

АДАПТАЦИЯ МЕТОДИКИ ДИАГНОСТИКИ СОЦИАЛЬНОЙ АНГЕДОНИИ (RSAS) НА РОССИЙСКОЙ ВЫБОРКЕ

О.В. РЫЧКОВА*,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,
Москва, Россия,
rychkovao@bk.ru

А.Б. ХОЛМОГороВА**,

Московский научно-исследовательский институт психиатрии —
филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России,
ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия,
kholmogorova@yandex.ru

Для цитаты:

Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Адаптация методики диагностики социальной ангедонии (RSAS) на российской выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2016. Т. 24. № 4. С. 62—96. doi: 10.17759/cpp20162404004

* *Рычкова Ольга Валентиновна*, доктор психологических наук, ведущий научный сотрудник, лаборатория клинической психологии и психотерапии ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, Москва, Россия, rychkovao@bk.ru

** *Холмогорова Алла Борисовна*, доктор психологических наук, профессор, заведующая лабораторией клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии — филиала ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России, заведующая кафедрой клинической психологии и психотерапии, декан факультета консультативной и клинической психологии ФГБОУ ВО МГППУ, Москва, Россия, kholmogorova@yandex.ru

Ангедония (иногда гипогедония) отражает дефицит способности к переживанию удовольствия. Интерес клинических психологов и психопатологов к концепту 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. Revised Social Anhedonia Scale (RSAS) была создана для оценки степени выраженности социальной ангедонии, апробирована во многих странах, широко использовалась в исследованиях. 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). Настоящая статья излагает результаты оценки психометрических характеристик RSAS и применимости методики для российской выборки.

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

Ангедония как психологический и психопатологический феномен

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 в психиатрии, особенно в шизофренологии. У. Джеймс рассматривал ангедонию как тип патологической депрессии, но пониманию высокой значимости нарушенной способности к получению удовольствия для психического здоровья человека мы обязаны психоаналитикам. Хотя З. Фрейд не использовал понятие ангедонии, он акцентировал неспособность испытывать удовольствие у больных с психическими расстройствами. Стремление человека к удовольствию в психоанализе считается ядром мотивационной системы, а способность/неспособность к переживанию удовольствия — значимой характеристикой инстинктивной части личности человека (либидо). Поскольку в модели З. Фрейда либидо обеспечивает энергетическую составляющую мотивации, служит источником развития всех личностных структур, влияние дефицита гедонистических переживаний на различные аспекты личности очевидно.

Родоначальник концепции шизофрении Э. Блейлер отмечал при данном расстройстве «уплощение» аффекта как один из ключевых признаков; эта эмоциональная дефицитарность относится и к способности испытывать удовольствие. Изменение аффекта вошло в перечень четырех «А» по Э. Блейлеру (наряду с нарушениями ассоциаций, амбивалентностью и аутизмом) [24], ставших основой трактовки шизофрении для поколений психиатров. В дальнейшем шизофренология долгое время концентрировалась на изучении клинической феноменологии и когнитивных нарушений у пациентов, а интерес к дефицитам эмоциональной сферы был много меньше до момента, когда в 60-х гг. XX в. два независимых автора выдвинули идею о неспособности испытывать удовольствие от жизни (ангедонии) как ключевом дефиците при шизофрении. Это были S. Rado [65] и P.E. Meehl [62].

S. Rado полагал ангедонию следствием накопленного больными опыта переживания отрицательных эмоций [65], источником последних он считал социальные и психосоциальные факторы, что роднит его концепцию с психоаналитическими моделями. P.E. Meehl писал о лицах с генетически предопределенной первичной ангедонией, воспринимающих жизнь с отрицательной стороны, как полную опасностей, неудач, вследствие чего они сохраняют высокий уровень тревоги и напряжения. Такой тип реагирования, согласно P.E. Meehl, порождает уязвимость к шизофрении, и может предопределить манифестацию последней [62].

Шизотипию как особый личностный склад, включающий ангедонию и некоторые иные черты, P.E. Meehl полагал predisпозицией к шизофрении [63]. Позже он утверждал, что именно ангедония лежит в основе социальной изоляции, особого поведения избегания (schizotypal aversive drift), присущего личностям с шизоидными, шизотипическими чертами, и даже если это не приводит к развитию шизофренической симптоматики, такие лица остаются носителями указанных особенностей, либо можно квалифицировать у них проявления латентной шизофрении [61]. Концепции S. Rado и P.E. Meehl роднит признание чрезвычайного значения ангедонии для понимания генеза патологии шизофренического спектра, с чем солидарны и другие авторы [17; 43; 69; 72].

Исследователи L.J. Chapman и J.P. Chapman первоначально исходили из предположения о ключевой роли проявлений физической ангедонии (в виде переживаний общего физического дискомфорта, неудовольствия, глобально плохого самочувствия), что близко к биологическому дефекту, обозначенному в теоретических моделях З. Фрейда, S. Rado, P.E. Meehl [30]. Были зафиксированы многочисленные подтверждения симптомов физической ангедонии у больных шизофренией, связи физической ангедонии с бедными социальными и сексуальными отношениями. Социальная же ангедония трактовалась указанными исследователями

как вторичная, как следствие опыта неуспешного, неудовлетворительного социального взаимодействия. L.J. Chapman, J.P. Chapman стали и разработчиками первых шкал для измерения уровня ангедонии: физической — Physical Anhedonia Scale и социальной — Social Anhedonia Scale. Также ими были созданы иные опросники для оценки предрасположенности к развитию психоза: Шкала перцептивных искажений (Perceptual Aberration Scale) [29], Шкала импульсивной неконформности (Impulsive Nonconformity Scale) [28], Шкала магического мышления (Magical Ideation Scale) [34]. Проведенные популяционные исследования показали, что в случаях, когда значение по показателям перечисленных шкал выше на два и более стандартных отклонения, риск развития расстройства шизофренического спектра значимо возрастает [27; 44].

Позже предложена вторая версия опросника социальной ангедонии — Revised Social Anhedonia Scale (RSAS) [35]. Важно, что впоследствии высокий балл по этой шкале оказался наиболее надежным показателем предрасположенности к шизофрении, тогда как измерение физической ангедонии не подтвердило своей предсказательной силы [55; 63]. Этот вывод сделан на основе лонгитюда длительностью более 10 лет [27]; известный и передовой в свое время проект по изучению предикторов шизофрении — Нью-Йоркский проект изучения лиц из группы риска (The New York High-Risk Project) — также подтвердил значение ангедонии как фактора риска развития психоза в широкой популяции [36].

Вызывал полемику вопрос о соотношении ангедонии с иными симптомами эмоционального неблагополучия у больных шизофренией. Было установлено, что выраженность социальной ангедонии сопряжена с ростом числа негативных эмоций, а уменьшение диапазона положительных эмоций сопровождается повышением показателей как социальной, так и физической ангедонии [20]. Постепенно сниженную способность испытывать удовольствие от социального взаимодействия стали квалифицировать как один из ключевых эмоциональных дефицитов при шизофрении, в значительной степени предопределяющий нарушения социального функционирования у пациентов [22; 23].

Лицам без психотических симптомов, но с шизоидными чертами также оказалась присуща высокая социальная ангедония, причем показатель по тесту RSAS обладал наибольшей дифференцирующей силой для отделения субъектов с шизоидными особенностями от лиц с доминирующими чертами других типов личности [25]. Для шизоидных личностей доказана значимая связь параметров социальной ангедонии с иными предпсихотическими проявлениями [33; 56], с нарушениями социальной адаптации, проблемами во взаимоотношениях с членами семьи [22].

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 [51; 52]. Причем у лиц без психических расстройств, но с ангедонистическими тенденциями ответы на сложные социальные стимулы были краткими, недостаточно компетентными и менее точными [15; 45]. 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 [57]. 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 [53].

Механизмы ангедонии изучались и с позиции психологии научения. Модель антиципации удовольствия (*anticipatory pleasure*), в которой основным побудителем к действиям, предопределяющим целенаправленное поведение, полагают ожидания будущей награды или предвкушения успеха [31], связывает отсутствие такого предвидения, ожидания позитивного результата с высокими показателями социальной ангедонии [40].

