверждать относительно однородную структуру шкалы RSAS и отсутствие сочетаний пунктов, ответы на которые единообразны.

На начальном этапе апробации методики нами были изучены имеющиеся в публикациях разных авторов данные о распределении суммарного балла по тесту RSAS в популяционных выборках. Некоторые из имеющихся данных приведены в табл. 2.

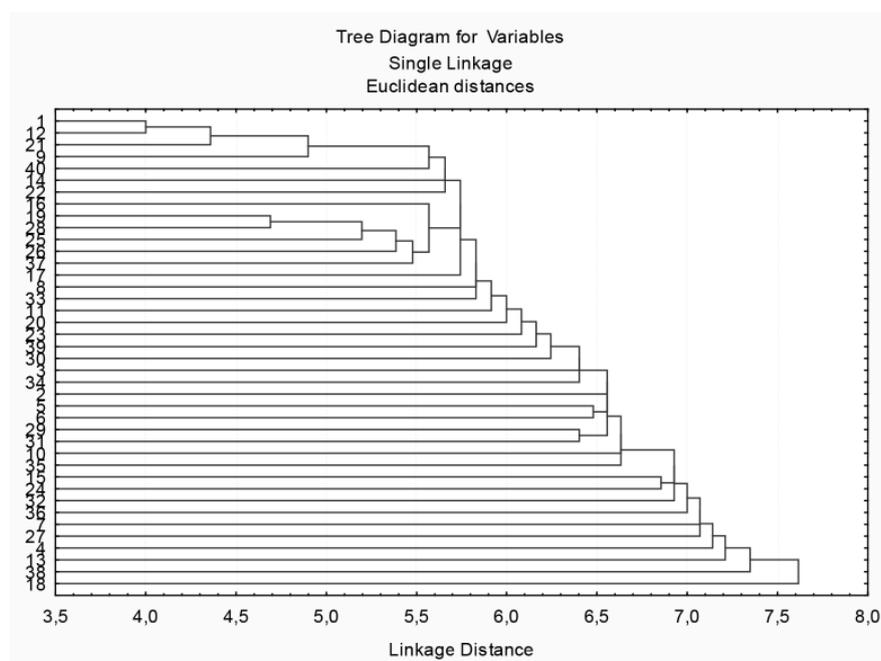


Рис. 1. Результаты кластерного анализа

### 4.3. Нормативный показатель по шкале RSAS

Таблица 2. Данные по тесту RSAS в различных выборках психически здоровых лиц

| Исследование   | Выборка                                  | Размер выборки | Среднее значение М | Стандартное отклонение SD |
|--|--|----------------|--------------------|---------------------------|
| * Данные по тесту RSAS с портала <a href="https://www.researchgate.net/">https://www.researchgate.net/</a> | Женщины (студентки, юношеского возраста) | 840            | 6,70               | 4,49                      |
|  | Мужчины (студенты, юношеского возраста)  | 775            | 8,91               | 5,12                      |
| Chmielewski et al. 1995.   | Белые                                    | 6490           | 7,15               | 5,13                      |
|  | Женщины                                  | 3378           | 5,97               | 4,34                      |
|  | Мужчины                                  | 3112           | 8,44               | 5,59                      |
|  | Темнокожие                               | 510            | 8,99               | 5,59                      |

|                   |  |                        |      |      |
|-------------------|--|------------------------|------|------|
|                   | Женщины  | 333                    | 8,76 | 4,96 |
|                   | Мужчины  | 177                    | 9,42 | 5,40 |
|                   | Азиатского происхождения   | 491                    | 7,84 | 4,85 |
|                   | Женщины  | 232                    | 7,47 | 4,85 |
|                   | Мужчины  | 259                    | 8,17 | 5,06 |
|                   | Испаноговорящие  | 200                    | 8,18 | 5,52 |
|                   | Женщины  | 100                    | 6,57 | 4,94 |
|                   | Мужчины  | 100                    | 9,80 | 5,62 |
| Brown et al. 2008 | Психически здоровые мужчины и женщины юношеского возраста          | 272 женщины, 92 мужчин | 8,70 | 6,25 |
| Chan et al. 2012  | Психически здоровые жители Китая                                   | 870                    |      |      |
|                   | Женщины  | 501                    | 7,61 | 5,34 |
|                   | Мужчины  | 369                    | 9,40 | 7,61 |
| Chan et al. 2015  | Психически здоровые жители Китая юношеского возраста (обоих полов) | 1724                   | 8,17 | 5,42 |
| ** Рычкова, 2015  | Психически здоровые жители России **                               | 120                    | 5,40 | 1,85 |
|                   | Женщины  | 60                     | 5,35 | 1,96 |
|                   | Мужчины  | 60                     | 5,40 | 1,74 |

**Примечания:**

\* — Данные авторов методики, собранные на студенческой выборке.

\*\* — В исследовании проводился скрининг при подборе лиц в группу нормы, с использованием «Шкалы самооценки уровня тревожности Ч.Д. Спилбергера» (адаптация Ю.Л. Ханина), тест EPQ Г. Айзенка и «Краткий Ориентировочный Тест» для оценки интеллекта [Практикум ..., 1989].

Как видно из табл. 2, данные о распределении суммарного балла по тесту RSAS несколько разнятся в выборках, обследованных в разных странах, этносах и в разные годы. В большинстве случаев показатели социальной ангедонии несколько выше у мужчин-респондентов в сравнении с женщинами (эти различия иногда достигают статистически значимых, но чаще нет). Кроме того, за-

метно различается разброс среднего балла. Наиболее однородной по показателю социальной ангедонии оказалась выборка, представленная в отечественной работе [Рычкова, 2013]; такой результат можно объяснить строгими критериями скрининга, использованного при отборе в контрольную группу психически здоровых лиц. Вследствие скрининга из группы нормы исключались все лица, обнаруживающие даже пограничные значения по параметрам, отражающих эмоциональное неблагополучие, и испытуемые, баллы которых по тесту интеллекта выходили за границы нормативного коридора. В исследованиях, где скрининг не проводился, и популяционная выборка была взята без ограничений, средние показатели и разброс балла социальной ангедонии выше (см. табл. 3).

В настоящем исследовании нами также был использован скрининг испытуемых: после оценки ряда показателей теста SCL-90 из группы удалялись испытуемые, у которых по суммарному баллу теста или частным субтестам результат позволял предполагать наличие невротических проявлений, психопатических черт или психопатологических симптомов, включая симптомы аффективного расстройства.

