

Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического и аффективного спектров

Холмогорова А.Б.,

доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России); декан, факультет консультативной и клинической психологии, ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, kholmogorova@yandex.ru

Царенко Д.М.,

кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, лаборатория клинической психологии и психотерапии, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России), Москва, Россия, dropship@rambler.ru

Москачева М.А.,

младший научный сотрудник, лаборатория клинической психологии и психотерапии, Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского (ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России), Москва, Россия, moskacheva.m@gmail.com

В статье приводятся результаты исследования способности к ментализации и эмпатии у пациентов, относящихся к двум спектрам психической патологии – шизофреническому и аффективному. В общей сложности были обследованы 199 пациента с расстройствами шизофренического и аффективного спектров (97 мужчин и 102 женщины, средний возраст – 33,5±10,1 лет). Из них 52 пациента с диагнозом тревожных и депрессивных расстройств, 25 пациентов с диагнозом биполярное аффективное расстройство, 35 пациентов с шизоаффективным расстройством и 87 пациентов с диагнозом параноидная шизофрения. Также была обследована группа здоровых испытуемых – 79 человек. Для оценки способности к ментализации использован тест «Чтение психического состояния по глазам» (Reading the mind in the Eyes), разработанный S. Baron-Cohen. Для исследования способности к эмпатии применялся опросник «Индекс межличностной реактивности» (Interpersonal Reactivity Index), разработанный M. Davis. Оценка выраженности клинических симптомов осуществлялась с помощью Опросника

выраженности психопатологической симптоматики (Symptom Checklist-90-Revised) и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale). Установлено, что показатели способности к ментализации у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров образуют континуум, в котором способность к ментализации повышается от больных расстройствами шизофренического спектра к больным расстройствами аффективного спектра и далее к здоровым испытуемым. Анализ показателей эмпатических способностей у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров свидетельствует о неадекватной самооценке больными способностей к смене позиции и к проявлению эмпатической заботы. В то же время у больных присутствует более высокий уровень эмпатического дистресса по сравнению с группой здоровых лиц.

Ключевые слова: социальное познание, ментализация, эмпатия, расстройства шизофренического спектра, расстройства аффективного спектра.

Для цитаты:

Холмогорова А.Б., Царенко Д.М., Москачева М.А. Нарушения социального познания при расстройствах шизофренического и аффективного спектров [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 4. С. 103–117. doi: 10.17759/psyclin.2016050408

For citation:

Kholmogorova, A.B., Tsarenko, D.M., Moskacheva, M.A. The Social Cognition Impairments of People with Schizophrenia and Affective Spectrum Disorders [Elektronnyi resurs]. Clinical Psychology and Special Education [Klinicheskaiia i spetsial'naiia psikhologiiia], 2016, vol. 5, no. 4, pp. 103–117. doi: 10.17759/psycljn.2016050408 (In Russ., abstr. in Engl.)

Введение

В настоящее время нарушения социального познания при различных психических расстройствах вызывают особый интерес у психиатров и клинических психологов [3; 13]. Дефицитарность в области социальных когниций может являться основой серьезных нарушений поведения, а также затруднений повседневного и социального функционирования пациентов, что определяет необходимость описания специфики нарушений социального познания у разных категорий больных [16].

Социальное познание – многомерное понятие, отражающее такие способности человека, как понимание других людей и своего собственного соматопсихического состояния, а также мотивацию человека к межличностным контактам [6].

Широко принятым в исследованиях социального познания является понятие *ментализации* как важной основы социальной адаптации. Ментализация, или рефлексивное функционирование (reflective functioning), – это способность

создавать репрезентации как собственного психического состояния (эмоций, мыслей, намерений, желаний и т.д.), так и состояния других людей, а также понимать их природу и влияние на поведение [15]. Выделяют два вида ментализации – имплицитную и эксплицитную. Последняя представляет собой собственно рефлексивное функционирование, а имплицитная ментализация – это свернутый, в значительной степени автоматизированный процесс, который соотносим с операциональным компонентом социального познания. В данном исследовании тестировалась способность к имплицитной ментализации с помощью методики, направленной на проверку способности к распознаванию психического состояния другого человека по выражению его глаз.

Сравнительные исследования социального познания в форме способности к ментализации у больных разных диагностических категорий важны для оценки модели спектра психической патологии. Особое внимание привлекают диагностические единицы, составляющие шизофренический и аффективный спектры расстройств, и исследование социального познания при биполярном и шизоаффективном расстройствах, лежащих на пересечении этих важных спектров [7]. Нарушения социального познания у больных в широком ряду психических расстройств, входящих в аффективный и шизофренический спектры психической патологии, до сих пор оставались малоизученными.