Иная объяснительная модель ангедонии опирается на представление о тесной ее (ангедонии) связи с концептом мотивации социального взаимодействия, приближения (*approach motivation*). Оценка такой мотивации даже предлагалась в качестве способа измерения ангедонии [41]. При анализе процесса зашифровывания и/или запечатления личностью субъективно положительных эмоций продемонстрирована связь ангедонии с когнитивными процессами — избирательностью памяти в отношении негативных и позитивных стимулов и событий [13; 14; 46; 47]. Исследователи говорят о дефиците способности пациентов, страдающих шизофренией и близкими расстройствами, удерживать в памяти приятные впечатления; о наличии у них особых «контаминаций», зашумления полученных в прошлом приятных впечатлений неприятными, что сопровождается негативными эмоциями [47]. В последние годы активно изучаются мозговые механизмы ангедонии, в том числе при психических заболеваниях [71], и это направление исследований отвечает духу современной нейронауки; освещение этого аспекта выходит за рамки настоящей публикации.

Ангедония изучалась и за пределами клиники шизофрении. Традиционными можно считать эмпирические исследования ангедонии при депрессивных расстройствах [16; 49; 68], применительно к патологии личности [25], в сравнительном аспекте при разных видах психических расстройств [18; 48; 66]. В числе значимых результатов исследований — демонстрация того, что при депрессивных расстройствах ангедония является скорее временным состоянием, тогда как при шизофрении — устойчивой характеристикой, чертой [19; 58].

Эти данные перекликаются с результатами отечественных исследователей. Н.С. Курек, исследуя проблему снижения психической активности при психических расстройствах, изучал особенности эмоциональной сферы при шизофрении. Им был описан феномен «истинного дефицита положительных эмоций» у больных шизофренией, заключающийся в «снижении интенсивности, частоты переживаний удовольствия, радости» [6]. В проведенном совместно с Н.Г. Гараян исследовании было установлено, что у больных шизофренией имеет место недооценка собственных эмоций в ситуации успеха-неуспеха, причем недооцениваются преимущественно положительные эмоции [3]. Н.С. Курек обосновывал влияние таких особенностей на нарушения выбора цели, реакции на успех, и, более широко, на нарушения психической активности. На отказ больных шизофренией вступать в социальное взаимодействие вследствие большого количества негативных эмоций, испытываемых больными в период такого взаимодействия, указывали и другие отечественные авторы [1].

В зарубежных работах последних лет чаще предлагается трактовка ангедонии как сложного феномена, с выделением первичной гипогедонии — предиспозиции, основанной на генетическом факторе, и вторичной гипогедонии — устойчивой черты или установки, отражающей опыт взаимоотношений личности с жизнью в целом и более непосредственно причастной к развитию шизофрении [61]. Связь ангедонии с мотивацией социального поведения и социального научения, 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 [10; 12]; такая связь логично вытекает из теоретических разработок в 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 [67]. Высокий уровень ангедонии является важным барьером не только для адаптации пациентов в обществе, но и для участия в индивидуальной психотерапии и групповых тренингах. Преодоление ангедонистического барьера, таким образом, видится важной частью психологической помощи пациентам. В последнее время интерес к социальной ангедонии повысился в связи с мощным влиянием парадигмы нарушений социального познания в психиатрии и клинической психологии. В соответствии с положением о неразрывной связи аффекта и интеллекта [2; 4; 5], включение социальной ангедонии как переменной при изучении нарушений социального познания у больных шизофренией представляется обязательным. Вклад социальной ангедонии в стабилизацию нарушений социального познания (или социального интеллекта) был убедительно эмпирически подтвержден [9; 12]. Надежный инструмент для ее измерения необходим отечественным исследователям и практикам, оказывающим психологическую помощь пациентам с психическими расстройствами.

Шкалы для оценки ангедонии

Популярность концепта социальной ангедонии привела к созданию ряда тестов, измеряющих данную черту. Кроме указанных выше шкал социальной и физической ангедонии предлагались также методики:

— «Шкала удовольствия Фосетта-Кларка» (Fawcett-Clark Pleasure Scale, FCPS) [37];

— «Шкала удовольствия Снейта-Гамильтона» (Snaith-Hamilton Pleasure Scale, SHAPS) [70];

— «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) [38];

— «Шкала оценки опыта удовольствия» (Temporal Experience of Pleasure Scale, TEPS) [39; 40];

— «Шкала социальной безопасности и удовольствия» (Social Safeness and Pleasure Scale, SA-SSPS) [42].

Очевидно, что рождение новых шкал обусловлено сохраняющимся интересом к теме способности (или неспособности) переживать удовольствие у пациентов различных клинических групп и психически здоровых лиц.

Методика RSAS и ее психометрические характеристики по данным зарубежных авторов

Как уже сказано, шкала для оценки социальной ангедонии (Social Anhedonia Scale) стала частью проекта по созданию тестов для дифференциации популяции психически здоровых лиц и пациентов с психозами и пригодных для оценки предрасположенности к психотическим расстройствам. Параллельно разрабатывались и другие шкалы: «Шкала физической ангедонии», «Шкала перцептивной аберрации», «Шкала импульсивной нонконформности» и «Шкала магического мышления» [30]. 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 включались пункты, хорошо разграничивающие больных шизофренией от пациентов с другими диагнозами и психически здоровых лиц. Подобная модель создания психодиагностической шкалы с использованием клинически однородной выборки не является оригинальной и ранее применялась при разработке такого теста, как MMPI [26].

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 альфа Кронбаха в диапазоне от 0,79 до 0,84 для отдельных пунктов [64], доказана устойчивость суммарного балла по шкале на протяжении 90 дней на уровне 0,79 [20] и при оценке тест-ретест с перерывом в один год на уровне 0,72 [19].

Валидность шкалы RSAS — высокая, так как в многочисленных исследованиях доказаны критические различия показателей по шкале у психически здоровых лиц и больных шизофренией, испытуемых с шизоидными особенностями, членов семей больных шизофренией [48; 50]. Подтверждают валидность теста данные о нарастании социальной ангедонии по мере утяжеления симптоматики в рамках расстройств шизоф-

ренического спектра [22; 54] и при повышении степени выраженности шизотипии [25; 60].

Процедура оформления текста русскоязычного варианта методики RSAS

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.

Адаптация методики RSAS, 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 Московского НИИ психиатрии (филиала ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России), при одобрении Этического комитета указанного института.

Выборка

В исследовании приняли участие жители г. 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 обращавшихся к психиатру и не имевших 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 ле-

чения в стационарных отделениях МНИИ психиатрии (филиал ФГБУ «ФМИЦПН имени 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 ± 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 нерезко выраженные резидуальные расстройства настроения при редукции параноидных симптомов.

Сравнение клинических групп по тяжести актуальной на момент обследования психопатологической симптоматики свидетельствует о более высоких показателях в группе больных ШАР: среднее значение общего индекса тяжести SCL-90-R в группе больных с шизофренией составил $0,62 \pm 0,62$, 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.

Методики, использованные для валидации RSAS

Для оценки внешней валидности RSAS использованы:

— *Опросник выраженности психопатологической симптоматики* (Symptom Check List-90-Revised», SCL-90-R [32]), включает 90 вопросов, относящихся к шкалам: соматизация, обсессивно-компульсивное расстройство, интерперсональная чувствительность, депрессия, тревога,

враждебность, фобическая тревога, параноидное мышление, психотизм. Подсчитываются 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 [11; 73]), измеряет склонность испытуемых уклоняться от социальных ситуаций как рождающих дискомфорт; состоит из 28 пунктов, касающихся социального избегания, тревоги 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 [74]), предназначена для первичного выявления симптомов тревоги и депрессии, состоит из 14 утверждений, по 7 на каждую субшкалу (тревоги и депрессии), оценка каждого пункта возможна в диапазоне от 0 до 3 баллов.

Методы анализа данных исследования

При обработке полученных данных была подсчитана 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 (использован корреляционный анализ с подсчетом r -критерия Спирмена), проверена ретестовая надежность методики (интервал 6 месяцев); использован пакет SPSS 17.0.

Эмпирическая оценка шкалы RSAS по данным проведенного исследования

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 альфы Кронбаха при удалении каждого из пунктов теста. Подавляющее большинство пунктов хорошо работают на итоговую шкалу, поскольку при удалении этих пунктов значение альфы Кронбаха снижается. Только в отдельных случаях (п.п. 13, 18, 35, 38) коэффициент незначительно увеличивается — не более чем на 0,008. Приведенное выше значение коэффициента альфа Кронбаха для итоговой шкалы говорит о высокой согласованности пунктов теста со шкалой [7].

