

Научная статья | Original paper

Использование компенсаторных стратегий при восприятии комплексных коммуникативных ситуаций больными шизофренией

А.Ю. Белоусова ✉, И.С. Короткова, О.Ю. Щелкова

Санкт-Петербургский государственный университет,
Санкт-Петербург, Российская Федерация

✉ a.yu.belousova@gmail.com

Резюме

Актуальность. Нарушения социального познания при шизофрении являются ключевым предиктором социального функционирования, превосходящим по вкладу общие нейрокогнитивные показатели. Однако выраженность этих нарушений лишь частично объясняет межиндивидуальную вариабельность адаптации: часть пациентов демонстрирует относительно сохранное повседневное функционирование за счет компенсаторных стратегий, механизмы и эффективность которых остаются недостаточно изученными. **Цель.** Изучить спонтанно проявляющиеся компенсаторные стратегии, которые органично интегрированы в восприятие комплексных коммуникативных ситуаций больными шизофренией. **Гипотезы.** (I) Больные шизофренией используют компенсаторные стратегии, отличные от стратегий здоровых лиц; (II) Пациенты с разной степенью выраженности дефицитарной симптоматики отличаются по применению компенсаторных стратегий. **Методология.** Исследование предполагало работу в диадах. В экспериментальной группе пациент с параноидной шизофренией (F20.0) совместно со здоровым участником решали общую задачу распознавания когнитивных ошибок персонажей в 10 видеосюжетах «немого кино» (всего 30 диад). Контрольную группу составили 20 диад здоровых лиц, решавших ту же задачу. Фиксировались эффективность распознавания когнитивных ошибок персонажей видеосюжетов и частота использования компенсаторных вербальных и невербальных стратегий, облегчающих восприятие коммуникативной ситуации; с помощью SANS определялась выраженность дефицитарной симптоматики у пациентов. Использован дисперсионный анализ с повторными измерениями и апостериорные тесты с поправкой на множественные сравнения. **Результаты.**

таты. Больные шизофренией с легкой степенью дефицитарной симптоматики чаще, чем пациенты с выраженным дефектом, включали предполагаемые высказывания персонажа в собственную речь, однако не отличались от здоровых лиц. Также пациенты с легкой степенью дефицитарной симптоматики достоверно чаще, чем больные с выраженной степенью дефицитарной симптоматики и здоровые лица, использовали жестикуляцию при описании поведения персонажей. **Выводы.** 1. Универсальной стратегией компенсации при восприятии комплексных коммуникативных ситуаций, как здоровыми лицами, так и больными шизофренией, является включение предполагаемых высказываний персонажей в собственную речь; у больных шизофренией эта стратегия утрачивается по мере нарастания дефицитарной симптоматики. 2. Специфическим компенсаторным механизмом при восприятии комплексных коммуникативных ситуаций больными шизофренией является использование стратегии жестикуляции при описании поведения персонажей.

Ключевые слова: социальное познание, ментализация, теория психического, когнитивные ошибки, шизофрения, компенсаторные стратегии

Для цитирования: Белоусова, А.Ю., Короткова, И.С., Щелкова, О.Ю. (2026). Использование компенсаторных стратегий при восприятии комплексных коммуникативных ситуаций больными шизофренией. *Консультативная психология и психотерапия*, 34(1), 113–134. <https://doi.org/10.17759/cpp.2026340106>

Use of compensatory strategies in processing complex communicative situations in patients with schizophrenia

A.Yu. Belousova ✉, I.S. Korotkova, O.Yu. Shchelkova

Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation

✉ a.yu.belousova@gmail.com

Abstract

Context and relevance. Social cognitive impairments in schizophrenia often hinder effective everyday communication and underscore the need for interventions grounded in natural compensatory mechanisms. **Objective.** To investigate spontaneously emerging compensatory communicative strategies in patients with schizophrenia. **Hypotheses.** (I) Schizophrenia patients employ compensatory communication strategies distinct from healthy controls; (II) The application of these strategies varies depending on the severity of patients' deficit symptoms. **Methods.** The study employed a dyadic design. In the experimental group (30 dyads), a patient with paranoid schizophrenia collaborated with a healthy participant on a task involving

the identification of characters' cognitive errors in silent film clips. Successful task performance required constructing a theory of mind for the observed character and aligning it with one's own perception of the communicative situation. The control group included only healthy individuals (20 dyads). The relationship between three variables was examined: (1) group membership (experimental/control), (2) effectiveness in detecting the characters' cognitive errors, and (3) the use of compensatory strategies that facilitate the interpretation of communicative situations from the characters' perspective. The compensatory strategies analyzed included the integration of inferred direct speech and observed gestures of referential agents into the participant's own narrative when retelling the situation to a partner. Patients with schizophrenia were further stratified by the severity of negative symptoms (SANS scores). **Results.** Results revealed that patients with mild negative symptoms used gestural reenactments significantly more often than both patients with pronounced symptoms and healthy controls. Additionally, patients with mild negative symptoms more frequently integrated direct speech attributed to characters into their own narratives than those with severe symptoms, although they did not differ significantly from healthy participants. **Conclusions.** 1. A universal compensatory strategy used by both healthy individuals and patients with schizophrenia when perceiving complex communicative situations is the incorporation of presumed character utterances into their own speech. Among patients with schizophrenia, the use of this strategy tends to decline as negative symptoms become more severe. 2. A specific compensatory mechanism observed in patients with schizophrenia is the use of gestures when describing the behavior of perceived characters in complex communicative situations.

