Экспериментальная психология
2026. *19*(3), 154–168.
https://doi.org/10.17759/exppsy.2026190309
ISSN: 2072-7593
ISSN: 2311-7036 (online)

Experimental Psychology (Russia)
2026. *19*(3), 154–168.
https://doi.org/10.17759/exppsy.2026190309
ISSN: 2072-7593
ISSN: 2311-7036 (online)

Научная статья | Original paper

Способность к эмпатии у больных с расстройствами шизофренического спектра: сопоставление субъективной оценки с данными экспериментального исследования

М.А. Москачева[1] ✉, **А.Б. Холмогорова**[1, 2]
[1] Московский государственный психолого-педагогический университет,
Москва, Российская Федерация
[2] Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского,
Москва, Российская Федерация
✉ moskacheva.m@gmail.com

Резюме
Контекст и актуальность. Эмпатия — многофакторная способность, которая определяет качество межличностных отношений и уровень социальной адаптации. Исследования эмпатии у пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШЗ) демонстрируют неоднозначные результаты: в некоторых научных работах выявляются значительные дефициты эмпатических способностей, тогда как другие не подтверждают наличие таких нарушений. Возможным объяснением этих противоречий являются ограничения опросниковых методик при измерении эмпатических способностей; при этом отмечается недостаток отечественных и зарубежных исследований, в которых данные самоотчетов сопоставлялись бы с результатами экспериментальных методик измерения способности к эмпатии. Актуальность таких исследований определяется необходимостью поиска наиболее точных методов оценки эмпатии у лиц с РШЗ и выделения специфических для этой группы эмпатических дефицитов. **Цель**: сопоставление субъективной оценки способности к эмпатии с данными экспериментального исследования. **Гипотеза.** Показатели эмпатических способностей у пациентов с шизофренией и шизоаффективным расстройством, полученные с помощью опросниковых методик, оказываются выше по сравнению с данными, полученными при использовании экспериментальных методов: пациенты с РШС недооценивают уровень своего эмпатического дефицита. **Методы и материалы.** В выборку вошли 53 испытуемых: 36 пациентов с расстройствами шизофренического спектра и 17 психически здоровых испытуемых в возрасте от 21 до 50 лет (средний возраст: M = 30,1 (SD = 8,8) и M = 30 (SD = 7) соответственно; 30 мужчин и 23 женщины). Для достижения цели исследования применялись следующие методики: для оценки выраженности психопатологической симптоматики — Симптоматический опросник SCL-90 и Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS; для оценки способности к эмпатии — Индекс межличностной реактивности Девиса (IRI) и модифицированная полупроективная методика «Стратегии утешения» Ф.Е. Василюка и Е.В. Шерягиной (оценка способности к эмпатии). Для сбора основных социодемографических данных применялась анкета. **Результаты.** Группы испытуемых не отличаются по показателям эмпатии, измеренным с помощью опросникового метода IRI: пациенты с расстройствами шизофренического спектра оценивают свои способности к смене позиции, состраданию и сопереживанию на уровне здоровых испытуемых ($p > 0,05$); единственный показатель, по которому получены различия, — эмпатический дистресс: в ситуациях межличностного общения, в которых приходится сталкиваться с чувствами другого человека в кризисной для него ситуации, пациенты с РШС испытывают более интенсивные эмоции тревоги,

© Москачева М.А., Холмогорова А.Б., 2026

CC BY-NC

чем лица из группы нормы. При выполнении методики «Стратегии утешения» пациенты с шизоаффективным расстройством чаще, чем здоровые испытуемые, использовали реплики, относящиеся к формальной или антиподдержке (т. е. реплики, не направленные на нормализацию эмоционального состояния другого человека и даже усиливающие его душевный дискомфорт), их способность оказывать рефлексивную и эмоциональную поддержку снижена по сравнению с группой нормы ($p < 0,01$). **Выводы.** Показатели эмпатических способностей у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, полученные на основе опросниковых методик, выше по сравнению с данными, полученными с помощью экспериментальных методов. Пациенты с расстройствами шизофренического спектра чаще, чем психически здоровые лица, оказывают непродуктивную поддержку другим людям. Это свидетельствует о том, что пациенты с РШС недооценивают уровень своего эмпатического дефицита. Опросниковые методики недостаточно эффективны для оценки способности к эмпатии у пациентов с РШС, поскольку не выявляют имеющийся у них дефицит эмпатического отклика на эмоциональное состояние другого человека.