Наряду с активным изучением способности к ментализации, отмечается растущий интерес к эмпатии как важной составляющей процесса социального познания.

Несмотря на актуальность данной проблематики, число работ, посвященных исследованию эмпатических способностей у психически больных людей, невелико, а полученные результаты по отдельным пунктам не вполне однозначны и носят полемический характер: существуют значительные расхождения в позициях ученых не только относительно структуры эмпатической способности, но и характера связей между процессами ментализации и эмпатии [1; 14].

Сравнительные исследования эмпатических способностей у больных разных диагностических групп важны как для оценки моделей спектра, так и для выделения специфических «мишеней» помощи. Нарушения эмпатических способностей в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров остаются недостаточно изученными.

Методы и материалы исследования

Цель исследования – оценить способности к ментализации и эмпатии у пациентов, относящихся к двум спектрам психической патологии – шизофреническому и аффективному.

В общей сложности были обследованы 199 пациентов с расстройствами шизофренического и аффективного спектров (97 мужчин и 102 женщины, средний

возраст составил $33,5 \pm 10,1$ лет), диагностированными врачами-психиатрами на основе критериев Международной классификации болезней Десятого пересмотра (МКБ-10).

В *первую группу* вошли 77 пациентов с расстройствами аффективного спектра (18 мужчин, 59 женщин, средний возраст – $33,6 \pm 10,5$ лет). Из них 52 пациента имели диагноз тревожных и депрессивных расстройств (11 мужчин и 41 женщина, средний возраст – $33,4 \pm 11,8$ лет). В том числе 27 пациентов с тревожными расстройствами (расстройства адаптации – F43.2, соматоформные расстройства – F45, другие тревожные расстройства – F41) и 25 пациентов с депрессивными расстройствами разной степени тяжести без психотических симптомов – F32, F33. Также в группу расстройств аффективного спектра были включены 25 пациентов с диагнозом биполярное аффективное расстройство – F31 – текущий эпизод депрессии разной степени тяжести без психотических симптомов (7 мужчин и 18 женщин, средний возраст – $33,5 \pm 7,3$ лет). Средняя длительность заболевания составляла $8,8 \pm 6,6$ лет.

Вторую группу составили 122 пациента с расстройствами шизофренического спектра (79 мужчин и 43 женщины, средний возраст – $33,5 \pm 9,9$ лет). Из них 35 пациентов с шизоаффективным расстройством – F25 (20 мужчин и 15 женщин, средний возраст – $30,7 \pm 8,9$ лет). Средняя длительность заболевания – $7,0 \pm 6,0$ лет. Также в группу расстройств шизофренического спектра были включены 87 пациентов с параноидной шизофренией – F20.0 (59 мужчин и 28 женщин, средний возраст – $34,8 \pm 10,0$ лет). Средняя длительность заболевания составила $10,7 \pm 8,5$ лет.

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

Третью группу составили 79 здоровых испытуемых, отобранных из популяционной группы никогда не обращавшихся за психиатрической помощью (31 мужчина и 48 женщин, средний возраст – $33,2 \pm 7,1$ лет) на основе предварительного обследования с помощью самооценочных шкал психопатологической симптоматики – Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (HADS) и Опросника выраженности психопатологической симптоматики (SCL-90-R).

Группы значимо не различались между собой по возрасту. В группах респондентов с расстройствами шизофренического спектра преобладали мужчины, в группах респондентов с расстройствами аффективного спектра и нормы – женщины.

Для исследования способности к ментализации был выбрана одна из наиболее известных методик для оценки имплицитной ментализации «Чтение психического состояния по глазам» (The Reading the Mind In the Eyes), или сокращенно тест «Глаза» [8]. Тест прошел апробацию и валидизацию на российской выборке испытуемых [2]. Методика заключается в предъявлении 16 карточек с изображениями области глаз с инструкцией выбрать из четырех написанных на карточке слов, обозначающих

различные эмоциональные и нейтральные психические состояния, одно, наиболее соответствующее выражению глаз на предъявляемой карточке. Более высокий суммарный балл по тесту отражает лучшую способность к ментализации. Пол и возраст не оказывают влияния на результаты испытуемых [2].