Keywords: social cognition, mentalization, theory of mind, cognitive errors, schizophrenia, compensatory strategies

For citation: Belousova, A.Yu., Korotkova, I.S., Shchelkova, O.Yu. (2026). Use of compensatory strategies in processing complex communicative situations in patients with schizophrenia. *Counseling Psychology and Psychotherapy*, 34(1), 113—134. (In Russ.). <https://doi.org/10.17759/cpp.2026340106>

Введение

Шизофрения является хроническим психическим расстройством, характеризующимся не только психотическими симптомами, но и социальными нарушениями (Jauhar et al., 2022). Подобные нарушения являются результатом дефицита социальных навыков, включая социальное восприятие и социальное познание. Эффективное социальное взаимодействие во многом зависит от прагматических способностей: использования языка и других выразительных средств для коммуникативного поведе-

ния. Известно, что пациенты с шизофренией демонстрируют нарушения прагматики речи: так, они испытывают трудности в «подстройке» языка к нуждам собеседника (Холмогорова А.Б., 2016). Исследования в области прагматических способностей у пациентов с шизофренией в большей степени сосредоточены на их трудностях понимания сигналов в различных коммуникативных модальностях, таких как лингвистические (Fuentes-Claramonte et al., 2022), экстралингвистические (например, жесты) (Gupta et al., 2021) и паралингвистические (например, просодия) (Martzoukou et al., 2023). Как следствие, пациенты используют различные компенсаторные стратегии в попытке поддержания функционального уровня повседневной коммуникации (Allott, et al., 2020).

В исследованиях вербальной коммуникации пациентов с шизофренией отмечается такая особенность, как снижение динамики речи — увеличение пауз (Figueroa-Barra et al., 2022), что, вероятно, отражает потребность в дополнительном времени для обработки информации; заполнение данных пауз бессодержательными связками или словами-филлерами («ну», «это», «как бы») (Lundin et al., 2023); а также сокращение длины речевых оборотов (Lucarini et al., 2022). Подобное поведение можно рассматривать как адаптационный механизм, направленный на преодоление имеющихся коммуникативных трудностей. Анализ речевой продукции в условиях естественной коммуникации открывает новые перспективы для поиска вербальных компенсаторных стратегий у больных шизофренией, потенциально увеличивающих эффективность межличностной коммуникации.

В изучение особенностей вербальной коммуникации больных шизофренией с другими лицами большой вклад внесла Т.К. Мелешко. Развивая идеи Ю.Ф. Полякова по реализации системного подхода в исследовании патопсихологического синдрома при шизофрении, она изучала регуляцию психической деятельности пациентов в условиях индивидуальной и совместной деятельности. В серии многолетних исследований Тамара Константиновна использовала модификацию «эксперимента с коммуникацией» М. Коула и С. Скрибнер. Так, пациентам требовалось описать фигуры неопределенной формы: 1) в индивидуальной деятельности; 2) в ходе совместной деятельности со здоровым лицом (экспериментатором). В последнем случае, представляющем для нас наибольший интерес, пациенту требовалось описать фигуры неопределенной формы так, чтобы экспериментатор из набора имеющихся у него копий смог определить, о какой фигуре идет речь, не видя оригинала. При сравнении результатов выполнения двух типов задач было установлено, что

для пациентов характерно снижение социальной направленности деятельности, дефицит ее «подстройки» под нужды собеседника (Критская, Мелешко, 2015). При этом пациенты с парциальным дефектом лучше справлялись с данной задачей и даже показывали стойкое улучшение регуляции в последующих пробах в сравнении с пациентами с тотальным дефектом (Критская, Мелешко, 2009). В настоящем исследовании мы использовали схожую экспериментальную процедуру, стремясь дополнить полученные ранее результаты данными о возможности компенсации обнаруженных нарушений путем анализа сохранных психических механизмов, облегчающих социальное восприятие.

Дефицит социальной коммуникации распространяется также на невербальную сферу, где жесты играют фундаментальную роль в передаче смысла и эмоций. У здоровых лиц более активное использование жестов обычно сопровождается более высокими показателями воссоздания повествования, выступая в качестве естественных компенсаторных механизмов во время вербальной коммуникации. Однако при шизофрении пациенты производят меньше значимых жестов и демонстрируют аберрации в их выполнении, нарушая естественную синхронность между речью и движением, что наиболее часто проявляется у пациентов с преобладанием негативной симптоматики (Паникратова, 2021). Несмотря на эти наблюдения, адаптивный потенциал жестов в контексте структурированных вмешательств остается недостаточно изученным. При шизофрении гипотеза о том, что жесты могут служить в качестве компенсаторного механизма, основывается на представлении о том, что нарушение вербальной беглости может быть уравновешено задействованием визуально-моторных схем, которые остаются относительно сохранными. Исследования показали, что, когда пациенты участвуют в социальном взаимодействии, даже минимальное использование жестов может помочь в прояснении намеченных сообщений (Cuevas et al., 2022).

Таким образом, актуальным является изучение естественных компенсаторных стратегий, актуализируемых у пациентов с шизофренией при выполнении задачи, предполагающей осуществление процесса ментализации и конструирования теории психического другого человека. Способом изучения этих процессов может служить идентификация когнитивных ошибок персонажей видеосюжетов коммуникативных ситуаций.

Целью исследования явилось изучение спонтанно проявляющихся компенсаторных стратегий, которые органично интегрированы в восприятие комплексных коммуникативных ситуаций больными шизофренией. **Задачи:** 1) анализ эффективности распознавания когнитивных

ошибок персонажей комплексных коммуникативных ситуаций больными шизофренией и здоровыми лицами; 2) анализ частоты использования компенсаторных стратегий: прямой речи от лица персонажей видеосюжетов, а также жестов при объяснении собеседнику поведения персонажа в сюжете; 3) сравнительный анализ названных показателей в группах больных шизофренией с разной степенью выраженности дефицитарной симптоматики. **Гипотезы.** 1. Больные шизофренией используют компенсаторные стратегии, отличные от здоровых лиц. 2. Пациенты с разной степенью выраженности дефицитарной симптоматики отличаются по применению компенсаторных стратегий.