Таким образом, была выделена выборка психически здоровых лиц числом 150 человек, внутри которой — выборки мужчин и женщин (группа делится поровну). Данные распределения суммарного балла по тесту приведены в целом по группе и по подгруппам психически здоровых женщин и мужчин (см. рис. 2, 3 и 4).

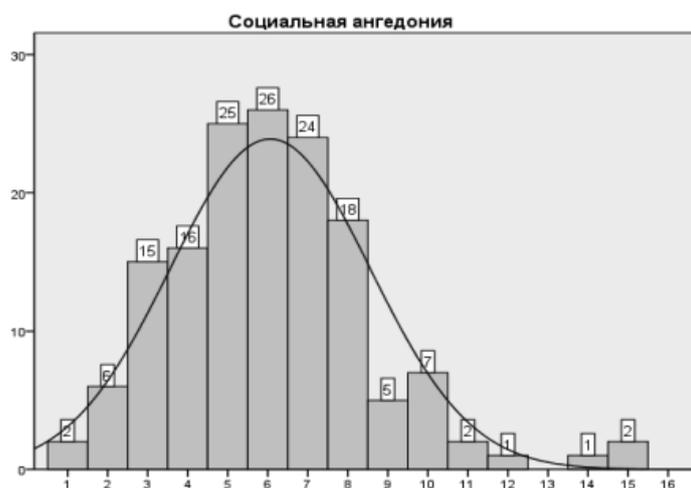
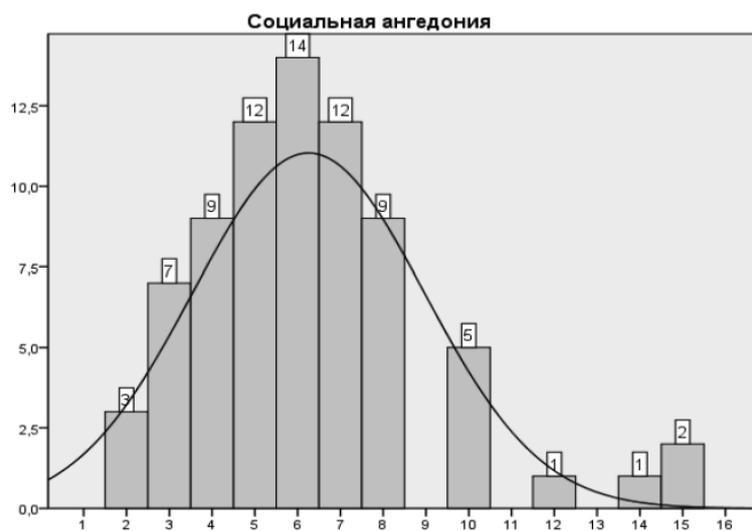
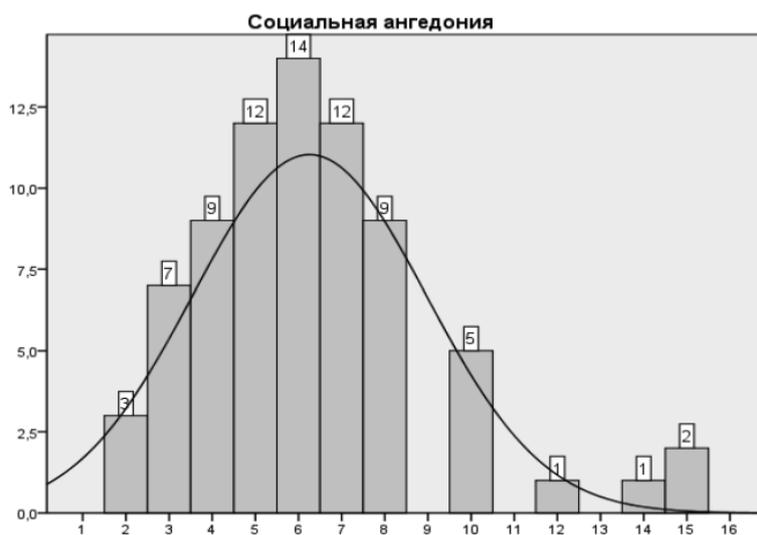


Рис. 2. Гистограмма распределения частот общего балла по тесту RSAS в выборке психически здоровых лиц (N=150)



**Рис. 3.** Гистограмма распределения частот общего балла по тесту RSAS в выборке психически здоровых женщин (N=75)



**Рис. 4.** Гистограмма распределения частот общего балла по тесту RSAS в выборке психически здоровых мужчин (N=75)

Также данные статистики общего балла по исследованной выборке (и ее частям) приведены в табл. 3.

**Таблица 3. Статистика общего балла теста RSAS в исследованной выборке психически здоровых лиц**

| Статистический показатель     | Группа психически здоровых респондентов |         |         |
|-------------------------------|---|---------|---------|
|                               | Вся группа                              | Мужчины | Женщины |
| Среднее значение балла        | 6,06                                    | 6,26    | 5,87    |
| Стандартное отклонение        | 2,504                                   | 2,712   | 2,280   |
| Дисперсия                     | 6,272                                   | 7,354   | 5,198   |
| Асимметрия                    | 0,791                                   | 1,191   | 0,28    |
| Стандартная ошибка асимметрии | 0,198                                   | 0,277   | 0,277   |
| Эксцесс                       | 1,575                                   | 2,158   | -0,367  |
| Стандартная ошибка эксцесса   | 0,394                                   | 0,548   | 0,548   |
| Диапазон                      | 14                                      | 13      | 10      |
| Минимум                       | 1                                       | 2       | 1       |
| Максимум                      | 15                                      | 15      | 11      |

Как можно видеть из гистограмм, отражающих частоты распределения балла по шкале RSAS (рис. 2, 3, 4), и параметров оценки распределения суммарного показателя (табл. 3), распределение не носит характер строго нормального, только приближено к нему. Среднее значение балла выше у мужчин, значимых различий между испытуемыми по гендерному признаку нет.