Таблица 1

Статистика пунктов по отношению к суммарному баллу по тесту

№	Статистика пунктов шкалы		Статистика пунктов по отношению к суммарному баллу теста		
	Среднее значение	Среднеквадратичное отклонение	Среднее шкалы при удалении пункта	Дисперсия шкалы при удалении пункта	Альфа Кронбаха при удалении пункта
_1	0,17	0,377	14,82	50,028	0,851
2	0,46	0,500	14,53	49,385	0,851
_3	0,38	0,487	14,61	50,104	0,853
4	0,48	0,502	14,51	49,401	0,851
5	0,39	0,488	14,61	48,912	0,849
6	0,40	0,492	14,59	48,915	0,849
_7	0,44	0,499	14,55	49,653	0,852
_8	0,33	0,473	14,66	49,137	0,849
_9	0,23	0,422	14,76	49,391	0,849
10	0,49	0,502	14,50	48,416	0,847
11	0,24	0,427	14,76	49,559	0,850
_12	0,17	0,377	14,82	49,535	0,849
13	0,46	0,500	14,53	51,176	0,857
_14	0,27	0,448	14,72	48,905	0,848
_15	0,55	0,500	14,44	49,861	0,852
16	0,20	0,401	14,79	49,569	0,850
17	0,27	0,448	14,72	49,055	0,848
_18	0,76	0,431	14,24	52,809	0,861
19	0,19	0,390	14,81	48,381	0,845
20	0,35	0,478	14,64	48,977	0,849
_21	0,22	0,417	14,77	49,059	0,848
_22	0,28	0,451	14,71	49,700	0,851
23	0,41	0,495	14,58	47,708	0,844
_24	0,53	0,501	14,47	49,773	0,852
25	0,20	0,401	14,79	49,121	0,848
26	0,22	0,417	14,77	49,387	0,849
_27	0,59	0,493	14,40	49,690	0,852
28	0,24	0,431	14,75	48,861	0,847
29	0,47	0,501	14,53	48,430	0,847
_30	0,41	0,495	14,58	48,619	0,848

№	Статистика пунктов шкалы		Статистика пунктов по отношению к суммарному баллу теста		
	Среднее значение	Среднеквадратичное отклонение	Среднее шкалы при удалении пункта	Дисперсия шкалы при удалении пункта	Альфа Кронбаха при удалении пункта
31	0,55	0,500	14,44	49,070	0,850
32	0,46	0,500	14,53	49,863	0,852
33	0,32	0,468	14,67	48,803	0,848
<u>34</u>	0,41	0,495	14,58	48,604	0,848
<u>35</u>	0,40	0,492	14,59	50,587	0,855
36	0,45	0,500	14,54	49,847	0,852
37	0,29	0,455	14,70	49,046	0,849
38	0,62	0,487	14,37	50,474	0,854
<u>39</u>	0,36	0,480	14,64	48,740	0,848
<u>40</u>	0,33	0,470	14,67	49,358	0,850

Примечание: Инвертированные пункты шкалы отмечены при сплошной нумерации: N.

Анализ надежности половинного расщепления (пункты были разделены по принципу четный—нечетный) проводился с помощью коэффициента Спирмена-Брауна и коэффициента половинного расщепления Гутмана. Значения данных коэффициентов — 0,881 и 0,878 соответственно; это подтверждает хорошую надежность-согласованность теста [7].

Для прояснения структуры опросника также проведена кластеризация. Результаты кластерного анализа (рис. 1) показывают отсутствие устойчивых заметных сочетаний пунктов опросника, и это свидетельствует об относительно однородной структуре шкалы RSAS, отсутствии сочетаний пунктов, ответы на которые единообразны.

Нормативный показатель по тесту RSAS

Были изучены имеющиеся в публикациях разных авторов данные о распределении суммарного балла по тесту RSAS в популяционных выборках, часть данных приведена в табл. 2.

Как видно из табл. 2, распределение суммарного балла по тесту RSAS несколько различается в выборках, обследованных в разных странах, этносах и в разные годы. Чаще показатели социальной ангедонии выше у мужчин-респондентов в сравнении с женщинами (эти различия иногда статистически значимы, но чаще — нет). Заметно различа-

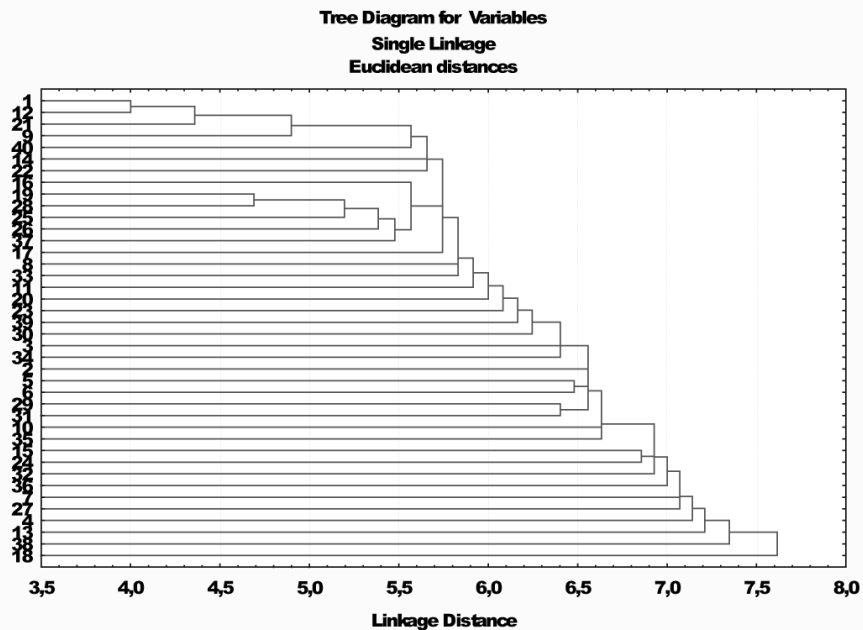


Рис. 1. Результаты кластерного анализа

Таблица 2

Данные по тесту RSAS в различных выборках психически здоровых лиц

Исследование	Выборка	Размер вы- борки	Среднее значение M	Стандарт- ное откло- нение SD
* Данные по тесту RSAS с портала https://www. researchgate.net/	Женщины (студентки, юношеского возраста)	840	6,70	4,49
	Мужчины (студенты, юношеского возраста)	775	8,91	5,12
Chmielewski et al. 1995.	<i>Белые</i>	6490	7,15	5,13
	Женщины	3378	5,97	4,34
	Мужчины	3112	8,44	5,59
	<i>Темнокожие</i>	510	8,99	5,59
	Женщины	333	8,76	4,96
	Мужчины	177	9,42	5,40
	<i>Азиатского происхож- дения</i>	491	7,84	4,85

Исследование	Выборка	Размер вы- борки	Среднее значение М	Стандарт- ное откло- нение SD
	Женщины	232	7,47	4,85
	Мужчины	259	8,17	5,06
	<i>Испаноговорящие</i>	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	364 (272 женщины, 92 мужчины)	8.70	6.25
Chan et al. 2012	<i>Психически здоровые жители Китая</i>	870		
	Женщины	501	7,61	5,34
	Мужчины	369	9,40	7,61
Chan et al. 2015	Психически здоровые жители Китая юноше- ского возраста (обоих полов)	1724	8, 17	5,42
** Рычкова, 2015	<i>Психически здоровые жители России**</i>	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 [8].

ется разброс среднего балла — наиболее однородной оказалась выборка, представленная в отечественной работе [9]; такой результат можно объяснить строгими критериями скрининга, использованного при отборе в контрольную группу психически здоровых лиц. Вследствие скрининга из группы нормы исключались лица, обнаруживающие даже пограничные значения по параметрам эмоционального неблагополучия, и испытуемые, баллы которых по тесту интеллекта выходили за границы нормативного коридора. В исследованиях без процедуры скрининга средние показатели и разброс баллов социальной ангедонии выше (табл. 2).

В настоящем исследовании нами также использован скрининг испытуемых: после оценки ряда показателей теста SCL-90-R из груп-

пы 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, по числу 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 (рис. 2, 3, 4).

Данные статистик общего балла по выборке (и ее частям) даны в табл. 3.