Метод

Характеристика выборки. Исследование проводилось на базе Городской психиатрической больницы № 6 (г. Санкт-Петербург). *Критерии включения* пациентов в исследование: наличие диагноза «Параноидная шизофрения» (F20.0, МКБ-10), период наблюдения более одного года; возраст от 18 до 45 лет; свободное владение русским языком; отсутствие проблем со зрением / скорректированное зрение. *Критерии невключения:* острое психотическое состояние; сопутствующие нервно-психические расстройства. Здоровые лица — респонденты, никогда не получавшие психиатрическую помощь.

В исследовании приняли участие 30 пациентов с параноидной шизофренией (ведущий синдром — галлюцинаторно-параноидный, средняя длительность заболевания — $5,43 \pm 3,90$ лет, среднее количество госпитализаций — $4,03 \pm 2,67$) и 70 респондентов без психиатрического диагноза. Эксперимент проводился в формате парного взаимодействия. *Экспериментальная группа (ЭГ)* состояла из 30 диад, включавших пациента с шизофренией и здорового респондента. *Контрольная группа (КГ)* состояла из 20 диад, оба участника которых являлись здоровыми лицами. Социально-демографические характеристики участников исследования представлены в табл. 1.

Стимульный материал и процедура эксперимента. *На первом этапе* к исследованию приглашались здоровые лица (контрольная группа, КГ). Участники работали в парах (20 диад, 40 человек). Один участник последовательно просматривал видеосюжеты и пересказывал их содержание второму участнику, указывая на когнитивные ошибки, совершаемые персонажем (например, персонажи не замечали опре-

Таблица 1 / Table 1

Социально-демографические характеристики участников исследования
Sociodemographic characteristics of study participants

Характеристики участников / Participant characteristics		Экспериментальная группа / Experimental Group (n = 60)		Контрольная группа / Control Group (n = 40)	
		Больные шизофренией / Patients with schizophrenia (n=30)	Здоровые респонденты / Healthy controls (n=30)	Здоровые респонденты / Healthy controls (n=20)	Здоровые респонденты / Healthy controls (n=20)
Средний возраст / Mean age, M (SD)		36,50 (3,60)	26,20 (8,60)	22,40 (2,40)	22,40 (3,20)
Уровень образования / Education level, % (n)	Общее и специ- альное среднее / Secondary, Technical and vocational educa- tion	50% (15)	76,67% (23)	60% (12)	80% (16)
	Высшее / Higher education	50% (15)	23,33% (7)	40% (8)	20% (4)
Пол / Gender, % (n)	Женский / Female	100% (30)	90% (27)	100%	100%
Семейное положение / Marital status, % (n)	Состоят в бра- ке / Married	13,33% (4)	6,67% (2)	10% (2)	0% (0)
Трудовой ста- тус / Employ- ment status, % (n)	Работают / Employed	23,33% (7)	46,67% (14)	40% (8)	30% (6)
Инвалид- ность / Dis- ability status, % (n)	Есть / With disability	33,33% (10)	0% (0)	0% (0)	0% (0)

Примечание: M — средние значения; SD — стандартное отклонение; n — количество человек.

Note: M — means; SD — standard deviation; n — number of participants.

деленные объекты или же неверно их интерпретировали). Второй участник не имел доступа к видеороликам, однако имел в распоряжении карточки с кадрами из видео, на которых были отражены ключевые моменты для понимания сюжета. Его задачей было установить верную хронологическую последовательность ключевых кадров из видео, опираясь на пересказ собеседника. Участники могли задавать друг другу уточняющие вопросы, но не могли демонстрировать свой стимульный материал. Когда участники диады обозначали, что уверены в правильности своей последовательности кадров, это считалось за попытку и сверялось с ключом.

На втором этапе видеосюжеты были показаны участникам экспериментальной группы (ЭГ, 30 диад, 60 человек) с сохранением инструкции, при этом пациенты выполняли задачу просмотра и пересказа видеосюжета, а здоровые лица — задачу восстановления хронологии видеосюжета из ключевых кадров. Дополнительно больные шизофренией оценивались лечащим врачом по «Шкале для оценки негативных симптомов» (Scale for the Assessment of Negative Symptoms, SANS) в адаптации А.В. Бочарова (Солдаткин, 2018).

Регистрируемые показатели. Фиксировались установленная последовательность ключевых кадров и количество попыток. Вербальные и невербальные взаимодействия участников регистрировались методом сплошного протоколирования с последующей транскрипцией и кодированием поведенческих маркеров (использование жестикюляции). Больные шизофренией ранжировались по степени выраженности дефицитарной симптоматики.

Для распознавания когнитивной ошибки участникам исследования требовалось предположить, как персонаж видеосюжета воспринимает ситуацию, в которой находится, и соотнести собственное понимание ситуации как зрителя с пониманием персонажа, чтобы обнаружить несоответствие; идентификация когнитивной ошибки персонажа рассматривалась как операционализированный процесс ментализации.

Анализировались: 1) эффективность распознавания когнитивных ошибок персонажей видеосюжетов участниками с учетом количества попыток, необходимых для корректного понимания сюжета (3 балла выставлялись при его понимании с первой попытки, 2 балла — со второй попытки, 1 балл — с третьей, 0 баллов — сюжет не был понят); 2) дословные вербальные интерпретации сюжета участниками (после первого просмотра); 3) жестикюляция участников исследования, где одно символическое действие расценивалось как одна единица анализа.

Математико-статистическая обработка проводилась с использованием программы Microsoft Excel и пакета SPSS v.25.0. С помощью дисперсионного анализа с повторными измерениями определялись различия между участниками исследования по распределениям изучаемых переменных в ходе эксперимента. Для уточнения результатов различий между группами применялись апостериорные тесты с поправкой на множественные сравнения.