Поскольку группа психически здоровых лиц была подвергнута процедуре скрининговой оценки, и лица с отклоняющимися от нормы показателями по тестам, оценивающим эмоциональное неблагополучие, были исключены, можно утверждать, что разброс балла в исследованной группе нормы меньше, нежели в популяционной выборке, не подвергнутой предварительной скрининговой оценке. Отсюда мы делаем вывод о том, что критическим отклонением необходимо считать удвоенное значение среднеквадратичного отклонения (то есть  $2\sigma$ ). Таким образом, можно утверждать, что нормативный диапазон показателя шкалы RSAS составляет значения от 1 до 11 баллов, причем у мужчин нормативный коридор — от 1 до 12 баллов. Данные анализа разброса балла показывают, что даже в верифицированной выборке психически здоровых лиц встречаются высокие значения по шкале RSAS; так, максимальный балл, наблюдающийся в этой выборке, — 15 (число пунктов шкалы и, соответственно, предельный балл по тесту — 40). Такой показатель можно интерпретировать как повышенный.

Для сравнения приведем данные по тесту RSAS, полученные в настоящем исследовании при замере в клинических выборках (табл. 4).

**Таблица 4. Описательные статистики показателей по тесту RSAS в клинических группах (больные шизофренией и шизоаффективным расстройством)**

| Выборка                               | Описание выборки | Размер выборки | Среднее значение М | Стандартное отклонение SD |
|---------------------------------------|------------------|----------------|--------------------|---------------------------|
| Больные шизофренией                   | вся группа       | 22             | 15,63              | 7,94                      |
|                                       | женщины          | 7              | 12,43              | 5,83                      |
|                                       | мужчины          | 15             | 17,13              | 8,52                      |
| Больные шизоаффективным расстройством | вся группа       | 30             | 17,5               | 8,5                       |
|                                       | женщины          | 15             | 17,84              | 8,49                      |
|                                       | мужчины          | 15             | 16,75              | 7,72                      |

Полученные в исследовании результаты свидетельствуют, что общий балл по тесту RSAS в клинической группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра очевидно и значимо выше по сравнению с группой нормы. При этом заметно выше в клинической выборке и разброс балла (стандартное отклонение варьирует от 5,83 до 8,5 балла), нежели в группе психически здоровых лиц, выбранных на основе скрининга (стандартное отклонение балла ангедонии в пределах 2,28 — 2,71). Последнее свидетельствует о большей однородности показателя социальной ангедонии у психически здоровых лиц, о типичности для них отсутствия проявлений социальной ангедонии. В выборке пациентов с расстройствами шизофренического спектра мы встречаем как лиц с относительно низкими показателями социальной ангедонии, так и с очень высокими.

При решении задачи адаптации методики для российской выборки важно, что значимое расхождение балла между психически здоровыми испытуемыми и пациентами с расстройствами шизофренического спектра одновременно свидетельствует в пользу внешней (критериальной) валидности теста RSAS. Здесь в качестве важнейшего критерия выступает факт заранее известной, верифицированной на основе клинических данных отнесенности испытуемых к одной из групп — психически здоровых лиц, либо пациентов с расстройствами шизофренического спектра. Различия значений балла социальной ангедонии в нашем исследовании для всех сопоставимых групп с учетом гендера подсчитывались по критерию Манна-Уитни, и значимость различий определялась на уровне  $p < 0,001$ . Тем самым критериальная валидность теста RSAS

оказалась высокой по нашим данным. Заметим, что ранее получены свидетельства не только высокой критериальной, но и высокой прогностической валидности теста RSAS — применительно к возникновению расстройств шизофренического спектра [Kwapil, 1998; Gooding et al., 2005].

#### 4.4. Оценка внешней (интеркорреляционной) валидности и ретестовой надежности шкалы RSAS

Для оценки внешней валидности шкалы RSAS в исследование были включены следующие методики:

- **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).
- **Шкала социального избегания и дистресса** — «Social avoidance and distress scale» — SADS [Watson, Friend, 1969; валидизирована А.Б. Холмогоровой, Л.А. Клименковой, в печати], предназначенная для измерения склонности избегать социальных ситуаций и испытывать в них дискомфорт, состоит из 28 пунктов, измеряющих склонность к социальному избеганию и тревоге в межличностных ситуациях. Подсчитываются показатели общего социального дистресса, социальной тревожности и социального избегания.
- **Госпитальная шкала тревоги и депрессии** — «The Hospital Anxiety and Depression Scale» — HADS [Zigmond, Snaith, 1983; адаптация М.Ю. Дробижева, 1993], предназначена для первичного выявления симптомов тревоги и депрессии, состоит из 14 утверждений: 7 относятся к субшкале тревоги и 7 — к субшкале депрессии, оценка каждого пункта возможна в диапазоне от 0 до 3 баллов.

Оценка конструктивной (концептуальной) валидности теста RSAS проводилась неоднократно. Поскольку большое число работ содержит данные в отношении конвергентной и/или дискриминантной валидности, приведем некоторые из них. Так, данные теста RSAS традиционно сопоставлялись со шкалами, измеряющими степень выраженности личностных особенностей

шизоидного круга. Например, такое сопоставление проводилось в рамках модели, интерпретирующей проявления социальной ангедонии и социальной тревоги в качестве главного фактора стабилизации шизоидных черт личности [Brown et al., 2008]. В работах последних лет можно встретить попытки иного осмысления социальной ангедонии и, соответственно, сопоставления ее с измерениями интроверсии и аспектами алекситимии [Martin et al., 2016]. Поэтому для оценки валидности теста в нашей работе также было необходимо сопоставить показатель социальной ангедонии с иными содержательно близкими феноменами, в том числе — клиническими. Для этого была оценена корреляционная связь балла по тесту RSAS и ряда переменных, близких содержательно и являющихся показателями тестов с уже доказанной валидностью.

Формулируя предварительные статистические гипотезы, мы предположили, что наиболее связанными со значениями по тесту RSAS будут результаты тестов, отражающие степень выраженности психопатологической симптоматики, депрессии и поведения, связанного с социальным избеганием. При этом наличие психического расстройств или его отсутствие могут не учитываться, так как социальная ангедония не может считаться только психопатологическим феноменом [Thomsen, Whybrow, Kringelbach, 2015]; а степень выраженности социальной ангедонии различается в группе психически здоровых лиц и в группе обследованных пациентов (как и данные по другим измеренным шкалам). Для оценки связи использованы данные корреляционного анализа (с подсчетом коэффициента ранговой корреляции  $r$ -Спирмена) балла по тесту социальной ангедонии и показателей психопатологической симптоматики, подсчитанных с использованием Госпитальной шкалы, опросника SCL-90-R и показателей Шкалы социального избегания и дистресса SADS. Кроме того, поскольку социальная ангедония является нозологически-неспецифическим феноменом, наблюдается при разных психопатологических состояниях, ожидалась связь показателя с индексом тяжести клинического состояния по тесту SCL-90-R. Показатели корреляционной связи социальной ангедонии с параметрами Госпитальной шкалы и опросника SCL-90-R представлены в табл. 5 с параметрами Шкалы социального избегания и дистресса в табл. 6.