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, но приближено к нему. Среднее значение балла выше у мужчин, значимых различий 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, разброс баллов в исследованной группе нормы меньше, нежели в популяционной выборке, не подвергнутой предварительной скрининговой оценке. Отсюда мы делаем вывод о том, что критическим

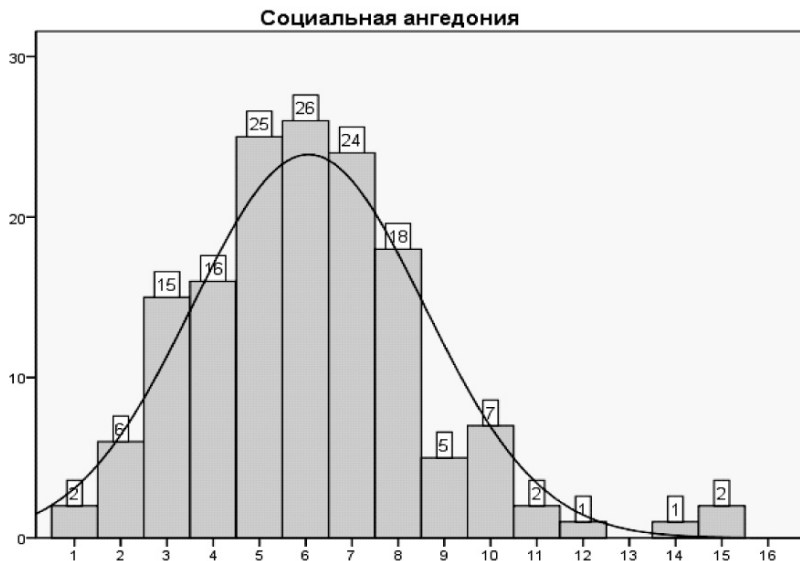


Рис. 2. Гистограмма распределения частот общего балла по тесту RSAS в выборке психически здоровых лиц (N=150)

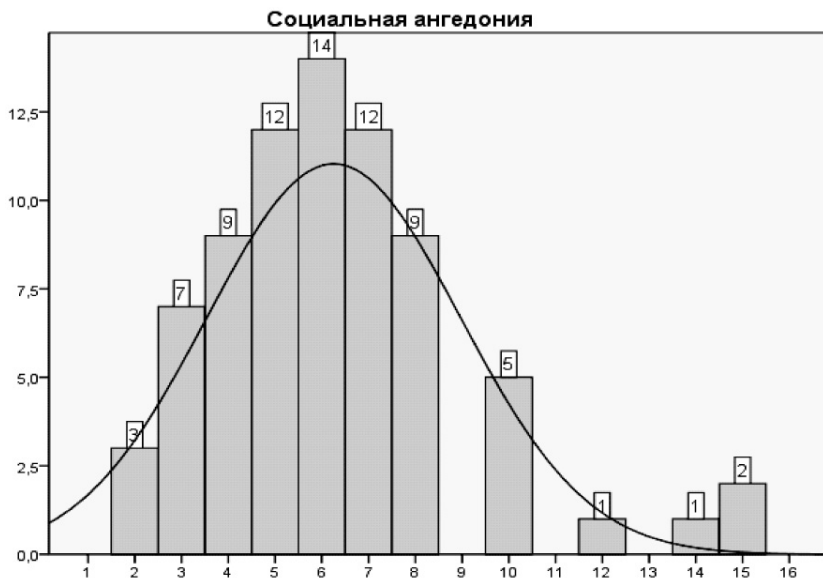


Рис. 3. Гистограмма распределения частот общего балла по тесту RSAS в выборке психически здоровых женщин (N=75)

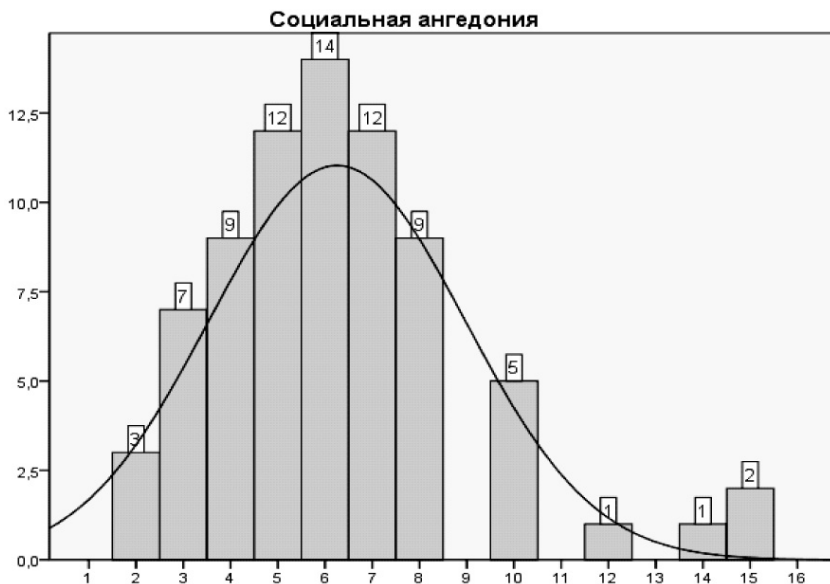


Рис. 4. Гистограмма распределения частот общего балла по тесту RSAS в выборке психически здоровых мужчин (N=75)

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

отклонением необходимо считать удвоенное значение среднеквадратичного отклонения (т. е. 2σ). Таким образом, 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 баллов 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 теста RSAS в клинических группах (больные шизофренией и шизоаффективным расстройством)

Выборка	Описание выборки	Размер выборки	Среднее значение M	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 о том, что общий балл по тесту RSAS в клинической группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра очевидно и значимо выше в сравнении с группой нормы. При этом заметно выше в клинической выборке и разброс баллов (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). То есть для психически здоровых лиц типично отсутствие проявлений социальной ангедонии. В выборке пациентов с расстройствами шизофренического спектра мы встречаем лиц как с относительно низкими показателями социальной ангедонии, так и с очень высокими.

При решении задачи адаптации методики для российской выборки важно, что значимое расхождение баллов между психически здоровыми испытуемыми и пациентами с расстройствами шизофренического спектра одновременно является подтверждением 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 для сопоставимых групп с учетом гендера подсчитывались по критерию Манна—Уитни, значимость различий определялась на уровне $p < 0,001$. Тем самым критериальная валидность теста RSAS, по нашим данным, оказалась высокой. Заметим, что ранее получены свидетельства не только высокой критериальной, но и высокой прогностической валидности теста RSAS — применительно к возникновению расстройств шизофренического спектра [44; 55].

Конструктивная (концептуальная) валидность теста RSAS проводилась ранее неоднократно. 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 [25]. В работах последних лет можно встретить попытки иного осмысления социальной ангедонии и, соответственно, сопоставления ее с измерениями интроверсии и аспектами алекситимии [59]. Поэтому для оценки валидности теста в нашей работе также было необходимо сопоставить показатель социальной ангедонии с иными близкими содержательно феноменами, в том числе клиническими. Для этого была оценена корреляционная связь балла по тесту RSAS и ряда переменных, содержательно близких 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 психопатологи-

ческой симптоматики, депрессии и поведения, связанного с социальным избеганием. При этом наличие психического расстройства или его отсутствие могут не учитываться, так как социальная ангедония не может считаться только психопатологическим феноменом [71], 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 г-Спирмена) балла по тесту социальной ангедонии и показателей психопатологической симптоматики, подсчитанных с использованием Госпитальной шкалы, опросника SCL-90-R, 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, опросника SCL-90-R, Шкалы социального избегания и дистресса представлены в табл. 5.

Таблица 5

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

Психопатологическая симптоматика	Коэффициент корреляции Спирмена для RSAS (социальная ангедония)	
	г	р
Тревога (Госпитальная шкала)	0,333	0,000
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
Показатель социального дистресса	0,359	0,000
Показатель социального избегания	0,563	0,000
Общий балл теста SADS	0,474	0,000

Примечание: «г» — коэффициент корреляции Спирмена; «р» — уровень значимости.

Как видно из табл. 5, значимая положительная связь между выраженностью социальной ангедонии установлена для таких параметров теста SCL-90-R, как: 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). Высоко значимые корреляционные связи показателя социальной ангедонии и ряда субшкал методики для оценки выраженности психопатологической симптоматики SCL-90-R ожидаемы, так как все указанные показатели, как правило, высоки при расстройствах шизофренического спектра. Значительный вклад перечисленных шкал в суммарный показатель психопатологического неблагополучия (GSI) привел к тому, что последний также оказался связан с баллом социальной ангедонии.

Значимой и теоретически ожидаемой оказалась связь социальной ангедонии с показателями депрессии и тревоги Госпитальной шкалы.