Результаты

Эффективность распознавания когнитивных ошибок

Эффективность распознавания когнитивных ошибок персонажей оценивалась по корректности понимания видеосюжета участниками, которым требовалось просмотреть видеоролик и пересказать его. Для изучения взаимосвязи степени выраженности дефицитарной симптоматики с динамикой успешности распознавания когнитивных ошибок пациенты с помощью кластерного анализа были разбиты на две группы по показателю шкалы SANS: *группа № 1* — легкая степень дефицитарных расстройств ($SANS \leq 12$ баллов; $n = 16$ чел.); *группа № 2* — выраженная степень дефицитарных расстройств ($SANS \geq 13$ баллов; $n = 14$ чел.). В *третью группу* вошли здоровые лица, задачей которых было просмотреть и пересказать видеосюжет собеседнику ($n = 20$ чел.).

Дисперсионный анализ с повторными измерениями показал, что группы различались на высоком уровне статистической значимости ($F = 47,576$; $p < 0,001$) по эффективности распознавания когнитивных ошибок персонажей видеосюжетов. Для выявления различий по данному показателю между группами попарно использовались апостериорные тесты (множественные сравнения с поправкой Бонферрони), которые позволили обнаружить, что группа № 2 достоверно отличалась от группы № 1 ($p < 0,05$) и группы № 3 ($p < 0,001$) по успешности распознавания когнитивных ошибок персонажей по всем десяти видеосюжетам. При этом между группой № 1 и группой № 3 были обнаружены различия на уровне тенденции ($p = 0,06$).

Таким образом, больные шизофренией с более выраженной дефицитарной симптоматикой значительно хуже обнаруживали когнитивные ошибки персонажей видеосюжетов на протяжении всей процедуры исследования в сравнении со здоровыми лицами и пациентами с легкой степенью дефицитарных расстройств, в то время как пациенты с легкой степенью выраженности достигали оценок контрольной группы.

Количество использований компенсаторных стратегий

Проведен сравнительный анализ количества применений следующих компенсаторных стратегий в каждой из трех групп: 1) использование прямой речи от лица персонажей видеосюжетов; 2) использование жестов от лица персонажей видеосюжетов при объяснении их поведения собеседнику. Количество использований каждой из двух стратегий подсчитывалось только при первом пересказе сюжета участником, который просматривал видеосюжет. Результаты сравнительного анализа представлены на рис. 1.

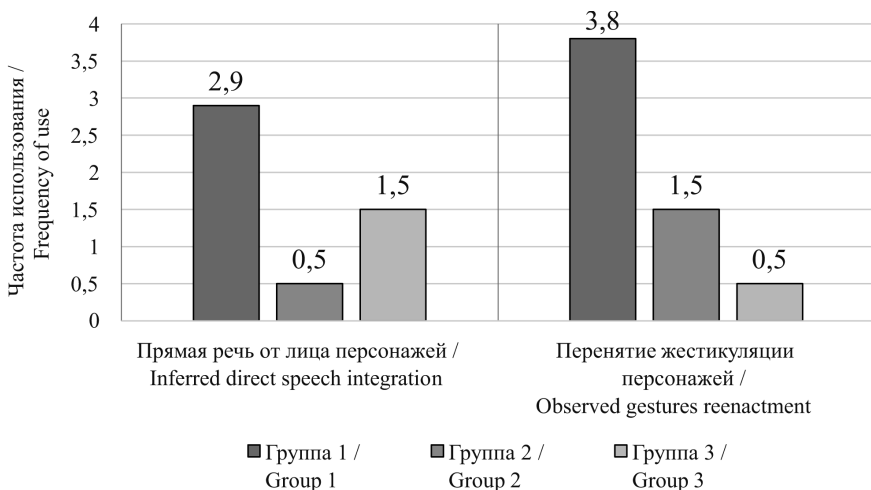


Рис. 1. Частота использования двух компенсаторных стратегий респондентами трех групп

Fig. 1. Frequency of two compensatory strategies' use across groups

Дисперсионный анализ с повторными измерениями показал отсутствие статистически значимых различий между группами по количеству использования прямой речи от лица персонажей видеосюжетов в ходе всего эксперимента ($F=1,49$; $p=0,24$). В то же время применение множественных сравнений позволило выявить, что пациенты из группы № 1 достоверно чаще интегрировали предполагаемую прямую речь наблюдаемого персонажа в собственную речь, чем пациенты из группы № 2 ($p = 0,034$), однако они не отличались от здоровых респондентов (группа № 3) по данному показателю ($p = 0,155$). Данный анализ проводился по всем видеосюжетам, однако проведенный дисперсионный анализ по

отдельным видеосюжетам показал, что только в 2 из 10 видеосюжетов были выявлены статистически значимые различия по анализируемому показателю (табл. 2).

Таблица 2 / Table 2

Анализ использования прямой речи от лица персонажей видеосюжетов
Analysis of direct speech usage from video characters' perspective

Номер видеосюжета / Video clip number	Группа № 1 / Group № 1	Группа № 2 / Group № 2	Группа № 3 / Group № 3	ANOVA		Bonferroni
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
5	4,25 (1,183)	1,36 (0,842)	4,50 (0,827)	5,651*	0,006	P (I—II) = 0,006
6	4,00 (0,730)	0,79 (1,188)	3,50 (1,100)	3,594*	0,036	P (I—II) = 0,047

Примечание: приведенные различия значимы на уровне 0,05 (двусторонний); M — средние значения; SD — стандартное отклонение; F — критерий Фишера; p — уровень значимости.

Note: provided differences are significant at the 0,05 level (two-sided). M — means; SD — standard deviation; F — F-value; p — significance level.

Полученные данные свидетельствуют о том, что интеграция предполагаемой речи персонажей в собственную речь для упрощения пересказа видеосюжета использовалась как здоровыми лицами, так и больными с легкой степенью выраженности дефицитарной симптоматики, но была недоступна пациентам с выраженной степенью дефицитарных расстройств. Можно предположить, что данная стратегия универсальна, но утрачивается у больных шизофренией по мере нарастания дефекта.

Дисперсионный анализ показал наличие достоверных различий между тремя сравнимыми группами по количеству использований (перенятия) жестикюляции при объяснении действий персонажей видеосюжетов, описании их перемещений и манипуляций с объектами ($F = 3,73$; $p = 0,03$). Последующее применение множественных сравнений с поправкой Бонферрони позволило выявить статистически значимые различия между тремя группами в 4 видеосюжетах из 10 (табл. 3).