**Таблица 5. Корреляции показателя социальной ангедонии (шкала RSAS) и показателей психопатологической симптоматики (Госпитальная шкала, тест SCL-90-R) в объединенной выборке больных и здоровых (N=202)**

|                              | Показатели $r$ -корреляции Спирмена для RSAS (социальная ангедония) |       |
|------------------------------|---|-------|
|                              | R   | P     |
| Тревога (Госпитальная шкала) | 0,333   | 0,000 |

4.4. Оценка внешней (интеркорреляционной) валидности и ретестовой надежности шкалы ... 33

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| Депрессия (Госпитальная шкала)            | 0,407 | 0,000 |
| GSI (общий индекс тяжести)                | 0,462 | 0,000 |
| PST (общее число утвердительных ответов)  | 0,444 | 0,000 |
| PSDI (индекс симптоматического дистресса) | 0,398 | 0,000 |
| DEP (депрессия)                           | 0,469 | 0,000 |
| ANX (тревога)                             | 0,429 | 0,000 |
| PAR (параноидное мышление)                | 0,425 | 0,000 |
| PSY (психотизм)                           | 0,459 | 0,000 |

*Примечание:* r — коэффициент корреляции Спирмена; p — уровень значимости.

**Таблица 6. Корреляции показателя социальной ангедонии (шкала RSAS) и показателей социального избегания и дистресса (шкала SADS) в объединенной выборке больных и здоровых (N = 202)**

|                                  | Показатели r-корреляции Спирмена для RSAS (социальная ангедония) |       |
|----------------------------------|--|-------|
|                                  | R  | P     |
| Показатель социального дистресса | 0,359  | 0,000 |
| Показатель социального избегания | 0,563  | 0,000 |
| Общий балл теста SADS            | 0,474  | 0,000 |

*Примечание:* r — коэффициент корреляции Спирмена; p — уровень значимости.

Как видно из табл. 5, значимая положительная связь между выраженностью социальной ангедонии установлена для ряда показателей. Максимально выражена связь для параметром GSI (общий индекс тяжести клинического состояния), DEP (депрессия), PSY (психотизм), PST (общее число утвердительных ответов), также выражающее степень клинического неблагополучия респондента), ANX (тревога) и PAR (параноидное мышление) теста SCL-90-R. Высоко значимые корреляционные связи показателя социальной ангедонии и ряда субшкал методики для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90 ожидаемы, так как все указанные показатели, как правило, высоки при расстройствах шизофренического спектра. Значительный вклад перечисленных шкал в суммарный показатель психопатологического неблаго-

получия (GSI) привел к тому, что последний также оказался связан с баллом социальной ангедонии.

Значимой оказалась связь социальной ангедонии с показателями депрессии и тревоги Госпитальной шкалы. Установленная связь показателя социальной ангедонии, обнаруживающего себя в превалировании неудовольствия при общении с людьми, к параметрам депрессии и тревоги была также теоретически ожидаемой.

Ожидаемым и важным для оценки валидности шкалы RSAS стал результат, отраженный в табл. 6 в виде высоко значимых корреляций была по адаптируемому тесту с показателями социального дистресса и социального избегания по шкале SADS. Родство социальной ангедонии и поведения социального избегания очевидно, и феноменология оцениваемой черты включает активное уклонение от контактов, различных социальных ситуаций, отказ от взаимодействия с окружающими и инициирования такого взаимодействия.

Эмпирическое подтверждение выдвинутых гипотез позволяет оценивать шкалу RSAS как эффективный измерительный инструмент для оценки дефицита способности к переживанию удовольствия при взаимодействии с людьми.

На части выборки психически здоровых лиц (57 человек) была проверена ретестовая надежность методики. Для доказательства устойчивости показателей методики во времени проводили сравнения протоколов испытуемых. Сравнивались ответы по каждому пункту теста, и поскольку данные являются бинарными, то для сравнения результатов по двум связанным выборкам применялся критерий Мак Немара. Также был использован для сравнения общего показателя по шкале социальной ангедонии в указанных группах критерий Вилкоксона.

Сравнение показало, что результаты выполнения теста в исследованной выборке статистически не различаются (уровень значимости  $p > 0,05$ ) при его выполнении у психически здоровых лиц с перерывом в полгода. Это свидетельствует о хорошей устойчивости балла теста у психически здоровых испытуемых, и, соответственно, говорит о надежности опросника RSAS.

## Выводы

---

---

1. Проведенный анализ полученных результатов подтверждает валидность и надежность опросника социальной ангедонии RSAS и правомерности использования его русскоязычной версии для определения степени выраженности социальной ангедонии у лиц взрослого возраста.
2. Адаптация шкалы на российской выборке дает возможность проведения новых исследований нарушений социального познания при психических расстройствах с учетом параметра социальной ангедонии, отражающей вклад социальной мотивации в нарушения когнитивной и эмоциональной сферы.
3. Адаптация шкалы дает практикам важный инструмент для прогностической оценки состояния лиц из группы риска по заболеваниям шизофренического спектра, а также постановки дифференцированных задач психологической помощи при работе с больными, страдающими расстройствами шизофренического спектра и другими формами психической патологии.