Важным для оценки валидности теста RSAS стал результат, отраженный в табл. 5 в виде высоко значимых корреляций балла по адаптируемому тесту с показателями социального дистресса и социального избегания по шкале SADS. Родство социальной ангедонии и поведения социального избегания очевидно, 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 опросник 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 проведена ретестовая надежность методики. Для доказательства устойчивости показателей методики во времени проводили сравнения протоколов испытуемых. Сравнились ответы по каждому пункту теста, и поскольку данные являются бинарными, то для сравнения результатов по двум связанным выборкам применялся критерий Мак-Немара. Результаты сравнения показали, что данные теста статистически не различаются (уровень значимости $p > 0,05$) при его выполнении с перерывом полгода у психически здоровых лиц. Это свидетельствует о хорошей устойчивости балла теста, и, соответственно, о надежности опросника RSAS.

Выводы

1. Проведенный анализ полученных результатов подтверждает валидность и надежность опросника социальной ангедонии RSAS, а также

правомерность использования его русскоязычной версии для определения степени выраженности социальной ангедонии у взрослых лиц.

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.

Благодарности

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (проект № 14-18-03461) на базе ФГБУ «ФМИЦПН имени В.П. Сербского» Минздрава России.

Авторы благодарят за помощь в сборе данных для исследования сотрудников лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского НИИ психиатрии.

Инструкция и пункты опросника RSAS, адаптированного на российской выборке

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 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 (-)

ЛИТЕРАТУРА

1. Вид В.Д. Психотерапия шизофрении. СПб.: Питер, 2001. 432 с.
2. *Выготский Л.С.* Проблема умственной отсталости // Собрание сочинений: в 6 т. Т. 5. Основы дефектологии. М.: Педагогика, 1983. С. 231—256.
3. *Гаряня 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.: Издательство МГУ, 1969. 172 с.
5. *Зейгарник Б.В.* Патопсихология. М.: Издательство Московского университета, 1986. 287 с.
6. *Курек Н.С.* Дефицитарные нарушения психической активности (Личность и болезнь): дисс. ... докт. психол. наук. М., 1998. 415 с.
7. *Наследов А.Д.* Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных. СПб.: Речь, 2007. 392 с.
8. Практикум по психодиагностике. Конкретные психодиагностические методики / Под ред. А.Г. Шмелева. М.: МГУ, 1989. 176 с.
9. *Рычкова О.В.* Нарушения социального интеллекта при шизофрении: дисс. ... докт. психол. наук. М., 2013. 478 с.
10. *Холмогорова А.Б.* Шизофрения. Глава 2 // Клиническая психология. Т. 2. Частная патопсихология: монография / Под ред. А.Б. Холмогоровой. М.: Издательский центр Академия, 2012. С. 37—127.
11. *Холмогорова А.Б., Клименкова Л.А.* Валидизация шкал для оценки уровня социальной тревожности // Консультативная психология и психотерапия. 2017 (в печати).
12. *Холмогорова А.Б., Рычкова О.В.* Нарушение социального познания — новая парадигма в исследовании центрального психического дефицита при шизофрении. М.: Изд-во «Форум», 2016. 288 с.
13. *Aleman A., Hijman R., de Haan E.H., Kahn R.S.* Memory impairment in schizophrenia: A meta-analysis // *American Journal of Psychiatry*. 1999. Vol. 156. P. 1358—1366.
14. *Ashby F.G., Isen A.M., Turken A.U.* A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition // *Psychological Review*. 1999. Vol. 106 (3). P. 529—550. doi: 10.1037/0033-295X.106.3.529
15. *Beckfield D.F.* Interpersonal competence among college men hypothesized to be at risk for schizophrenia // *Journal of Abnormal Psychology*. 1985. Vol. 94. P. 397404.
16. *Bernstein A.S., Riedel J.A.* Psychophysiological response patterns in college students with high physical anhedonia: Scores appear to reflect schizotypy rather than depression // *Biological Psychiatry*. 1987. Vol. 22. P. 829—847. doi: 10.1016/0006-3223(87)90082-5
17. *Blanchard J., Gangestad S., Brown S., Horan W.* Hedonic capacity and schizotypy revisited: a taxometric analysis of social anhedonia // *Journal of Abnormal Psychology*. 2000. Vol. 109. P. 87—95.
18. *Blanchard J.J., Bellack A.S., Mueser K.T.* Affective and social-behavioral correlates of physical and social anhedonia in schizophrenia // *Journal of Abnormal Psychology*. 1994. Vol. 103 (4). P. 719—728. doi: 10.1037/0021-843X.103.4.719
19. *Blanchard J.J., Horan W.P., Brown S.A.* Diagnostic differences in social anhedonia: A longitudinal study of schizophrenia and major depressive disorder // *Jour-*

- nal of Abnormal Psychology. 2001. Vol. 110 (3). P. 363—371. doi: 10.1037/0021-843X.110.3.363
20. *Blanchard J.J., Mueser K.T., Bellack A.S.* Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin*. 1998. Vol. 24 (3). P. 413—424. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033336
 21. *Blanchard J.J., Panzarella C.* Affect and social functioning in schizophrenia: Handbook of social functioning in schizophrenia / In K.T. Mueser & N. Tarrrier (Eds.). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon. 1998. P. 181—196.
 22. *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 // *Schizophrenia Bulletin*. 2011. Vol. 37 (2). P. 291—299. doi: 10.1093/schbul/sbq104
 23. *Blanchard J.J., Cohen A.S.* The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment // *Schizophrenia Bulletin*. 2006. Vol. 32 (2). P. 238—245. doi: 10.1093/schbul/sbj013
 24. *Bleuler E.* Руководство по психиатрии. Берлин: Издательство «Врач», 1920. 542 с.
 25. *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 // *Journal of Social and Clinical Psychology*. 2008. Vol. 27. P. 127—149. doi: 10.1521/jscp.2008.27.2.127
 26. *Buchanan R.D.* The Development of the MMPI // *Journal of the History of the Behavioral Sciences*. 1994. Vol. 30. P. 148—161.
 27. *Chapman L.J., Chapman J.P., Kwapil T.R., Eckblad M., Zinser M.* Putatively psychosis-prone subjects 10 years later // *Journal of Abnormal Psychology*. 1994. Vol. 103 (2). P. 171—183. doi: 10.1037/0021-843X.103.2.171
 28. *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 // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1984. Vol. 172. P. 681—691.
 29. *Chapman L.J., Chapman J.P., Raulin M.L.* Body image aberration in schizophrenia // *Journal of Abnormal Psychology*. 1978. Vol. 87. P. 399—407. doi: 10.1037/0021-843X.87.4.399
 30. *Chapman L.J., Chapman J.P., Raulin M.L.* Scales for physical and social anhedonia // *Journal of Abnormal Psychology*. 1976. Vol. 85. P. 374—382.
 31. *Corr P.J., Pickering A.D., Gray J.A.* Personality and reinforcement in associative and instrumental learning // *Personality and Individual Difference*. 1995. Vol. 19. P. 47—71. doi: 10.1016/0191-8869(95)00013-V
 32. *Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F.* The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale // *The British Journal of Psychiatry*. 1976. Vol. 128. P. 280—289. doi: 10.1192/bjp.128.3.280
 33. *Diaz M.A., Dickerson L.A., Kwapil T.R.* A two-year follow-up assessment of schizotypic young adults // *Schizophrenia Research*. 2003. Vol. 60 (1). P. 167—168. doi: 10.1016/S0920-9964(03)81029-0
 34. *Eckblad M., Chapman L.J.* Magical ideation as an indicator of schizotypy // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983. Vol. 51. P. 215—225. doi: 10.1037/0022-006X.51.2.215