Таблица 3 / Table 3

Анализ использования жестов от лица персонажей видеосюжетов
Analysis of gesture usage adopted from characters' perspective

Номер видеосюжета / Video clip number	Группа № 1 / Group № 1	Группа № 2 / Group № 2	Группа № 3 / Group № 3	ANOVA		Bonferroni
	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>M (SD)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	
3	6,00 (0,516)	0,79 (1,188)	1,00 (1,487)	4,888*	0,012	p (I—II) = 0,034 p (I—III) = 0,023
6	7,13 (1,544)	0,79 (2,119)	0,45 (0,999)	9,729*	< 0,001	p (I—II) = 0,003 p (I—III) = 0,001
8	4,06 (2,205)	0,79 (0,893)	0,50 (0,889)	4,907*	0,012	p (I—II) = 0,049 p (I—III) = 0,016
9	8,06 (1,181)	1,50 (1,557)	0,00 (0,000)	7,243*	0,002	p (I—II) = 0,030 p (I—III) = 0,002

Примечание: приведенные различия значимы на уровне 0,05 (двусторонний); M — средние значения; SD — стандартное отклонение; F — критерий Фишера; p — уровень значимости.

Note: provided differences are significant at the 0,05 level (two-sided); M — means; SD — standard deviation; F — F-value; p — significance level

Установлено, что респонденты группы № 1 отличались от респондентов группы № 2 ($p < 0,001$) и группы № 3 ($p < 0,001$) по количеству использования жестыкуляции при объяснении действий персонажей видеосюжетов на высоком уровне статистической значимости, тогда как между респондентами группы № 2 и группы № 3 не было выявлено различий ($p = 0,464$). Данный результат можно интерпретировать как проявление компенсаторной стратегии, которую использовали только больные шизофренией с легкой степенью дефицитарных расстройств. Вероятно, по мере нарастания дефекта, данная стратегия становится недоступной для пациентов. Здоровые лица не использовали данную стратегию, поскольку они не испытывали необходимости поддерживать согласованность собственного восприятия ситуации с тем, как ее воспринимает наблюдаемый персонаж, с помощью жестов. Более того, выбор языковых обозначений у здоровых респондентов являлся более однозначным, что способствовало эффективной коммуникации с собеседником без использования невербальных вспомогательных средств.

Тот факт, что данная стратегия (использование жестов) не наблюдалась в контрольной группе здоровых, позволяет интерпретировать ее как специфический компенсаторный механизм, наблюдаемый у пациентов с шизофренией с легкой степенью дефицитарных расстройств.

Клинический пример

Для иллюстрации использования указанных компенсаторных стратегий приведем пример выполнения экспериментального задания больной шизофренией с легкой степенью выраженности дефицитарных расстройств (группа № 1).

Больная В., распознав когнитивную ошибку персонажа и пересказывая видеосюжет № 3, описывала реакцию лысого мужчины, чью голову главный герой перепутал с блюдом и стал скоблить ее столовыми приборами: «Парень путает с блюдом голову, похожую на солнце, а мужчина возмущается: «*Что Вы делаете!*» и снимает убор». Также она использовала одинаковые жесты, чтобы описать, как выглядит пудинг, обрамленный салфетками, и лысая голова в причудливом уборе для упрощения объяснения их сходства партнеру по общению и, вероятно, для сохранения согласованности собственного восприятия ситуации с восприятием ситуации наблюдаемым персонажем (рис. 2).

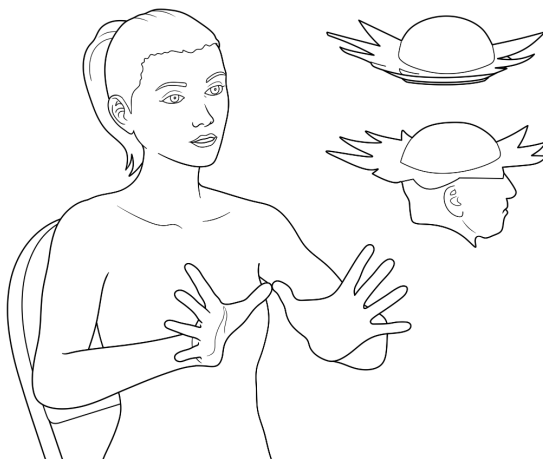


Рис. 2. Схематичное изображение жестикуляции, используемой пациенткой В. при пересказе видеосюжета № 3 собеседнику

Fig. 2. Gestures used by patient V. while retelling video clip №3 to an interlocutor

В видеосюжете № 8 пациентка описывала ключевой эпизод, раскрывающий когнитивную ошибку персонажа, путающего звук шагов марьяшки в больших ботинках со звуком шагов человека, которого тот пытается поймать: «Агрессивный человек ловит, потом он обнаруживает, что это марьяшка, говорит: «Эх! Обманулся!» и уходит». При этом больная В. сопровождала свое объяснение жестами, имитируя, как «агрессивный человек» держит вытянутые руки на уровне роста взрослого человека (рис. 3). Иными словами, для облегчения перехода к позиции наблюдаемого персонажа и для поддержания когерентности (связности) собственного понимания ситуации, пациентка «вставала на место персонажа», проигрывая ситуацию от его лица. Использование указанных компенсаторных стратегий пациенткой упрощало ей задачу пересказа видеосюжетов собеседнику.