Для исследования способности к эмпатии был выбран распространенный опросник «Индекс межличностной реактивности» (Interpersonal Reactivity Index, IRI), разработанный М. Дэвисом (M. Davis) и адаптированный Т.Д. Карягиной, Н.А. Будаговской и С.В. Дубровской [1]. Задача испытуемого – отвечать на разные вопросы, тестирующие эмпатическую способность, оценивая особенности своего поведения и эмоционального реагирования в той или иной ситуации. Опросник состоит из 28 пунктов, сгруппированных в 4 подшкалы:

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

Для оценки психопатологической симптоматики проводилось клинико-психопатологическое исследование, а также использовались два симптоматических опросника: Опросник выраженности психопатологической симптоматики – Symptom checklist-90-Revised (SCL-90-R) [9], 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; и Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS) [17], предназначенная для первичного выявления симптомов тревоги и депрессии. Шкала состоит из 14 утверждений: 7 относятся к подшкале Тревоги и 7 – к подшкале Депрессии.

Обработка материалов осуществлялась с помощью непараметрических методов сравнительного анализа (U-критерий Манна–Уитни и H-критерий Краскела–Уоллиса).

Результаты и их обсуждение

Сравнение у пациентов средних значений показателей Госпитальной шкалы тревоги и депрессии, а также клинической шкалы самоотчета SCL-90-R позволило выявить у больных с расстройствами аффективного спектра значимо бóльшую

выраженность тревоги ($p=0,006$), депрессии ($p=0,004$), соматизации ($p=0,026$) и на уровне тенденции враждебности ($p=0,054$) по сравнению с респондентами с расстройствами шизофренического спектра. В свою очередь, пациенты с расстройствами шизофренического спектра на уровне тенденции отличались большей выраженностью показателя параноидного мышления по SCL-90-R ($p=0,061$) от больных расстройствами аффективного спектра. Это соответствует клинико-диагностическим характеристикам расстройств, входящих в шизофренический и аффективный спектры.

Все средние показатели опросников психопатологической симптоматики в группе здоровых испытуемых находились в пределах нормы и значимо отличались от клинических групп.

На рис. 1 приведена гистограмма, на которой показан средний балл по тесту «Глаза» в группах больных с расстройствами шизофренического спектра, пациентов с расстройствами аффективного спектра и здоровых испытуемых. На рисунке видно, что способность к ментализации наименее развита у больных с расстройствами шизофренического спектра. По этому параметру они существенно ($p \leq 0,001$) отличаются как от больных с расстройствами аффективного спектра, так и от здоровых испытуемых. В свою очередь, группа пациентов с расстройствами аффективного спектра не так существенно (на уровне тенденции) отличается от группы здоровых людей. Это обстоятельство отражает большую сохранность способности к ментализации у больных тревожными и депрессивными расстройствами, относящихся к аффективному спектру психической патологии.

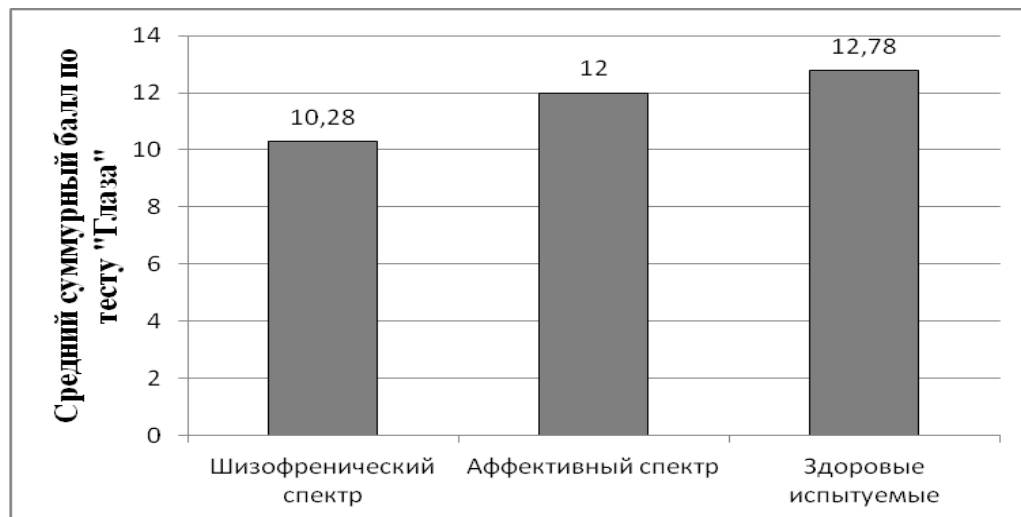


Рис. 1. Средний балл по тесту «Глаза» в группах больных с расстройствами шизофренического спектра, аффективного спектра и здоровых испытуемых

Примечание. Значимость различий между группами (U-критерий Манна-Уитни): здоровые и больные с расстройствами аффективного спектра – $p \leq 0,1$; здоровые и больные с расстройствами шизофренического спектра – $p \leq 0,001$; больные с расстройствами аффективного и с расстройствами шизофренического спектров – $p \leq 0,001$.