35. *Eckblad M.L., Chapman L.J., Chapman J.P., Mishlove M.* The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished test (copies available from L.J. Chapman, University of Wisconsin, Madison, WI), 1982.
36. *Erlenmeyer-Kimling L., Cornblatt B., Rock D., Roberts S. et al.* The New York High-Risk Project: anhedonia, attentional deviance, and psychopathology // *Schizophrenia Bulletin*. 1993. Vol. 19 (1). P. 141—153. doi: 10.1093/schbul/19.1.141
37. *Fawcett J., Clark D.C., Scheffner W.A., Gibbons R.D.* Assessing anhedonia in psychiatric patients: The Pleasure Scale // *Archives of General Psychiatry*. 1983. Vol. 40 (1). P. 79—84. doi: 10.1001/archpsyc.1983.01790010081010
38. *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. Vol. 3. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.8585
39. *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 // *Journal of Research in Personality*. 2006. Vol. 40 (6). P. 1086—1102. doi: 10.1016/j.jrp.2005.11.001
40. *Gard D.E., Kring A.M., Gard M.G., Horan W.P., Green M.F.* Anhedonia in schizophrenia: Distinctions between anticipatory and consummatory pleasure // *Schizophrenia Research*. 2007. Vol. 93 (1—3). P. 253—260. doi: 10.1016/j.schres.2007.03.008
41. *Germans M.K., Kring A.M.* Hedonic deficit in anhedonia: support for the role of approach motivation // *Personality and Individual Differences*. 2000. Vol. 28 (4). P. 659—672. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00129-4
42. *Gilbert P., McEwan K., Mitra R., Richter A., Franks L., Mills A., Gale C.* An exploration of different types of positive affect in students and patients with a bipolar disorder // *Clinical Neuropsychiatry*. 2009. Vol. 6. P. 135—143.
43. *Gooding D., Davidson R., Putnam K., Tallent K.* Normative emotion-modulated startle response in individuals at risk for schizophrenia-spectrum disorders // *Schizophrenia Research*. 2002. Vol. 57 (1). P. 109—120. doi: 10.1016/S0920-9964(01)00295-X
44. *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 // *Journal of Abnormal Psychology*. 2005. Vol. 114. P. 170—175. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.170
45. *Haberman M.C., Chapman L.J., Numbers J. S., McFall R.M.* Relation of social competence to scores on two scales of psychosis proneness // *Journal of Abnormal Psychology*. 1979. Vol. 8. P. 675—677.
46. *Heinrichs R.W., Zakzanis K.K.* Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence // *Neuropsychology*. 1998. Vol. 12. P. 426—445.
47. *Horan W.P., Green M.F., Kring A.M., Nuechterlein K.H.* Does Anhedonia in Schizophrenia Reflect Faulty Memory for Subjectively Experienced Emotions? // *Journal of Abnormal Psychology*. 2006. Vol. 115 (3). P. 496—508. doi: 10.1037/0021-843X.115.3.496
48. *Katsanis J., Iacono W.G., Beiser M.* Anhedonia and perceptual aberration in first-episode psychotic patients and their relatives // *Journal of Abnormal Psychology*. 1990. Vol. 99. P. 202—206. doi: 10.1037/0021-843X.99.2.202
49. *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 // *Journal of Abnormal Psychology*. 1992. Vol. 101. P. 184—191. doi: 10.1037/0021-843X.101.1.184

50. Kendler K.S., Thacker L., Walsh D. Self-report measures of schizotypy as indices of familial vulnerability to schizophrenia // *Schizophrenia Bulletin*. 1996. Vol. 22 (3). P. 511—520. doi: 10.1093/schbul/22.3.511
51. Klein D. Depression and anhedonia. In: D. C Clark & J. Fawcett (Eds.), *Anhedonia and affect deficit states*. New York: PMA Publishing, 1984. P. 1—14.
52. Kring A.M. Emotion in schizophrenia: Old mystery, new understanding // *Current Directions in Psychological Science*. 1999. Vol. 8 (5). P. 160—163. doi: 10.1111/1467-8721.00038
53. Krupa T., Thornton J. The pleasure deficit in schizophrenia // *Occupational Therapy in Mental Health*. 1986. Vol. 6 (2). P. 65—78. doi: 10.1300/J004v06n02_05
54. Kuha A., Suvisaari J., Perälä J., Eerola M., Saarni S.S., et al. Associations of anhedonia and cognition in persons with schizophrenia spectrum disorders, their siblings, and controls // *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2011. Vol. 199 (1). P. 30—37. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182043a6d
55. Kwapil T.R. Social anhedonia as a predictor of the development of schizophrenia-spectrum disorders // *Journal of Abnormal Psychology*. 1998. Vol. 107 (4). P. 558—565. doi: 10.1037/0021-843X.107.4.558
56. 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 // *Schizophrenia Research*. 2006. Vol. 83 (2—3). P. 225—235. doi: 10.1016/j.schres.2005.11.024
57. Llerena K., Park S.G., Couture S.M., Blanchard J.J. Social anhedonia and affiliation: Examining behavior and subjective reactions within a social interaction // *Psychiatry Research*. 2012. Vol. 200 (2—3). P. 679—686. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.050
58. Loas G., Noisette C., Legrand A., Boyer P. Is anhedonia a specific dimension in chronic schizophrenia? // *Schizophrenia Bulletin*. 2000. Vol. 26 (2). P. 495—506. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033468
59. 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 // *Journal of Personality Disorders*. 2016. Vol. 30 (4). P. 451—468. doi: 10.1521/pedi_2015_29_203
60. Mason O., Linney Y., Claridge G. Short scales for measuring schizotypy // *Schizophrenia Research*. 2005. Vol. 78 (2—3). P. 293—296. doi: 10.1016/j.schres.2005.06.020
61. Meehl P.E. Primary and Secondary hypohedonia // *Journal of Abnormal Psychology*. 2001. Vol. 110 (1). P. 188—193. doi: 10.1037/0021-843X.110.1.188
62. Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // *American Psychologist*. 1962. Vol. 17. P. 827—838. doi: 10.1037/h0041029
63. Meehl P.E. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia // *Journal of Personality Disorders*. 1990. Vol. 4 (1). P. 1—99. doi: 10.1521/pedi.1990.4.1.1
64. Mishlove M., Chapman L.J. Social anhedonia in the prediction of psychosis proneness // *Journal of Abnormal Psychology*. 1985. Vol. 94. P. 384—396. doi: 10.1037/0021-843X.94.3.384
65. Rado S. *Psychoanalysis of behavior: The collected papers of Sandor Rado*. Vol. 2. New York: Grune and Stratton, 1962.
66. Romney D.M., Candido C.L. Anhedonia in depression and schizophrenia: a re-examination // *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001. Vol. 189 (11). P. 735—740. doi: 10.1097/00005053-200111000-00001

67. *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.
68. *Schuck J., Leventhal D., Rothstein H., Irizarry V.* Physical anhedonia and schizophrenia // *Journal of Abnormal Psychology*. 1984. Vol. 93. P. 342—344. doi: 10.1037/0021-843X.93.3.342
69. *Schurhoff F., Szoke A., Turcas C., Villemur M., Tignol J.* Anhedonia in schizophrenia: a distinct familial subtype? // *Schizophrenia Research*. 2003. Vol. 61 (1). P. 827—838. doi: 10.1016/S0920-9964(02)00237-2
70. *Snaith R.P., Hamilton M., Morley S., Humayan A.* A scale for the assessment of the hedonic tone: The Snaith-Hamilton Pleasure Scale // *British Journal of Psychiatry*. 1995. Vol. 167 (1). P. 99—103. doi: 10.1192/bjp.167.1.99
71. *Thomsen K.R., Whybrow P.C., Kringelbach M.L.* Reconceptualizing anhedonia: novel perspectives on balancing the pleasure networks in the human brain. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*. 2015. P. 9—49. doi: 10.3389/fnbeh.2015.00049
72. *Tsuang M.T., Stone W.S., Faraone S.V.* Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia // *American Journal of Psychiatry*. 2000. Vol. 157 (7). P. 1041—1050. doi: 10.1176/appi.ajp.157.7.1041
73. *Watson D., Friend R.* Measurement of social-evaluative anxiety // *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1969. Vol. 33. P. 448—457. doi: 10.1037/h0027806
74. *Zigmond A., Snaith R.* The Hospital Anxiety and Depression Scale // *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983. Vol. 67 (6). P. 361—370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

ADAPTATION OF REVISED SOCIAL ANHEDONIA SCALE (RSAS) ON RUSSIAN SAMPLE

O.V. RYCHKOVA*,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky
Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology,
Moscow, Russia,
rychkovao@bk.ru

For citation:

Rychkova O.V., Kholmogorova A.B. Adaptation of Revised Social Anhedonia Scale (RSAS) on Russian Sample. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2016. Vol. 24, no. 4, pp. 62—96. doi: 10.17759/cpp20162404004. (In Russ., abstr. in Engl.)

* *Rychkova Olga Valentinovna*, PhD (Psychology), Leading Researcher at the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology, Moscow, Russia, e-mail: rychkovao@bk.ru

A.B. Kholmogorova**,

Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky
Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology,
Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia,
kholmogorova@yandex.ru

Anhedonia (or hypohedonia) reflects a missing or reduced ability to experience pleasure. Interest in the concept of clinical psychology and psychopathology is due to the high significance of violations of ability to experience pleasure as a predictor of serious mental disorders, such as schizophrenia, depression, chemical dependency. For understanding the psychological deficits of patients with schizophrenia spectrum disorders is of particular importance to social anhedonia, reflecting the reduced ability to experience interest and pleasure from interactions with socially relevant stimuli and partners, and is implicated in disorders of social cognition, to social exclusion of patients. Revised Social Anhedonia Scale (RSAS) was designed to assess the severity of social anhedonia, tested in many countries, widely used in studies of schizophrenia. The problem of estimating the psychometric characteristics of the test RSAS, including the validity of the technique has become part of the project for the study of social cognition in mental disorders (grant funds of the Russian Science Foundation, Project № 14-18-03461). This article presents the results of the evaluation of the psychometric characteristics of RSAS and the applicability of the methodology for the Russian sample.