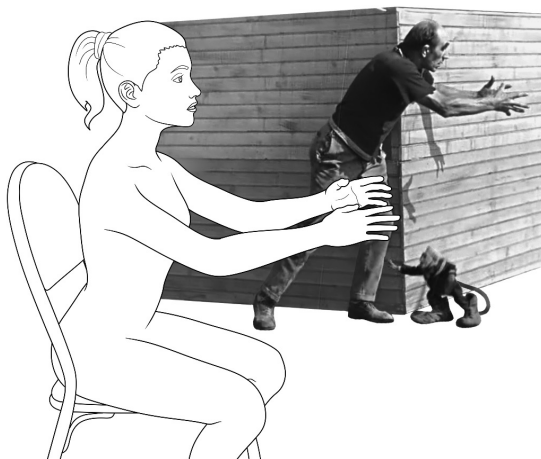


Рис. 3. Схематичное изображение жестикуляции, используемой пациенткой В. при пересказе ключевого эпизода видеосюжета № 8 собеседнику
Fig. 3. Gestures used by patient V. while retelling a key episode from video clip № 8 to an interlocutor

Обсуждение результатов

Настоящее исследование направлено на изучение естественных компенсаторных стратегий, актуализируемых у больных шизофренией при

выполнении задачи, предполагающей осуществление процесса ментализации и конструирования теории психического другого человека. На основе анализа литературы предполагалось, что такое изучение методически можно осуществить в процессе идентификации пациентами когнитивных ошибок персонажей в видеосюжетах, иллюстрирующих коммуникативные ситуации.

Результаты показали, что, больные шизофренией с легкой степенью выраженности дефицитарной симптоматики справлялись с задачей распознавания когнитивных ошибок персонажей видеосюжетов достоверно лучше, чем пациенты с выраженными дефицитарными расстройствами. Поскольку участникам исследования, которые просматривали видеоролик, требовалось предположить содержание сознания персонажей для идентификации когнитивных ошибок, можно говорить о влиянии дефицитарной симптоматики на протекание процесса ментализации. Это согласуется с результатами исследований нарушений социального познания у больных шизофренией (Ventura et al., 2013) и позволяет предположить влияние негативных симптомов как низкоуровневого фактора в процессе ментализации. Данный результат подчеркивает необходимость внедрения программ ранней психологической интервенции, до хронизации заболевания.

Установлено, что пациенты с шизофренией достоверно чаще, по сравнению со здоровыми лицами, прибегали к использованию компенсаторных стратегий при объяснении просмотренных видеосюжетов собеседнику. Так, в процессе пересказа просмотренного видеосюжета собеседнику они использовали жесты, иллюстрирующие действия персонажей во время ключевых эпизодов сюжета, а также интегрировали в свой рассказ прямую речь от лица персонажей, тем самым компенсируя трудности сохранения согласованности между собственным пониманием ситуации и ее пониманием с позиции наблюдаемых персонажей.

Важно отметить, что стратегия включения предполагаемых высказываний персонажа видеосюжета от первого лица в собственный нарратив отмечалась как у здоровых участников исследования, так и у пациентов с легкой степенью дефицитарных расстройств, однако практически не регистрировалась у больных с выраженными дефицитарными расстройствами. Полученные данные позволяют выдвинуть предположение об универсальном характере данной стратегии, которая утрачивается по мере прогрессирования шизофренического дефекта, что может обуславливать наблюдаемые трудности в построении

теории психического другого человека. В работе Li J. и соавт. (2022) исследовались особенности использования прямой и косвенной речи в нарративе здоровых лиц при пересказе увиденных видеороликов во-ображаемому собеседнику. Авторы объединяли использование прямой речи и сопровождающей ее жестикуляции понятием «depiction» (имитация) в противовес «description» (описание), предполагающим использование косвенной речи. Имитация представляет собой менее ресурсозатратный путь передачи информации, поскольку предполагает непосредственное воспроизведение воспринятого поведения без его преобразования. В свете полученных нами данных о частом использовании прямой речи пациентами с легкой степенью дефицитарной симптоматики можно предположить, что стратегия интеграции прямой речи может функционировать как механизм, позволяющий минимизировать когнитивную нагрузку, связанную с переработкой информации. Это, в свою очередь, облегчает удержание репрезентации ситуации и способствует поддержанию связного нарратива.

Стратегия воспроизведения увиденной жестикуляции персонажей при описании их поведения и взаимодействия с объектами также преимущественно использовалась больными шизофренией с легкой степенью выраженности дефицитарной симптоматики, однако не встречалась в группе здоровых испытуемых, что может быть объяснено активацией компенсаторных механизмов при относительно сохранном уровне когнитивного функционирования, в то время как у здоровых лиц необходимость в подобной компенсации отсутствовала. Данное наблюдение также может отражать специфику перцептивной обработки информации у данной категории пациентов, для которых кинестетическое воспроизведение служит способом закрепления и верификации понимания увиденных социальных взаимодействий.

Концепция адаптивной коммуникации при шизофрении предполагает, что пациенты могут научиться полагаться на сохраненные невербальные каналы для компенсации нарушенных вербальных процессов. Жесты служат не только резервным средством передачи смысла, когда слова не работают, но и активным инструментом, облегчающим поиск информации в памяти и исправление ошибок во время разговора (Howes et al., 2016). Данные поведенческих исследований свидетельствуют о том, что когда пациентов целенаправленно обучают пользоваться жестами, они могут частично восстановить баланс между вербальными и невербальными модальностями, что приводит к улучшению социального взаимодействия (Riedl et al., 2020).

Таким образом, использование вербальных и невербальных компенсаторных стратегий позволяло пациентам с шизофренией точнее понимать позицию персонажей, удерживать логику повествования и эффективнее передавать смысл просмотренных видеосюжетов собеседнику. Полученные результаты открывают перспективы для разработки эффективных психокоррекционных методов, которые в случае пациентов с легкой степенью дефицитарной симптоматики могут быть направлены на одновременное развитие сохраненных компенсаторных механизмов; в отношении пациентов с выраженной дефицитарной симптоматикой — на поэтапное восстановление утраченных функций с акцентом на внешние структурирующие методы. В последнем случае психокоррекция может быть изначально направлена на обучение эффективному использованию жестикуляции, с последующим введением упражнений на моделирование предполагаемой прямой речи от лица другого человека с опорой на внешние стимулы (мимические проявления эмоций, жестикуляцию, действия в рамках конвенциональных социальных сценариев и др.) и включение ее в собственную канву повествования.