## Литература

---

---

1. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. СПб.: Питер, 2001. 432 с.
2. Выготский Л.С. Проблема умственной отсталости // Собрание сочинений: В 6-ти т. Т.5. Основы дефектологии. М.: Педагогика, 1983.
3. Гаранян Н.Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1986. 23 с.
4. Зейгарник Б.В. Введение в патопсихологию. М., 1969.
5. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 1986.
6. Краснов В.Н. Расстройства аффективного спектра. М., 2011
7. Крылов В.И. Ангедония при расстройствах аффективного и шизофренического спектра: психопатологические особенности, диагностическое и прогностическое значение // Журнал им. П.Б. Ганушкина, 2014. Т.16. №1. С.28-32
8. Курек Н.С. Дефицит психической активности: пассивность личности и болезнь. М.: Российская академия наук, 1996. 245 с.
9. Курек Н.С. Дефицитарные нарушения психической активности (Личность и болезнь): дисс. ... докт. психол. наук. М., 1998. 415 с.
10. Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб.: Речь, 2007. 392 с.
11. Никитина И.В. Социальная тревожность и социальное познание (обзор зарубежных исследований) // Консультативная психология и психотерапия, 2014. Том 22. № 4. С. 65–79.
12. Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические материалы. М.: МГУ, 1989.
13. Пуговкина О.Д. Нарушения социального познания при депрессии: теоретические подходы, методы изучения и выделенные дефициты // Консультативная психология и психотерапия, 2014. № 4. С. 80–97.
14. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Нарушения социального познания при депрессиях // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С.Корсакова, 2015(а). № 1. С. 20–22.
15. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Основные этапы и направления изучения когнитивных дисфункций при депрессиях // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн, 2015(б). № 6(35) [Электронный ресурс]. URL: <http://mpgj.ru>
16. Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта при шизофрении. Дисс. ... докт. психол. наук. М., 2013. 478 с.
17. Степанов И.Л. Ангедония как диагностический, прогностический и дезадаптирующий фактор при различных типах депрессии (феноменология, динамика, принципы терапии). Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2004.

18. Холмогорова А.Б. Глава 2. Шизофрения // Клиническая психология. Т. 2. Частная патопсихология: монография / Под ред. А.Б.Холмогоровой. М.: Изд. центр «Академия», 2012.
19. Холмогорова А.Б., Минакова К.Ю. Социальное познание, социальная ангедония и депрессивная симптоматика у больных шизофренией: существует ли связь? // Психическое здоровье, 2014. №12 (103). С. 52–59.
20. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушение социального познания — новая парадигма в исследованиях центрального психического дефицита при шизофрении. М.: Форум, 2016.
21. Aleman A., Hijman R., de Haan E.H., Kahn R.S. Memory impairment in schizophrenia: A meta-analysis. // *Am. J. Psychiatry*, 1999. Vol. 156. P. 1358–1366
22. Ameli R., Luckenbaugh D.A., Gould N.F., Holmes M.K., Lally N., Ballard E.D., Zarate C.A. SHAPS-C: the Snaith-Hamilton pleasure scale modified for clinician administration // *Peer J*, 2014, Vol. 17(2). P. 429.
23. Ashby F.G., Isen A.M., Turken A.U. A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition // *Psychol. Rev*, 1999. Vol. 106 (3). P. 529–550.
24. Beckfield D.F. Interpersonal competence among college men hypothesized to be at risk for schizophrenia // *J. Abn. Psychol*, 1985. Vol. 94. P. 397–404.
25. Bernstein A.S., Riedel J.A. Psychological response patterns in college students with high physical anhedonia: Scores appear to reflect schizotypy rather than depression // *Biol. Psychi*, 1987. Vol. 22. P. 829–847.
26. Berridge K.C. Pleasure, pain, desire and dread: hidden core processes of emotion, in *Well Being: The Foundations of Hedonic Psychology*. Edited by Kahneman D., Diener E, Schwarz N. New York, Russell Sage Foundation, 1999. P. 525–557.
27. Berridge K.C., Robinson T.E. What is the role of dopamine in reward: hedonic impact, reward learning, or incentive salience? // *Brain Res Brain Res Rev*, 1998. Vol. 28. P. 309–369.
28. Blanchard J., Gangestad S., Brown S., Horan W. Hedonic capacity and schizotypy revisited: a taxometric analysis of social anhedonia // *J. Abn. Psychol*, 2000. Vol. 109. P. 87–95.
29. Blanchard J.J., Bellack A.S, Mueser K.T. Affective and social-behavioral correlates of physical and social anhedonia in schizophrenia // *J. Abn. Psychol*, 1994. Vol. 103(4). P. 719–728.
30. Blanchard J.J., Horan W.P, Brown S.A. Diagnostic differences in social anhedonia: A longitudinal study of schizophrenia and major depressive disorder // *J. Abn. Psychol*, 2001. Vol. 110(3). P. 363–371.
31. Blanchard J.J., Mueser K.T., Bellack A.S. Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia // *Sch. Bull*, 1998. Vol.24(3). P. 413–424.
32. Blanchard J.J., Panzarella C. Affect and social functioning in schizophrenia / In: K.T. Mueser & N. Tarrrier (Eds.), *Handbook of social functioning in schizophrenia* (p. 181–196). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon, 1998.
33. Blanchard J.J., Kring A.M., Horan W.P., Gur R. Toward the next generation of negative symptom assessments: the collaboration to advance negative symptom assessment in schizophrenia. // *Sch Bull*, 2011. Vol. 37. P. 291–299.

34. Blanchard, J.J., Cohen, A.S. The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment // *Schizophr. Bull*, 2006. Vol. 32. P. 238–245.
35. Bleuler E. Руководство по психиатрии. Берлин: Изд-во «Врач», 1920, 542 с.
36. Brown L.H., Silvia P.J., Myin-Germeys I., Lewandowski K.E., Kwapil T.R. The relationship of social anxiety and social anhedonia to psychometrically identified schizotypy. // *J. Soc Clin Psychol*, 2008. Vol. 27. P. 127–149.
37. Chapman L., Chapman J., Kwapil T., Eckblad M., Zinser M. Putatively psychosis-prone subjects 10 years later // *J. Abn. Psychol*, 1994. Vol. 103(2). P. 171–183.
38. Chapman L.J., Chapman J.P., Numbers J.S., Edell W.S., Carpenter B.N., Beckfield D. Impulsive nonconformity as a trait contributing to the prediction of psychoticlike and schizotypal symptoms // *J. Nervous Mental Dis*, 1984. Vol. 172. P. 681–691.
39. Chapman L.J., Chapman J.P., Raulin M.L. Body image aberration in schizophrenia // *J. Abn Psychol*, 1978. Vol. 87. P. 399–407.
40. Chapman L.J., Chapman J.P., Raulin M.L. Scales for physical and social anhedonia // *J. Abn. Psychol*, 1976. Vol. 85. P. 374–382.
41. Corr P.J., Pickering A.D., Gray J.A. Personality and reinforcement in associative and instrumental learning // *Pers. Ind. Diff*, 1995. Vol. 19. P. 47–71.
42. Davis C., Woodside D.B. Sensitivity to the rewarding effects of food and exercise in the eating disorders // *Compr. Psychiatry*, 2002. Vol. 43. P. 189–194.
43. Der-Avakian A., Markou A. The neurobiology of anhedonia and other reward-related deficits // *Trends Neurosci*, 2011. Vol. 35. P. 68–77.
44. 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 // *Br J Psychiatry*, 1976. Vol. 128. P. 280–289.
45. Di Chiara G. A motivational learning hypothesis of the role of mesolimbic dopamine in compulsive drug use // *J Psychopharmacol*, 1998. Vol. 12. P. 54–67.
46. Diaz M.A., Dickerson L.A., Kwapil T.R. A two-year follow-up assessment of schizotypic young adults. *Schizophr Res*, 2003, 60(1). P. 167–168.
47. Dworkin R.H., Opler L.A. Simple schizophrenia: Negative symptoms and prefrontal hypodopaminergia. // *Am J. Psychiatry*, 1992. Vol. 149. P. 1284–1285.
48. Eckblad M., Chapman L.J. Magical ideation as an indicator of schizotypy. // *J Consult Clin Psychol*, 1983. Vol. 51. P. 215–225.
49. Eckblad M.L., Chapman L.J., Chapman J.P., Mishlove M. The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished test, University of Wisconsin, Madison, WI, 1982.
50. Erlenmeyer-Kimling L., Cornblatt B., Rock D., Roberts S. et al. The New York High-Risk Project: anhedonia, attentional deviance, and psychopathology // *Sch. Bull*, 1993. Vol. 19(1). P. 141–153.
51. Fawcett J. The morbidity and mortality of clinical depression. Special issue: affective disorders: current and future perspectives // *Int. Clin. Psychopharmacol*, 1993. Vol. 8. P. 217–220.
52. Fawcett J., Clark D.C., Scheftner W.A., Gibbons R.D. Assessing anhedonia in psychiatric patients: The Pleasure Scale // *Arch. General Psych*, 1983. Vol. 40. P. 79–84.
53. Floresco S.B., Magyar O. Mesocortical dopamine modulation of executive functions: beyond working memory // *Psychopharmacology (Berl)*. — 2006 Vol. 188(4). — P. 567–585