Полученные результаты исследования социального познания в форме способности к ментализации подтверждают модель спектра как континуума тяжести нарушений, направленной в сторону снижения от шизофренического спектра к аффективному. Это согласуется с данными зарубежных исследований, свидетельствующих о меньшей выраженности нарушения социального познания при расстройствах, входящих в аффективный спектр, чем при расстройствах шизофренического спектра [12], и об ухудшении способности к ментализации у больных расстройствами аффективного спектра в сравнении со здоровыми лицами [10].

Для исследования способности к эмпатии у больных расстройствами аффективного и шизофренического спектров был проведен сравнительный анализ в трех группах испытуемых. Так как на основе метода двухфакторного анализа ANOVA (2x3) был установлен факт влияния пола на способность к эмпатии (женщины обладают более высокими показателями эмпатической способности, чем мужчины), группа больных расстройствами шизофренического спектра (где по сравнению с другими группами преобладали пациенты мужского пола) была выравнена по полу.

На рис. 2, 3, 4 и 5 представлены графики со средними баллами по подшкалам опросника «Индекс межличностной реактивности» (IRI) в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых.

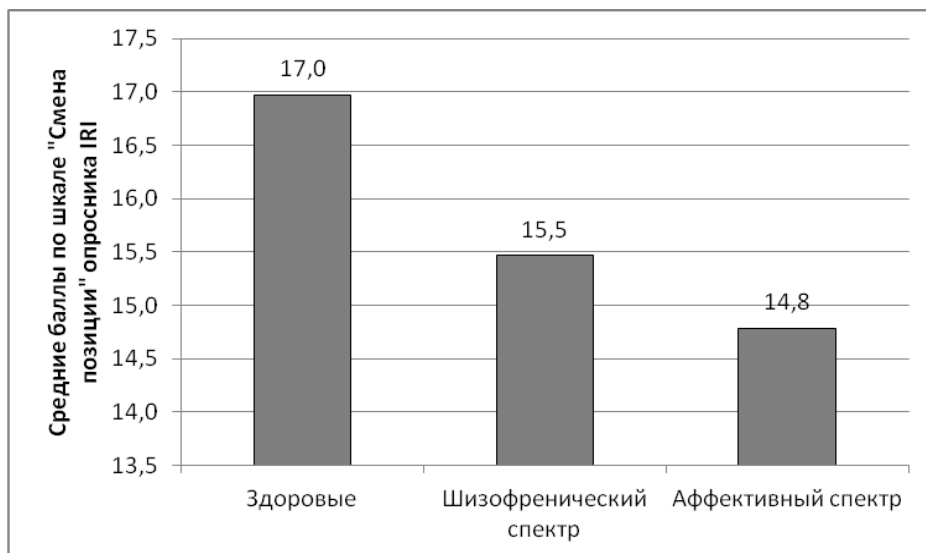


Рис. 2. Средний балл по шкале Смена позиции опросника IRI в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых

Примечание. Статистически значимых различий между группами нет (Н-критерий Краскела–Уоллиса, $p > 0,05$).

На рис. 2 видно, что наибольшие средние значения по шкале Смена позиции имеет группа здоровых испытуемых. Однако статистически значимых различий по показателю способности к смене позиции между группами больных расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых установлено не было, что может быть связано как с малым объемом выборки, так и ограничениями методов самоотчета.

Несмотря на отсутствие статистически достоверных межгрупповых различий, средний балл по шкале Фантазирование опросника IRI в тенденции выше у респондентов с расстройствами аффективного спектра, чем у респондентов с расстройствами шизофренического спектра (рис. 3). Возможным объяснением данного факта может быть наличие у последних социальной ангедонии, отрицательно связанной со способностью понимать действия и чувства других людей, а также ставить себя на их место. Для больных с аффективными расстройствами (биполярное аффективное расстройство, тревожные и депрессивные расстройства) характерна склонность к эмоциональному заражению [5], что может быть причиной сильной идентификации (граничащей с отождествлением и недостаточным пониманием условности художественного текста) с вымышленными персонажами.