Заключение

Результаты проведенного исследования позволили сделать следующие общие выводы.

1. Универсальной стратегией компенсации при восприятии комплексных коммуникативных ситуаций, как здоровыми лицами, так и больными шизофренией, является включение предполагаемых высказываний персонажей в собственную речь; у больных шизофренией эта стратегия утрачивается по мере нарастания дефицитарной симптоматики.

2. Специфическим компенсаторным механизмом при восприятии комплексных коммуникативных ситуаций больными шизофренией с легкой степенью выраженности дефицитарных расстройств является использование стратегии жестикуляции при описании поведения персонажей.

Предполагается, что данные компенсаторные стратегии могут выполнять функцию снижения когнитивной нагрузки при генерировании теории психического другого человека, позволяя поддерживать связный нарратив в процессе коммуникации.

Таким образом, компенсаторные коммуникативные стратегии, наблюдаемые у больных шизофренией, представляют собой важную адаптивную

реакцию на распространенный языковой и социальный когнитивный дефицит, присущий данному расстройству. Компенсаторные стратегии при шизофрении часто являются мультимодальными, объединяя вербальные, невербальные, ресурсные, когнитивные и средовые элементы для смягчения коммуникативного дефицита. Выявление подобных стратегий у пациентов с шизофренией может стать основой для разработки целевых терапевтических вмешательств, направленных как на усиление адаптивных стратегий, так и на обучение новым, эффективным компенсаторным механизмам в процессе социального взаимодействия.

Перспективы исследования связаны с дальнейшим изучением естественных компенсаторных стратегий, облегчающих восприятие комплексных коммуникативных ситуаций больными шизофренией, поскольку такие стратегии не только раскрывают адаптивные возможности пациентов, но и предлагают потенциальные цели для терапевтических вмешательств и обучения навыкам, направленным на улучшение результатов коммуникации.

Ограничения. При интерпретации представленных результатов необходимо учитывать ряд ограничений. Так, в рамках исследования не контролировались различия между участниками по когнитивным характеристикам (память, внимание), которые потенциально могут оказывать влияние на успешность выполнения экспериментальной задачи. Все пациенты с шизофренией были женского пола и проходили лечение в условиях стационара, что ограничивает возможность экстраполяции результатов на другие клинические группы (например, мужчин или амбулаторных пациентов). Также изучаемые группы различались по возрасту, что может влиять на особенности когнитивной обработки информации участников исследования. Для уточнения данных представляется перспективным расширение выборки и дополнение дизайна стандартизированными методами оценки когнитивных функций.

Limitations. When interpreting the presented results, several limitations should be taken into account. The study did not control for individual differences in cognitive characteristics (such as memory and attention), which may influence participants' performance on the experimental task. All patients with schizophrenia were women receiving inpatient treatment, which limits the generalizability of the findings to other clinical groups (e.g., outpatients or male patients with schizophrenia). In addition, the study groups differed in age, which may have affected the cognitive processing patterns of participants. To

refine the current findings, future research should aim to expand the sample and incorporate standardized measures of cognitive functioning.

Список источников / References

1. Критская В.П., Мелешко Т.К. (2015). *Патопсихология шизофрении*. М.: Институт психологии РАН, 389.
Kritskaya, V.P., Meleshko, T.K. (2015) *The pathopsychology of schizophrenia*. M.: Institute of Psychology RAS, 389. (In Russ.).
2. Критская В.П., Мелешко Т.К. (2009). Патопсихологический синдром шизофренического дефекта. *Психиатрия*, 2, 7—15.
Kritskaya, V.P., Meleshko, T.K. (2009). Pathopsychological syndrome of schizophrenic defect. *Psychiatry*, 2, 7—15. (In Russ.).
3. Паникратова Я.Р., Абдуллина Е.Г., Лебедева И.С., Печенкова Е.В. (2021). Мозговые механизмы восприятия сопровождающих речь жестов при шизофрении: обзор. *Российский журнал когнитивной науки*, 8(1-2), 28—52. <https://doi.org/10.47010/21.1-2.3>
Panikratova, Ya.R., Abdullina, E.G., Lebedeva, I.S., Pechenkova, E.V. (2021). Neural underpinnings of co-speech gesture perception in schizophrenia: a review. *The Russian Journal of Cognitive Science*, 8(1-2), 28—52. (In Russ.) <https://doi.org/10.47010/21.1-2.3>
4. Солдаткин В.А. (2018). *Клиническая психометрика: учебное пособие*. ФГБОУ ВО РостГМУ Минздрава России. 2-е изд, доп. Ростов н/Д: РостГМУ. 339 с.
Soldatkin V.A. (2018). *Clinical Psychometrics: A Textbook*. Rostov n/D, RostGMU, 339 p. (In Russ.)
5. Холмогорова А.В. (2016). *Социальное познание как высшая психическая функция и его развитие в онтогенезе*. М.: НЕОЛИТ, 2016. 312 с.
Holmogorova A.V. (2016). *Social cognition as the higher mental function and its development in ontogenesis*. Moscow, NEOLIT, 2016, 312. (In Russ.)
6. Allott, K., Van-Der-El, K., Bryce, S., Parrish, E.M., McGurk, S.R., Hetrick, S., Velligan, D. (2020). Compensatory interventions for cognitive impairments in psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia bulletin*, 46(4), 869—883. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbz134>
7. Cuevas, P., He, Y., Steines, M., Straube, B. (2022). The processing of semantic complexity and cospeech gestures in schizophrenia: a naturalistic, multimodal fMRI study. *Schizophrenia Bulletin Open*, 3(1), e026. <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgac026>
8. Figueroa-Barra, A., Del Aguila, D., Cerda, M., Gaspar, P.A., Terissi, L.D., Durán, M., Valderrama, C. (2022). Automatic language analysis identifies and predicts schizophrenia in first-episode of psychosis. *Schizophrenia* (1), article 53. <https://doi.org/10.1038/s41537-022-00259-3>
9. Fuentes-Claramonte, P., Soler-Vidal, J., Salgado-Pineda, P., Ramiro, N., Garcia-Leon, M.A., Cano, R., Arévalo, A., Munuera, J., Portillo, F., Panicali, F.,