54. Franken H. A., Van Strien J. W., Nijis I. Effect of Hedonic Tone on Event-Related Potential Measures of Cognitive Processing // *Psych. Res*, 2006. Vol. 142(2). P. 233–239.
55. Franken I.H.A., Zijlstra C., Muris P. Are nonpharmacological induced rewards related to anhedonia? A study among skydivers // *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 2006. Vol. 30. P. 297–300.
56. Frewen P.A., Dean J.A., Lanius R.A. Assessment of anhedonia in psychological trauma: development of the Hedonic Deficit and Interference Scale. *European Journal of Psychotraumatology* 2012, 3: 8585.
57. Gard D.E., Gard M.G., Kring A.M., John O.P. Anticipatory and consummatory components of the experience of pleasure: A scale development study // *J. Res Per*, 2006. Vol. 40. P. 1086–1102.
58. Gard D.E., Kring A.M., Gard M.G., Horan W.P., Green M.F. Anhedonia in schizophrenia: Distinctions between anticipatory and consummatory pleasure // *Sch. Res*, 2007. Vol. 93. P. 253–260.
59. Germans M.K., Kring A.M. Hedonic deficit in anhedonia: support for the role of approach motivation // *Pers. Ind. Diff*, 2000. Vol. 28. P. 659–672.
60. Germine L.T., Garrido L., Bruce L., Hooker C. Social anhedonia is associated with neural abnormalities during face emotion processing // *Neuroimage*, 2011. Vol. 58(3). P. 935–945.
61. Gilbert P., McEwan K., Mitra R., Richter A., Franks L., Mills A., Bellew R. Gale C. An exploration of different types of positive affect in students and patients with bipolar disorder // *Clinical Neuropsychiatry*, 2009. Vol. 6(4). P. 135–143.
62. Gooding D., Davidson R., Putnam K., Tallent K. Normative emotion-modulated startle response in individuals at risk for schizophrenia-spectrum disorders // *Sch. Res*, 2002. Vol. 57. P. 109–120.
63. Gooding D.C., Tallent K.A., Matts C.W. Clinical status of at-risk individuals five years later: Further validation of the psychometric high-risk strategy // *J. Abnorm Psychol*, 2005. Vol.114. P. 170–175.
64. Haberman M.C., Chapman L.J., Numbers J. S., McFall R.M. Relation of social competence to scores on two scales of psychosis proneness // *J. Abn. Psychol*, 1979. Vol. 8. P. 675–677.
65. Hatzigiakoumis D.S., Martinotti G., Di Giannantonio M., Janiri L. Anhedonia and substance dependence: clinical correlates and treatment options // *Frontiers in Psychiatry*, 2011. Vol. 2(10).
66. Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence // *Neuropsychol*, 1998. Vol. 12. P.426–445.
67. Horan W.P., Green M.F., Kring A.M., Nuechterlein K.H. Does Anhedonia in Schizophrenia Reflect Faulty Memory for Subjectively Experienced Emotions? // *J. Abn. Psychol*, 2006. Vol. 115 (3). P. 496–508.
68. Isella V., Iurlaro S., Piolti R., Ferrarese C., Frattola L., Appollonio I., Melzi P., Grimaldi M. Physical anhedonia in Parkinson's disease // *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatr*, 2003. Vol. 74. P.1308–1311.
69. Katsanis J., Iacono W.G., Beiser M. Anhedonia and perceptual aberration in first-episode psychotic patients and their relatives // *J. Abn. Psychol*, 1990. Vol. 99. P. 202–206.