Keywords: social anhedonia, psychiatric pathology, schizophrenia, external validity, reliability, consistency.

Acknowledgements

The study was performed by a grant from the Russian Science Foundation (grant № 14-18-03461) at the Federal Medical Research Centre of Psychiatry and Narcology under the Ministry of Public Health of the Russian Federation.

REFERENCES

1. Vid V.D. Psikhoterapiya shizofrenii. [Psychotherapy of schizophrenia]. Saint-Petersburg: Piter, 2001. 432 p.
2. Vygotskii L.S. Problema umstvennoi otstalosti [Problems of mental retardation]. *Sobranie sochinenii*: In 6 vol. Vol. 5. Osnovy defektologii. Moscow: Pedagogika, 1983. pp. 231—256.
3. Garanyan N.G. Sootnoshenie polozhitel'nykh i otritsatel'nykh emotsii u bol'nykh shizofreniei. Avtoref. diss. kand. psikhol. nauk. [The proportion of positive and neg-

** *Kholmogorova Alla Borisovna*, PhD (Psychology), Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy, Moscow Research Institute of Psychiatry — Branch of The Serbsky Federal Medical Research Center of Psychiatry and Narcology; Head of the Chair of Clinical Psychology and Psychotherapy, acting dean of the Department of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology & Education, Moscow, Russia, e-mail: kholmogorova@yandex.ru

- ative emotions in patients with schizophrenia. Ph. D. (Psychology) Thesis]. Moscow, 1986. 23 p.
4. Zeigarnik B.V. Vvedenie v patopsikhologiyu. [Introduction to pathopsychology]. Moscow: Publ. MGU, 1969. 172 p.
 5. Zeigarnik B.V. Patopsikhologiya [Pathopsychology]. Moscow: Publ. of Moscow University, 1986. 287 p.
 6. Kurek N.S. Defitsitarnye narusheniya psikhicheskoi aktivnosti (Lichnost' i bolezni'). Diss. ... dokt. psikhol. nauk. [Deficits of disturbance of mental activity (Personality and illness)]. Dr. Sci. (Psychology) diss.]. Moscow, 1998. 415 p.
 7. Nasledov A.D. Matematicheskie metody psikhologicheskogo issledovaniya. Analiz i interpretatsiya dannykh. [Mathematical methods of psychological research. Analysis and interpretation of data]. Saint-Petersburg: Rech', 2007. 392 p.
 8. Praktikum po psikhodiagnostike. Konkretnye psikhodiagnosticheskie materialy. [Workshop psychodiagnosics. Specific psychodiagnostic techniques]. In Shmelev A.G. (ed.). Moscow: MGU, 1989. 176 p.
 9. Rychkova O.V. Narusheniya sotsial'nogo intellekta pri shizofrenii. Diss. ... dokt. psikhol. nauk. [Deficits of social intelligence in schizophrenia. Dr. Sci. (Psychology) diss.]. Moscow, 2013. 478 p.
 10. Kholmogorova A.B. Shizofreniya. Glava 2. *Klinicheskaya psikhologiya* [Clinical psychology]. T. 2. *Chastnaya patopsikhologiya: monografiya* [Private pathopsychology]. In Kholmogorova A.B. (ed.). Moscow: Publ. center Akademiya, 2012, pp. 37—127.
 11. Kholmogorova A.B., Klimenkova L.A. Validizatsiya shkal dlya otsenki urovnya sotsial'noi trevozhnosti [The validation of scales to assess social anxiety level]. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling psychology and psychotherapy], 2017 (in print).
 12. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. Narushenie sotsial'nogo poznaniya — novaya paradigma v issledovaniyakh tsentral'nogo psikhicheskogo defitsita pri shizofrenii [Deficits of social cognition — a new paradigm in the study of the central psychological deficits in schizophrenia]. Moscow: Publ. Forum, 2016. 288 p.
 13. Aleman A., Hijman R., de Haan E.H., Kahn R.S. Memory impairment in schizophrenia: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 1999, Vol. 156, pp. 1358—1366.
 14. Ashby F.G., Isen A.M., Turken A.U. A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 1999. Vol. 106 (3), pp. 529—550. doi: 10.1037/0033-295X.106.3.529
 15. Beckfield D.F. Interpersonal competence among college men hypothesized to be at risk for schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1985. Vol. 94, pp. 397—404.
 16. Bernstein A.S., Riedel J.A. Psychophysiological response patterns in college students with high physical anhedonia: Scores appear to reflect schizotypy rather than depression. *Biological Psychiatry*, 1987. Vol. 22, pp. 829—847. doi: 10.1016/0006-3223(87)90082-5
 17. Blanchard J., Gangestad S., Brown S., Horan W. Hedonic capacity and schizotypy revisited: a taxometric analysis of social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 2000. Vol. 109, pp. 87—95.
 18. Blanchard J.J., Bellack A.S., Mueser K.T. Affective and social-behavioral correlates of physical and social anhedonia in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1994. Vol. 103 (4), pp. 719—728. doi: 10.1037/0021-843X.103.4.719

19. Blanchard J.J., Horan W.P., Brown S.A. Diagnostic differences in social anhedonia: A longitudinal study of schizophrenia and major depressive disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 2001. Vol. 110 (3), pp. 363—371. doi: 10.1037/0021-843X.110.3.363
20. Blanchard J.J., Mueser K.T., Bellack A.S. Anhedonia, positive and negative affect, and social functioning in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1998. Vol. 24 (3), pp. 413—424. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033336
21. Blanchard J.J., Panzarella C. Affect and social functioning in schizophrenia. *Handbook of social functioning in schizophrenia*. In Mueser K.T., Tarrrier N. (Eds.). Needham Heights, MA: Allyn and Bacon, 1998, pp. 181—196.
22. 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. *Schizophrenia Bulletin*, 2011. Vol. 37 (2), pp. 291—299. doi: 10.1093/schbul/sbq104
23. Blanchard J.J., Cohen A.S. The structure of negative symptoms within schizophrenia: implications for assessment. *Schizophrenia Bulletin*, 2006. Vol. 32 (2), pp. 238—245. doi: 10.1093/schbul/sbj013
24. Bleuler E. *Rukovodstvo po psihiatrii* [Psychiatry manual]. Berlin, Izdatel'stvo Vrach, 1920, 542 p.
25. 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. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 2008. Vol. 27, pp. 127—149. doi: 10.1521/jscp.2008.27.2.127
26. Buchanan R.D. The Development of the MMPI. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 1994. Vol. 30, pp. 148—161.
27. Chapman L.J., Chapman J.P., Kwapil T.R., Eckblad M., Zinser M., Putatively psychosis-prone subjects 10 years later. *Journal of Abnormal Psychology*, 1994. Vol. 103 (2), pp. 171—183. doi: 10.1037/0021-843X.103.2.171
28. 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. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1984. Vol. 172, pp. 681—691.
29. Chapman L.J., Chapman J.P., Raulin M.L. Body image aberration in schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1978. Vol. 87, pp. 399—407. doi: 10.1037/0021-843X.87.4.399
30. Chapman L.J., Chapman J.P., Raulin M.L. Scales for physical and social anhedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1976. Vol. 85, pp. 374—382.
31. Corr P.J., Pickering A.D., Gray J.A. Personality and reinforcement in associative and instrumental learning. *Personality and Individual Difference*, 1995. Vol. 19, pp. 47—71. doi: 10.1016/0191-8869(95)00013-V
32. Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 1976. Vol. 128, pp. 280—289. doi: 10.1192/bjp.128.3.280
33. Diaz M.A., Dickerson L.A., Kwapil T.R. A two-year follow-up assessment of schizotypic young adults. *Schizophrenia Research*, 2003. Vol. 60 (1), pp. 167—168. doi: 10.1016/S0920-9964(03)81029-0
34. Eckblad M., Chapman L.J. Magical ideation as an indicator of schizotypy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1983. Vol. 51, pp. 215—225. doi: 10.1037/0022-006X.51.2.215