- Sarró, S., Pomarol-Clotet, E., McKenna, P., Hinzen, W. (2022). Processing of linguistic deixis in people with schizophrenia, with and without auditory verbal hallucinations. *NeuroImage. Clinical*, 34, article 103007. <https://doi.org/10.1016/j.nicl.2022.103007>
10. Gupta, T., Osborne, K.J., Mittal, V.A. (2021). Abnormal gesture perception and clinical high-risk for psychosis. *Schizophrenia bulletin*, 47(4), 938—947. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab056>
 11. Howes, C., Lavelle, M., Healey, P., Hough, J., McCabe, R. (2016). Helping hands? Gesture and self-repair in schizophrenia. Proceedings of the Resources and Processing of Linguistic and Extra-Linguistic Data from People with Various Forms of Cognitive/Psychiatric Impairments. *RaPID*, 23, 9—13.
 12. Jauhar, S., Johnstone, M., McKenna, P. J. (2022). Schizophrenia. *The Lancet*, 399(10323), 473—486. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01730-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01730-X)
 13. Li, J., Dijkstra, K., Zwaan, R.A. (2022). The use of direct and indirect speech across psychological distance. *Memory & Cognition*, 50(8), 1816—1825. <https://doi.org/10.3758/s13421-021-01267-x>
 14. Lucarini, V., Cangemi, F., Daniel, B.D., Lucchese, J., Paraboschi, F., Cattani, C., Tonna, M. (2022). Conversational metrics, psychopathological dimensions and self-disturbances in patients with schizophrenia. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 272(6), 997—1005. <https://doi.org/10.1007/s00406-021-01329-w>
 15. Lundin, N.B., Cowan, H.R., Singh, D.K., Moe, A.M. (2023). Lower cohesion and altered first-person pronoun usage in the spoken life narratives of individuals with schizophrenia. *Schizophrenia research*, 259, 140—149. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2023.04.001>
 16. Martzoukou, M., Papadopoulos, D., Kosmidis, M.H. (2023). Syntactic and affective prosody recognition: Schizophrenia vs. Autism spectrum disorders. *Plos one*, 18(10), e0292325. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0292325>
 17. Riedl, L., Nagels, A., Sammer, G., Straube, B. (2020). A multimodal speech-gesture training intervention for patients with schizophrenia and its neural underpinnings—the study protocol of a randomized controlled pilot trial. *Frontiers in psychiatry*, 11(110), 1—15. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00110>
 18. Ventura, J., Wood, R.C., Jimenez, A.M., Helleman, G.S. (2013). Neurocognition and symptoms identify links between facial recognition and emotion processing in schizophrenia: meta-analytic findings. *Schizophrenia research*, 151(1-3), 78—84. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2013.10.015>

Информация об авторах

Анна Юрьевна Белоусова, аспирант, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5037-2384>, e-mail: a.yu.belousova@gmail.com

Инга Сергеевна Короткова, кандидат психологических наук, доцент кафедры медицинской психологии и психофизиологии, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9614-4329>, e-mail: i.s.korotkova@spbu.ru

Ольга Юрьевна Щелкова, доктор психологических наук, профессор, зав. кафедрой медицинской психологии и психофизиологии, факультет психологии, Санкт-Петербургский государственный университет (ФГБОУ ВО СПбГУ), Санкт-Петербург, Российская Федерация, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: o.shhelkova@spbu.ru

Information about the authors

Anna Yu. Belousova, postgraduate student, Department of Psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-5037-2384>, e-mail: a.yu.belousova@gmail.com

Inga S. Korotkova, PhD in Psychology, Associate Professor, Department of Psychology, Saint Petersburg State University, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9614-4329>, e-mail: i.s.korotkova@spbu.ru

Olga Yu. Shchelkova, Doctor of Psychology, Professor, Head of the Department of Medical Psychology and Psychophysiology, Saint Petersburg State University; Senior Research Fellow, Bekhterev National Medical Research Centre of Psychiatry and Neurology, Saint Petersburg, Russian Federation, ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-9444-4742>, e-mail: o.shhelkova@spbu.ru

Вклад авторов

Белуосова А.Ю. — формирование дизайна исследования; проведение эмпирической части исследования и контроль за ходом эксперимента; написание и оформление рукописи; подготовка графических материалов для визуализации результатов.

Короткова И.С. — разработка протокола эксперимента; обеспечение аппаратной части исследования; выбор и обоснование статистических методов; обработка и систематизация полученных данных; проведение математико-статистической обработки.

Щелкова О.Ю. — экспертный анализ концепции исследования; консультации по интерпретации результатов; рецензирование промежуточных выводов; рекомендации по направлениям развития работы; координация взаимодействия с медицинским учреждением.

Все авторы приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors

Anna Yu. Belousova — study design creation; empirical data collection and control over the research; writing and design of the manuscript; results visualization.

Inga S. Korotkova — experimental protocol development; technical resource management; statistical method selection; data processing and systematization; statistical analysis implementation.

Olga Yu. Shchelkova — conceptual framework evaluation; analytical consultation; interim findings review; research direction advising; institutional collaboration coordination.

All authors participated in the discussion of the results and approved the final text of the manuscript.

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Декларация об этике

Письменное информированное согласие на участие в настоящем исследовании было предоставлено респондентами.

Ethics statement

Written informed consent for participation in this study was obtained from the participants.

Поступила в редакцию 04.08.2025

Received 2025.08.04

Поступила после рецензирования 08.12.2025

Revised 2025.12.08

Принята к публикации 15.12.2025

Accepted 2025.12.15