70. Katsanis J., Iacono W.G., Beiser M., Lacey L. Clinical correlates of anhedonia and perceptual aberration in first-episode patients with schizophrenia and affective disorder // *J. Abn. Psychol*, 1992. Vol. 101. P. 184–191.
71. Keedwell P.A., Andrew C., Williams S.C., Brammer M.J., Phillips M.L. The neural correlates of anhedonia in major depressive disorder // *Biol. Psych*, 2005. Vol. 8(11). P. 843–853.
72. Kendler K.S., Thacker L., Walsh D. Self-report measures of schizotypy as indices of familial vulnerability to schizophrenia // *Sch Bull*, 1996. Vol. 22(3). P. 511–520.
73. Klein D. Depression and anhedonia / In: D. C Clark & J. Fawcett (Eds.), *Anhedonia and affect deficit states* (P. 1–14). New York: PMA Publishing, 1984.
74. Koob G.F., Le Moal M. Drug addiction, dysregulation of reward, and allostasis // *Neuropsychopharmac*, 2001. Vol. 24. P. 97–129.
75. Kring A.M. Emotion in schizophrenia: Old mystery, new understanding // *Curr. Dir. Psychol. Sci*, 1999. Vol. 8. P. 160–163.
76. Krupa T., Thornton, J. The pleasure deficit in schizophrenia // *Occup. Ther. Ment. Health*, 1986. Vol. 6(2). P. 65–78.
77. Kuha A., Suvisaari J., Perälä J., Eerola M., Saarni S. S., Partonen et al. Associations of anhedonia and cognition in persons with schizophrenia spectrum disorders, their siblings, and controls // *J. Nerv.Mental Dis*, 2011. Vol. 199(1). P. 30–37.
78. Kwapil T.R. Social anhedonia as a predictor of the development of schizophrenia-spectrum disorders // *J. Abn. Psychol*, 1998. Vol. 107(4). P. 558–565.
79. Leary M. A brief version of the Fear of Negative Evaluation Scale // *Pers. Soc. Psychol. Bull*, 1983. Vol. 9. P. 371–376.
80. Leventhal A.M., Chasson G.S., Tapia E., Miller E.K., Pettit J.W. Measuring hedonic capacity in Depression: A psychometric analysis of three anhedonia scales // *J. Clin. Psychol*, 2006. Vol. 62. P. 1545–1558.
81. Lewandowski K.E., Barrantes-Vidal N., Nelson-Gray R.O., Clancy C., Kepley H.O., Kwapil T.R. Anxiety and depression symptoms in psychometrically identified schizotypy // *Sch. Res*, 2006. Vol. 83. P. 225–235.
82. Llerena K., Park S.G., Couture S.M., Blanchard J.J. Social anhedonia and affiliation: Examining behavior and subjective reactions within a social interaction // *Psych. Res*, 2012. Vol. 200. P. 679–686.
83. Loas G., Noisette C., Legrand A., Boyer P. Is anhedonia a specific dimension in chronic schizophrenia? // *Sch. Bull*, 2000. Vol. 26(2). P. 495–506.
84. Loas, G. Vulnerability to depression: a model centered on anhedonia // *J. Affect. Disord*, 1996. Vol. 41. P. 39–53.
85. Martin E.A., Cicero D.C., Bailey D.H., Karcher N.R., Kerns J.G. Social Anhedonia Is Not Just Extreme Introversion: Empirical Evidence of Distinct Constructs // *J Pers Disord*, 2016. Vol. 11;30(4). P. 451–468.
86. Mason O., Claridge G. The Oxford-Liverpool Inventory of Feelings and Experiences (O-LIFE): Further description and extended norms // *Schizophr Res*, 2006. Vol. 82. P. 203–211.
87. Mason O., Claridge G., Jackson M. New scales for the assessment of schizotypy // *Personality and Individual Differences*, 1995. Vol. 18. P. 7–13.

88. Mason O., Linney Y., Claridge G. Short scales for measuring schizotypy // *Schizophr Res*, 2005. Vol. 78. P. 293–296.
89. Meehl P.E. Primary and Secondary Hypohedonia // *J. Abn. Psychol*, 2001. Vol. 110(1). P. 188–193.
90. Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // *Am. Psychologist*, 1962. Vol. 17. P. 827–838.
91. Meehl P.E. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia // *J. Pers. Disorders*, 1990. Vol. 4. P. 1–99.
92. Mishlove M., Chapman L.J. // *J. Abnorm. Psychology*, 1985. Vol. 94. P. 384–396.
93. Mitterschiffthaler M.T., Kumari V., Malhi G.S., Brown R.G., Giampietro V.P., Brammer M. J., Suckling J., Poon L., Simmons A., Andrew C., Sharma T. Neural Response to Pleasant Stimuli in Anhedonia: An fMRI Study // *Neuroreport*, 2003. Vol. 14(2). P. 177–182.
94. Oei T. I., Verhoeven W. M., Westenberg H. G., Zwart F. M., van Ree J. M. Anhedonia, suicide ideation and dexamethasone nonsuppression in depressed patients // *J. Psychiatr. Res*, 1990. Vol. 24. P. 25–35.
95. Rado S. *Psychoanalysis of behavior: The collected papers of Sandor Rado (Vol. 2)*. New York: Grune and Stratton, 1962.
96. Romney D.M., Candido C.L. Anhedonia in depression and schizophrenia: a reexamination // *J. Nerv. Ment. Dis*, 2001. Vol. 189(11). P. 735–740.
97. Salamone J.D., Cousins M.S., Snyder B.J. Behavioral functions of nucleus accumbens dopamine: empirical and conceptual problems with the anhedonia hypothesis // *Neurosci Biobehav Rev*, 1997. Vol. 21. P. 341–359.
98. Saperstein A.M., Mann M.C., Blanchard J.J. Hedonic capacity in schizophrenia: Is social anhedonia related to trait dimensions of emotion and motivation? Poster presented at the Annual Meeting of the International Society for Research in Emotion. New York City. NY, 2004.
99. Schuck J., Leventhal D., Rothstein H., Irizarry V. Physical anhedonia and schizophrenia // *J. Abn. Psychology*, 1984. Vol. 93. P. 342–344.
100. Schultz W., Dayan P., Montague P.R. A neural substrate of prediction and reward // *Science*, 1997. Vol. 275. P. 1593–1599.
101. Schurhoff F., Szoke A., Turcas C., Villemur M., Tignol J. Anhedonia in schizophrenia: a distinct familial subtype? // *Sch Res*, 2003. Vol. 61. P. 827–838.
102. Silverstone P.H. Is anhedonia a good measure of depression? // *Acta Psychiatr. Scand*, 1991. Vol. 83. P. 249–250.
103. Snaith R.P., Hamilton M., Morley S., Humayan A. A scale for the assessment of the hedonic tone: The Snaith-Hamilton Pleasure Scale // *Br. J. Psychiat*, 1995. Vol. 167. P. 99–103.
104. *Social Cognition and Schizophrenia* // P.W. Corrigan, D.L. Penn (Eds). APA, Wash, 2001. 327 p.
105. Strauss G.P., Gold J.M. A new perspective on anhedonia in schizophrenia // *Am J. Psychiatry*, 2012. Vol. 169(4). P.364–373.
106. Takahashi H., Kato M., Takano H., Arakawa R., Okumura M., Otsuka T., Kodaka F., Hayashi M., Okubo Y., Ito H., Suhara T. Differential contributions of prefrontal and