35. Eckblad M.L., Chapman L.J., Chapman J.P., Mishlove M. The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished test (copies available from L.J. Chapman, University of Wisconsin, Madison, WI), 1982.
36. Erlenmeyer-Kimling L., Cornblatt B., Rock D., Roberts S. et al. The New York High-Risk Project: anhedonia, attentional deviance, and psychopathology. *Schizophrenia Bulletin*, 1993. Vol. 19 (1), pp.141–153. doi: 10.1093/schbul/19.1.141
37. Fawcett J., Clark D.C., Scheftner W.A., Gibbons R.D. Assessing anhedonia in psychiatric patients: The Pleasure Scale. *Archives of General Psychiatry*, 1983. Vol. 40 (1), pp. 79–84. doi: 10.1001/archpsyc.1983.01790010081010
38. 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. Vol. 3. doi: 10.3402/ejpt.v3i0.8585
39. 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. *Journal of Research in Personality*, 2006. Vol. 40 (6), pp. 1086–1102. doi: 10.1016/j.jrp.2005.11.001
40. Gard D.E., Kring A.M., Gard M.G., Horan W.P., Green M.F. Anhedonia in schizophrenia: Distinctions between anticipatory and consummatory pleasure. *Schizophrenia Research*, 2007. Vol. 93 (1–3), pp. 253–260. doi: 10.1016/j.schres.2007.03.008
41. Germans M.K., Kring A.M. Hedonic deficit in anhedonia: support for the role of approach motivation. *Personality and Individual Differences*, 2000. Vol. 28 (4), pp. 659–672. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00129-4
42. Gilbert P., McEwan K., Mitra R., Richter A., Franks L., Mills A., Gale C. An exploration of different types of positive affect in students and patients with a bipolar disorder. *Clinical Neuropsychiatry*, 2009. Vol. 6, pp. 135–143.
43. Gooding D., Davidson R., Putnam K., Tallent K. Normative emotion-modulated startle response in individuals at risk for schizophrenia-spectrum disorders. *Schizophrenia Research*, 2002. Vol. 57 (1), pp. 109–120. doi: 10.1016/S0920-9964(01)00295-X
44. 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. *Journal of Abnormal Psychology*, 2005. Vol. 114, pp. 170–175. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.170
45. Haberman M.C., Chapman L.J., Numbers J. S., McFall R.M. Relation of social competence to scores on two scales of psychosis proneness. *Journal of Abnormal Psychology*, 1979. Vol. 8, pp. 675–677.
46. Heinrichs R.W., Zakzanis K.K. Neurocognitive deficit in schizophrenia: a quantitative review of the evidence. *Neuropsychology*, 1998. Vol. 12, pp. 426–445.
47. Horan W.P., Green M.F., Kring A.M., Nuechterlein K.H. Does Anhedonia in Schizophrenia Reflect Faulty Memory for Subjectively Experienced Emotions? *Journal of Abnormal Psychology*, 2006. Vol. 115 (3), pp. 496–508. doi: 10.1037/0021-843X.115.3.496
48. Katsanis J., Iacono W.G., Beiser M. Anhedonia and perceptual aberration in first-episode psychotic patients and their relatives. *Journal of Abnormal Psychology*, 1990. Vol. 99, pp. 202–206. doi: 10.1037/0021-843X.99.2.202
49. 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. *Journal of Abnormal Psychology*, 1992. Vol. 101, pp. 184–191. doi: 10.1037/0021-843X.101.1.184

50. Kendler K.S., Thacker L., Walsh D. Self-report measures of schizotypy as indices of familial vulnerability to schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1996. Vol. 22. (3), pp. 511—520. doi: 10.1093/schbul/22.3.511
51. Klein D. Depression and anhedonia. *Anhedonia and affect deficit states*. In Clark D.C. and Fawcett J. (Eds.). New York: PMA Publishing, 1984. pp. 1—14.
52. Kring A.M. Emotion in schizophrenia: Old mystery, new understanding. *Current Directions in Psychological Science*, 1999. Vol. 8 (5), pp. 160—163. doi: 10.1111/1467-8721.00038
53. Krupa T., Thornton J. The pleasure deficit in schizophrenia. *Occupational Therapy in Mental Health*, 1986. Vol. 6 (2), pp. 65—78. doi: 10.1300/J004v06n02_05
54. Kuha A., Suvisaari J., Perälä J., Eerola M., Saarni S.S. et al. Associations of anhedonia and cognition in persons with schizophrenia spectrum disorders, their siblings, and controls. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 2011. Vol. 199 (1), pp. 30—37. doi: 10.1097/NMD.0b013e3182043a6d
55. Kwapil T.R. Social anhedonia as a predictor of the development of schizophrenia-spectrum disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 1998. Vol. 107 (4), pp. 558—565. doi: 10.1037/0021-843X.107.4.558
56. Lewandowski K.E., Barrantes-Vidal N., Nelson-Gray R.O., Clancy C., Kopley H.O., Kwapil T.R. Anxiety and depression symptoms in psychometrically identified schizotypy. *Schizophrenia Research*, 2006. Vol. 83 (2—3), pp. 225—235. doi: 10.1016/j.schres.2005.11.024
57. Llerena K., Park S.G., Couture S.M., Blanchard J.J. Social anhedonia and affiliation: Examining behavior and subjective reactions within a social interaction. *Psychiatry Research*, 2012. Vol. 200 (2—3), pp. 679—686. doi: 10.1016/j.psychres.2012.07.050
58. Loas G., Noisette C., Legrand A., Boyer P. Is anhedonia a specific dimension in chronic schizophrenia? *Schizophrenia Bulletin*, 2000. Vol. 26 (2), pp. 495—506. doi: 10.1093/oxfordjournals.schbul.a033468
59. 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. *Journal of Personality Disorders*, 2016. Vol. 30 (4), pp. 451—468. doi: 10.1521/pedi_2015_29_203
60. Mason O., Linney Y., Claridge G. Short scales for measuring schizotypy. *Schizophrenia Research*, 2005. Vol. 78 (2—3), pp. 293—296. doi: 10.1016/j.schres.2005.06.020
61. Meehl P.E. Primary and Secondary Hypohedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 2001. Vol. 110 (1), pp. 188—193. doi: 10.1037/0021-843X.110.1.188
62. Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 1962. Vol. 17, pp. 827—838. doi: 10.1037/h0041029
63. Meehl P.E. Toward an integrated theory of schizotaxia, schizotypy, and schizophrenia. *Journal of Personality Disorders*, 1999. Vol. 4 (1), pp. 1—99. doi: 10.1521/pedi.1990.4.1.1
64. Mishlove M., Chapman L.J. Social anhedonia in the prediction of psychosis proneness. *Journal of Abnormal Psychology*, 1985. Vol. 94, pp. 384—396. doi: 10.1037/0021-843X.94.3.384
65. Rado S. Psychoanalysis of behavior: The collected papers of Sandor Rado, Vol. 2. New York: Grune and Stratton, 1962.

66. Romney D.M., Candido C.L. Anhedonia in depression and schizophrenia: a re-examination. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 2001. Vol. 189 (11), pp. 735—740. doi: 10.1097/00005053-2001111000-00001
67. 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: New York, 2004.
68. Schuck J., Leventhal D., Rothstein H., Irizarry V. Physical anhedonia and schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 1984. Vol. 93, pp. 342—344. doi: 10.1037/0021-843X.93.3.342
69. Schurhoff F., Szoke A., Turcas C., Villemur M., Tignol J. Anhedonia in schizophrenia: a distinct familial subtype? *Schizophrenia Research*, 2003. Vol. 61 (1), pp. 827—838. doi: 10.1016/S0920-9964(02)00237-2
70. Snaith R.P., Hamilton M., Morley S., Humayan A. A scale for the assessment of the hedonic tone: The Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *British Journal of Psychiatry*, 1995. Vol. 167 (1), pp. 99—103. doi: 10.1192/bjp.167.1.99
71. Thomsen K.R., Whybrow P.C., Kringelbach M.L. Reconceptualizing anhedonia: novel perspectives on balancing the pleasure networks in the human brain. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 2015. pp. 9—49. doi: 10.3389/fnbeh.2015.00049 <http://dx.doi.org/10.3389/fnbeh.2015.00049>
72. Tsuang M.T., Stone W.S., Faraone S.V. Toward reformulating the diagnosis of schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, 2000. Vol. 157 (7), pp. 1041—1050. doi: 10.1176/appi.ajp.157.7.1041
73. Watson D., Friend R. Measurement of social-evaluative anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1969. Vol. 33, pp. 448—457. doi: 10.1037/h0027806
74. Zigmond A., Snaith R. The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1983. Vol. 67 (6), pp. 361—370. doi: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x