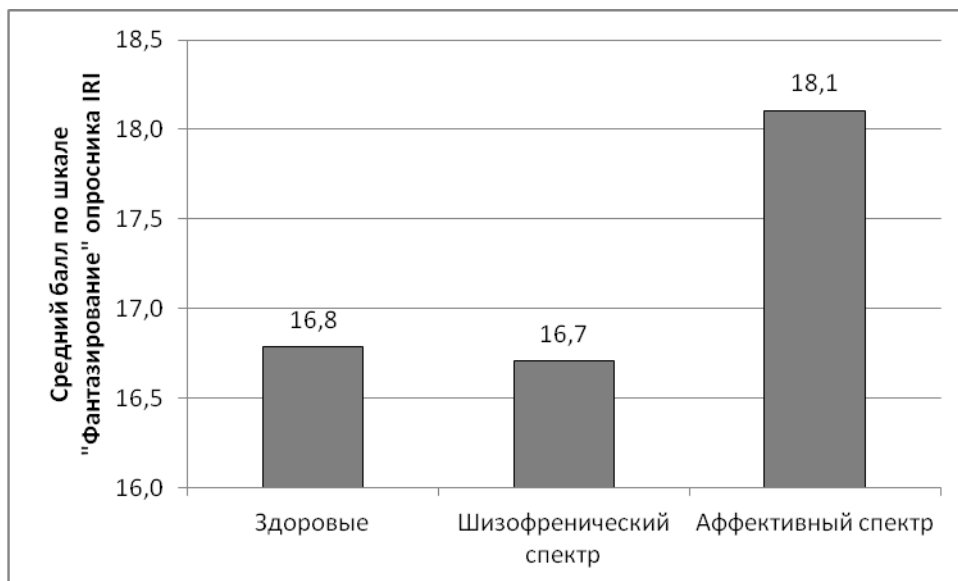


Рис. 3. Средний балл по шкале Фантазирование опросника IRI в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, а также здоровых испытуемых

Примечание. Статистически значимых различий между группами нет (Н-критерий Краскела-Уоллиса, $p > 0,05$).

На рис. 4 видно, что самооценка спектров способности к эмпатической заботе у лиц с расстройствами шизофренического и аффективного спектров совпадает с

самооценкой здоровых лиц: больные не склонны признавать наличие дефицита данной способности. В то же время склонность пациентов испытывать эмпатический дистресс в эмоционально насыщенных ситуациях позволяет выдвинуть предположение о специфическом соотношении форм эмоциональной эмпатии у больных данных групп: их эмпатийная способность представлена в основном склонностью к примитивному эмоциональному заражению; при этом отмечается дефицит умения понимать чувства окружающих, сопереживать им. Данное предположение нуждается в дополнительной проверке на расширенной выборке испытуемых с применением объективных методов оценки эмпатических способностей.

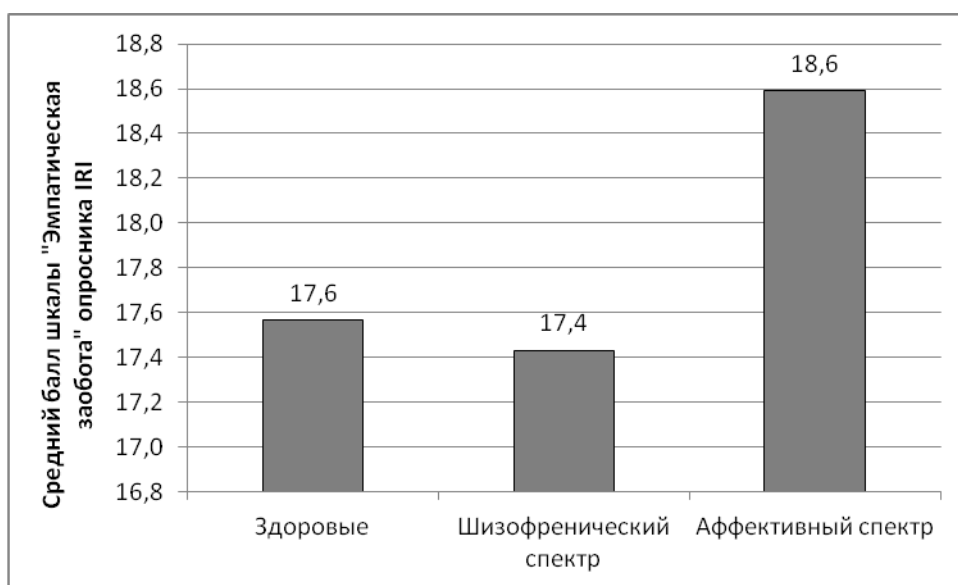


Рис. 4. Средний балл по шкале Эмпатическая забота опросника IRI в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров и здоровых испытуемых

Примечание. Статистически значимых различий между группами нет (Н-критерий Краскела-Уоллиса, $p > 0,05$).