- hippocampal dopamine D(1) and D(2) receptors in human cognitive functions // *J. Neurosci*, 2008. Vol. 28(46). P. 12032–12038.
107. Thomsen K.R., Whybrow P.C., Kringsbach M.L. Reconceptualizing anhedonia: novel perspectives on balancing the pleasure networks in the human brain // *Front. Behav. Neuroscience*, 2015. Vol. 9(49).
108. Trivedi M.S., Jarbe T. A brief review on recent developments in animal models of schizophrenia // *Indian J Pharmacol*, 2011. Vol. 43(4). P. 375–380.
109. Tsuang M.T., Stone W.S., Faraone S.V. Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*, 2000. Vol. 157. P. 1041–1050.
110. Volkow N.D., Fowler J.S., Wang G.J., Goldstein R.Z. Role of dopamine, the frontal cortex and memory circuits in drug addiction: insight from imaging studies // *Neurobiol. Learn. Mem*, 2002. Vol. 78. P. 610–624.
111. Waelti P, Dickinson A, Schultz W: Dopamine responses comply with basic assumptions of formal learning theory // *Nature*, 2001. Vol. 412. P. 43–48.
112. Watson D., Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety // *J. Consult. Clin. Psychol*, 1969. Vol. 33. P. 448–457.
113. Wise R.A. Dopamine and reward: the anhedonia hypothesis 30 years on // *Neurotox. Res*, 2008. V. 14. P. 169–183.
114. Zigmond A., Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale // *Acta Psychiat. Scand*, 1983. Vol. 67(6). P. 361–370.

## Приложение

---

---

Бланк адаптированной на российской выборке методики измерения социальной агнедонии у лиц старше 18 лет.

Инструкция:

Пожалуйста, внимательно прочтите приведенные ниже утверждения, касающиеся Ваших переживаний. Оцените каждый пункт как «Верно» или «Неверно» по отношению к Вашим переживаниям. Пожалуйста, не пропускайте ни одного пункта даже в том случае, если Вы не вполне уверены в ответе (в этом случае дайте наиболее подходящий ответ). Если Вы имеете опыт воздействия на Вас психоактивных (наркотических) веществ или сильнодействующих медикаментов, то отвечайте так, как бывает вне такого воздействия, в Вашем обычном состоянии.

### Пункты опросника RSAS:

1. Я чувствую себя лучше и комфортнее, когда узнаю больше о чувствах своих друзей. (-)
2. Обычно я чувствую себя комфортно, только если я остаюсь один, размышляя или мечтая о чем-то.
3. Когда рядом со мной кто-то находится в угнетенном состоянии, это негативно влияет на меня тоже. (-)
4. Хотя я и знаю, что должен чувствовать привязанность к некоторым людям, на самом деле я не чувствую ее.
5. Мои отношения с другими людьми никогда не бывают особенно интенсивными.
6. Я предпочитаю хобби и развлечения, которые не предполагают участия других людей.
7. Когда другие люди пытаются рассказать мне о своих проблемах и «повесить» их на меня, я обычно слушаю их с интересом и вниманием. (-)
8. Хотя есть некоторые вещи, которые я люблю делать один, я получаю больше удовольствия, если делаю их совместно с кем-либо. (-)
9. Есть вещи более важные для меня, чем уединение. (-)
10. Поиск новых друзей не стоит той энергии, которую необходимо на это тратить.
11. В школе я никогда не имел действительно близких друзей.

12. Когда что-то радует моих близких друзей, я тоже хорошо себя чувствую. (-)
13. Просмотр телевизора я предпочитаю общению с другими людьми.
14. Поездка на автомобиле намного более приятна, если рядом со мной кто-то есть. (-)
15. Я люблю звонить тем друзьям и родным, которые живут далеко. (-)
16. Обычно я предпочитаю компанию домашних животных компании людей.
17. Когда я остаюсь один, меня часто раздражают те, кто позвонил или неожиданно навестил меня.
18. Мне было очень тяжело видеть, как все мои школьные друзья пошли разными путями после того, как мы закончили школу. (-)
19. Иметь близких друзей не столь важно, как принято считать.
20. Человек обычно чувствует себя намного лучше, когда он воздерживается от эмоциональной связи со многими людьми.
21. Когда я знаю, что у меня есть заботливые друзья, я чувствую себя в безопасности. (-)
22. Иногда я сильно привязываюсь к людям, с которыми провожу много времени. (-)
23. Люди иногда думают обо мне, что я стеснителен, а я просто хочу, чтобы меня оставили в покое.
24. Только когда я с друзьями, я могу чувствовать себя по-настоящему хорошо. (-)
25. Люди, которые пытались узнать меня получше, обычно после этого оставляли меня.
26. Я вполне мог бы быть счастлив, если бы проживал одиноко в хижине в лесу или в горах.
27. Когда я попадаю в новый город, я чувствую сильное желание обзавестись новыми друзьями. (-)
28. Я человек слишком независимый для того, чтобы действительно привязываться к другим людям.
29. Мои эмоциональные реакции не похожи на реакции других людей.
30. Когда что-то меня беспокоит, я люблю обсуждать это с окружающими. (-)
31. Люди часто ожидают, что я потрачу гораздо больше времени на разговоры с ними, чем я действительно готов потратить.
32. Есть немного вещей, так же утомляющих, как долгие личные разговоры с кем-либо.
33. Говоря честно, я не чувствую себя близким даже по отношению к своим друзьям.
34. Если есть возможность выбора, я предпочту пообщаться с людьми, чем побыть одному. (-)

- 
- 
35. Часто трудно прервать разговор с другом, даже если у тебя есть иные дела. (-)
  36. Полагаю, что люди слишком часто считают, что их дела и мнения мне интересны.
  37. Я придаю небольшое значение наличию близких друзей.
  38. Играть с детьми — это реальная работа.
  39. Большое удовольствие — смотреть на фотографии друзей. (-)
  40. Это приятно — петь вместе с другими людьми.
  41. (-)

**Рычкова Ольга Валентиновна,  
Холмогорова Алла Борисовна**

**Адаптация шкалы ориентации  
«Социальная ангедония»  
на российской выборке**

*Методическое пособие*

*Издание не подлежит маркировке  
в соответствии с п. 1 ч. 4 ст. 11 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. 2,9. Уч.-изд. л. 3,2.  
Гарнитура «Миньон». 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](mailto: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](mailto:forum-ir@mail.ru)