Рис. 5 содержит графическую информацию о средних значениях по шкале Эмпатический дистресс опросника IRI в группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров и здоровых испытуемых. На рисунке видно, что здоровые испытуемые в меньшей степени склонны к переживанию эмпатического дистресса в эмоционально-насыщенных ситуациях, чем люди с расстройствами аффективного и шизофренического спектров. Между группами больных расстройствами шизофренического и аффективного спектров статистически значимых различий нет, однако средний балл по шкале Эмпатический дистресс выше в группе больных аффективными расстройствами, что может быть связано с преобладанием в клинической картине данных расстройств аффективных симптомов.

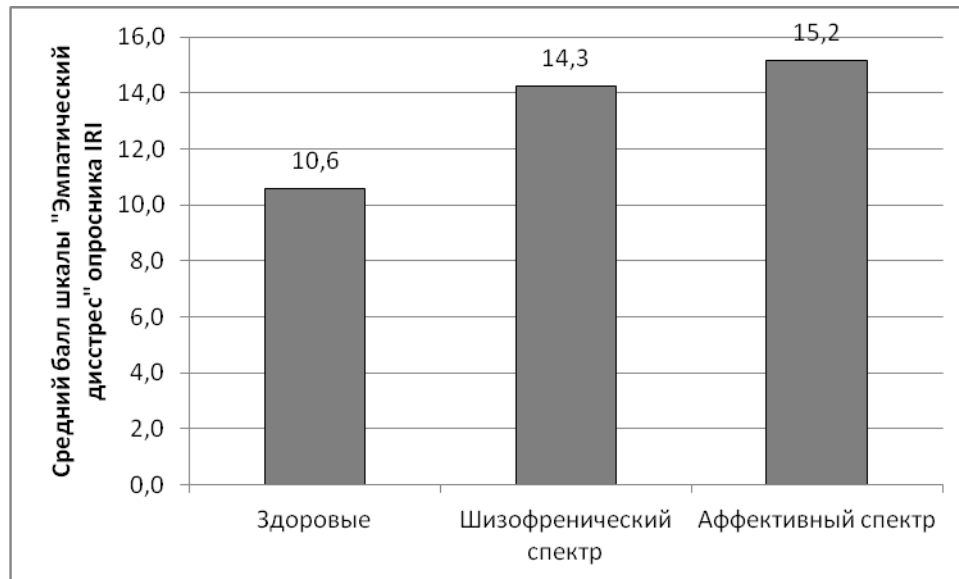


Рис. 5. Средний балл по шкале Эмпатический дистресс опросника IRI в объединенных группах больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров и здоровых испытуемых

Примечание. Значимость различий между группами (U-критерий Манна-Уитни): здоровые и больные с расстройствами аффективного спектра – $p \leq 0,001$; здоровые и больные с расстройствами шизофренического спектра – $p \leq 0,001$; больные с расстройствами аффективного и с расстройствами шизофренического спектров – $p > 0,05$.

Впервые проведенное исследование разных компонентов эмпатических способностей у разных категорий больных на основе самооценочного опросника показывает, что практически все больные склонны высоко оценивать свои способности к смене позиции, к взгляду на ситуацию глазами другого человека, а также к сопереживанию другим. Необходимо отметить, что данные сравнительного анализа эмпатии получены при помощи самоотчетов пациентов и отражают субъективную оценку больными своих способностей, по всей видимости, со склонностью к их завышению. При этом недостаточная надежность оценки эмпатических способностей при использовании опросниковых методов (пациенты заметно недооценивают имеющиеся у них нарушения эмпатической способности) показана и зарубежными исследователями [11].

Таким образом, показатели способности к ментализации у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, полученные по методике «Распознавание психического состояния по глазам», образуют континуум, в котором способность к ментализации повышается от больных расстройствами шизофренического спектра к больным расстройствами аффективного спектра и далее к здоровым испытуемым. При этом проведенный в рамках другого исследования дифференцированный анализ способности к ментализации с учетом диагностических категорий, входящих в спектры патологии, показал, что способность к ментализации повышается в ряду от больных шизофренией к

больным с шизоаффективным расстройством и биполярным расстройством и далее к объединенной группе тревожных и депрессивных расстройств, показатели которых уже значимо не отличаются от группы здоровых лиц [4]. Это служит косвенным доказательством широко дискутируемой в современной научной литературе модели спектрального континуума психических расстройств.

Результаты анализа показателей эмпатических способностей у больных с расстройствами шизофренического и аффективного спектров, полученных на основе опросника «Индекс межличностной реактивности» М. Дэвиса, свидетельствуют о неадекватной самооценке больными своей способности к смене позиции и проявлению эмпатической заботы. В тоже время у них присутствует более высокий уровень эмпатического дистресса по сравнению с группой здоровых лиц. Это позволяет выделить специфические «мишени» психотерапевтической работы в рамках комплексного лечения людей с расстройствами шизофренического и аффективного спектров.

Финансирование:

Исследование выполнено при поддержке гранта Российского научного фонда (грант № 14-18-03461) на базе ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России.

Литература

1. *Карягина Т.Д., Будаговская Н.А., Дубровская С.В.* Адаптация многофакторного опросника эмпатии М. Дэвиса // *Консультативная психология и психотерапия.* 2013. № 1. С. 202–227.
2. Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом на основе методики «Понимание психического состояния по глазам» / *А.Б. Холмогорова [и др.]* // *Экспериментальная психология.* 2015. Т. 8. № 3. С. 99–117.
3. *Холмогорова А.Б.* Природа нарушений социального познания при психической патологии: как примирить «био» и «социо»? // *Консультативная психология и психотерапия.* 2014. № 4. С. 8–29.
4. *Холмогорова А.Б., Москачева М.А., Царенко Д.М.* Нарушения социального познания в контексте двух спектров психической патологии: шизофренического и аффективного // *На стыке двух спектров: нарушения социального познания при биполярном и шизоаффективном расстройствах.* Монография / Под ред. А.Б. Холмогоровой. М.: Неолит, 2016. С. 163–196.
5. *Юдеева Т.Ю., Царенко Д.М., Довженко Т.В.* Нарушения социального познания и социальной адаптации у пациентов с биполярным аффективным расстройством // *Консультативная психология и психотерапия.* 2014. Т. 22. № 4. С. 44–64.

6. *Amodio D.M., Frith C.D.* Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition // *Nat Rev Neurosci.* 2006. Vol. 7. № 4. P. 268–277.
7. *Anthony C.R., James L.R., Leah H.R., et al.* Emotion recognition deficits in schizophrenia-spectrum disorders and psychotic bipolar disorder: Findings from the bipolar-schizophrenia network on intermediate phenotypes (B-SNIP) // *Study Schizophr Res.* 2014. Vol. 158. Iss. 1–3. P. 105–112.
8. *Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J., et al.* The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A study with normal adults, and adults with Asperger Syndrome or high-functioning autism // *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2001. Vol. 42. № 2. P. 241–251.
9. *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.
10. *Donohoe G., Duignan A., Hargreaves A.* Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: Comparability in mental state decoding deficits // *Bipolar Disord.* 2012. Vol. 14. № 7. P. 743–748.
11. *Bora E., Gökçen S., Veznedaroglu B.* Empathic abilities in people with schizophrenia // *Psychiatry Res.* 2008. Vol. 160. P. 23–29.
12. *Bora E., Pantelis C.* Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis // *Schizophr Res.* 2016. Vol. 175. Iss. 1–3. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.018.
13. *Burns J.* The social brain hypothesis of schizophrenia // *World psychiatry.* 2006. Vol. 5. № 2. P. 77–81.
14. *Kanske P., et al.* Are strong empathizers better mentalizers? Evidence for independence and interaction between the routes of social cognition // *Social Cognitive and Affective Neuroscience.* 2016. Vol. 0. № 0. P. 1–10.
15. *Karlsson R., Kermott A.* Reflective functioning during the process in brief psychotherapies // *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training.* 2006. Vol. 43. № 1. P. 65–84.
16. *Lahera G., et al.* Theory of mind deficit in bipolar disorder: is it related to a previous history of psychotic symptoms? // *Psychiatry Res.* 2008. № 161. P. 309–317.
17. *Zigmond A.S., Snaith R.P.* The Hospital Anxiety and Depression Scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica.* 1983. Vol. 67. № 6. P. 361–370.

The Social Cognition Impairments of People with Schizophrenia and Affective Spectrum Disorders

Kholmogorova, A.B.,

Doctor of Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky; Dean of the Faculty Advisory and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russia, kholmogorova@yandex.ru

Tsarenko, D.M.,

PhD. (Medicine), Senior Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia, dropship@rambler.ru

Moskacheva, M.A.,

Junior Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, State Research Center for Social and Forensic Psychiatry named after V.P. Serbsky, Moscow, Russia, moskacheva.m@gmail.com

Funding

This work was supported by grant RSF № 14-18-03461 on the basis of the Serbsky State Scientific Center for Social and Forensic Psychiatry.

References

1. Karyagina T.D., Budagovskaya N.A., Dubrovskaya S.V. Adaptatsiya mnogofaktornogo oprosnika empatii M. Devisa [Adaptation Devis multifactorial questionnaire of empathy]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and psychotherapy]*, 2013, no. 1, pp. 202–227.
2. Kholmogorova A.B., et al. Svrnvenie sposobnosti k mentalizatsii u bol'nykh shizofreniei i shizoaffektivnym psikhozom na osnove metodiki «Ponimanie psikhicheskogo sostoyaniya po glazam» [Comparison of the ability to mentalization in patients with schizophrenia and schizoaffective psychosis based on the methodology "Reading the mind in the Eyes"]. *Ekspertimental'naya psikhologiya [Experimental psychology]*, 2015, vol. 8, no. 3, pp. 99–117.

3. Kholmogorova A.B. Priroda narushenii sotsial'nogo poznaniya pri psikhicheskoi patologii: kak primirit' «bio» i «sotsio»? [The nature of social cognition disorders with mental disorders: how to reconcile the "bio" and "socio"?]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya [Counseling Psychology and psychotherapy]*, 2014, no. 4, pp. 8–29.

4. Kholmogorova A.B., Moskacheva M.A., Tsarenko D.M. Narusheniya sotsial'nogo poznaniya v kontekste dvukh spektrov psikhicheskoi patologii: shizofrenicheskogo i affektivnogo [Violations of social cognition in the context of the two spectra of mental pathology: schizophrenia and affective]. In A.B. Kholmogorova (ed.) *Na styke dvukh spektrov: narusheniya sotsial'nogo poznaniya pri bipolyarnom i shizoaffektivnom rasstroistvakh [At the junction of two spectra: impaired social cognition in bipolar and schizoaffective disorders]*. Moscow: Neolit, 2016, pp. 163–196.

5. Yudeeva T.Yu., Tsarenko D.M., Dovzhenko T.V. Narusheniya sotsial'nogo poznaniya i sotsial'noi adaptatsii u patsientov s bipolyarnym affektivnym rasstroistvom [Violations of social cognition and social adaptation in patients with bipolar disorder]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. [Counseling Psychology and psychotherapy]*, 2014, vol. 22, no. 4, pp. 44–64.

6. Amodio D.M., Frith C.D. Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nat Rev Neurosci*, 2006, vol. 7, no. 4, pp. 268–277.

7. Anthony C.R., James L.R., Leah H.R. et al. Emotion recognition deficits in schizophrenia-spectrum disorders and psychotic bipolar disorder: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP). *Study Schizophr Res*, 2014, vol. 158, iss. 1–3, pp. 105–112.

8. Baron-Cohen S., et al. The “Reading the Mind in the Eyes” Test Revised Version: A study with normal adults, and adults with Asperger Syndrome or high-functioning autism. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2001, vol. 42, no. 2, pp. 241–251.

9. 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, pp. 280–289.

10. Donohoe G., Duignan A., Hargreaves A. Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits. *Bipolar Disord*, 2012, vol. 14, no. 7, pp. 743–748.

11. Bora E., Gökçen S., Veznedaroglu B. Empathic abilities in people with schizophrenia. *Psychiatry Res*, 2008, vol. 160, pp. 23–29.

12. Bora E, Pantelis C. Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis. *Schizophr Res*, 2016, vol. 175, iss. 1–3. doi: 10.1016/j.schres.2016.04.018.

13. Burns J. The social brain hypothesis of schizophrenia. *World Psychiatry*, 2006, vol. 5, no. 2, pp. 77–81.

14. Kanske P. et al. Are strong empathizers better mentalizers? Evidence for independence and interaction between the routes of social cognition. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 2016, vol. 0, no. 0, pp. 1–10.

15. Karlsson R., Kermott A. Reflective functioning during the process in brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 2006, vol. 43, no. 1, pp. 65–84.

16. Lahera G., et al. Theory of mind deficit in bipolar disorder: is it related to a previous history of psychotic symptoms? *Psychiatry Res*, 2008, no. 161, pp. 309–317.
Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, vol. 67, no. 6, pp. 361–370.

17. Zigmond A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983, vol. 67, no. 6, pp. 361–370.