Ключевые слова: расстройства шизофренического спектра, эмпатия, социальное познание, социальная поддержка, стратегии утешения

Для цитирования: Москачева, М.А., Холмогорова, А.Б. (2026). Способность к эмпатии у больных с расстройствами шизофренического спектра: сопоставление субъективной оценки с данными экспериментального исследования. *Экспериментальная психология, 19*(3), 154—168. https://doi.org/10.17759/exppsy.2026190309

Empathy ability in patients with schizophrenia-spectrum disorders: Subjective assessment and experimental study data

M.A. Moskacheva[1] ✉, **A.B. Kholmogorova**[1, 2]
[1] Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation
[2] N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russian Federation
✉ moskacheva.m@gmail.com

Abstract
Context and relevance. Empathy is a multifactorial ability that determines the quality of interpersonal relationships and the level of social adaptation. Research on empathy in patients with schizophrenia spectrum disorders (SSD) yields mixed results: some studies show significant deficits, while others do not confirm these differences. A possible explanation for these contradictions is the limitations of self-report methods in measuring empathic abilities, with a noted lack of both domestic and international studies in which self-report data are compared with results from experimental measures of empathy. The relevance of such studies is determined by the need to identify the most accurate methods for assessing empathy in individuals with SSD and to highlight empathy deficits that are specific to this group. **Objective**: to compare subjective assessments of empathic ability with data obtained from experimental research. **Hypothesis.** Indicators of empathic abilities in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder, measured using questionnaire-based methods, are higher than those obtained through experimental approaches, as patients with RSD often underestimate their level of empathic deficit. **Methods and materials.** The study involved 53 participants: 36 patients with schizophrenia spectrum disorders and 17 mentally healthy controls, aged 21 to 50 years (mean age: M = 30.1, SD = 8.8 for patients; M = 30, SD = 7 for controls). The sample included 30 males and 23 females. To achieve the research aim, the following instruments were used: the Symptomatic Questionnaire SCL-90, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) for assessing psychopathological symptoms, the

Davis Interpersonal Reactivity Index (IRI), and the modification of Fyodor Vasilyuk and Elena Sheryagina's Technique of "Comforting Strategies" for evaluating empathic ability. **Results.** No significant differences were found between the groups in empathy indicators measured via the IRI questionnaire: patients with schizophrenia spectrum disorders assessed their capacities for perspective-taking, compassion, and empathic concern at levels comparable to healthy controls ($p > 0.05$). The only significant difference was in empathic distress: during interpersonal situations involving others' feelings in crises, patients with RSD experienced more intense anxiety than controls. In the "Comforting Strategies" task, patients with schizoaffective disorder more frequently employed responses related to formal or counter-support (i.e., responses not aimed at normalizing the emotional state of the other person and even exacerbating their discomfort). Their ability to provide reflexive and emotional support was lower than that of the control group ($p < 0.01$). **Conclusions.** Empathy indicators obtained via questionnaire methods in patients with schizophrenia and schizoaffective disorder are higher than those derived from experimental assessments. Patients with schizophrenia spectrum disorders more often than healthy individuals provide unproductive support, indicating that they tend to underestimate their level of empathic deficit. Questionnaire-based methods are insufficiently effective for assessing empathic ability in these patients, as they fail to reveal existing deficits in empathic responsiveness to the emotional states of others.

Keywords: schizophrenia spectrum disorders, empathy, social cognition, social support, comforting strategies

For citation: Moskacheva, M.A., Kholmogorova, A.B. (2026). Empathy ability in patients with schizophrenia-spectrum disorders: Subjective assessment and experimental study data. *Experimental Psychology (Russia), 19*(3), 154—168. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/exppsy.2026190309

Введение

Эмпатия — сложный многофакторный конструкт, связанный с качеством межличностных отношений и успешностью социального функционирования. Феноменология шизофрении предполагает снижение способности к эмпатии, однако результаты исследований эмпатии при расстройствах шизофренического спектра (далее — РШЗ) противоречивы. Согласно одним данным, у пациентов с РШЗ по сравнению с психически здоровыми людьми наблюдались значительно сниженные показатели эмпатической заботы, смены позиции и сопереживания (Bonfils et al., 2017; Chuang, Wu, Wang, 2021; Wang et al., 2026), согласно другим — таких различий получено не было (Холмогорова, 2016; Donkersgoed et al., 2019). При применении опросниковых методик измерения эмпатии (например, ставшего уже классическим Индекса межличностной реактивности, IRI) наибольшая согласованность в разных исследованиях достигается при измерении такого показателя, как «эмпатический дистресс», под которым понимаются переживания сильного дискомфорта и тревоги при наблюдении за переживанием другого человека (Холмогорова, 2016; Michaels et al., 2014; Bonfils et al., 2017) — у пациентов с РШЗ этот показатель, как правило, значимо выше.

Наиболее выраженные нарушения когнитивной эмпатии характерны для лиц с большим стажем заболевания, в то время как лица с ранней стадией шизофрении, по некоторым данным, демонстрируют значительно более сохранную способность к смене позиции (Bonfils et al., 2017; Canty et al., 2021; Белоусова, Зотова, Короткова, 2025; Белоусова, Короткова, Щелкова, 2026). При этом часть авторов считает, что этот феномен объясняется не прогрессирующим течением заболевания, а недостаточной чувствительностью опросниковых методик измерения эмпатии. В частности, в одном из исследований делается вывод о недо-

статочности психометрических свойств Индекса межличностной реактивности Девиса (IRI) для измерения эмпатических способностей лиц с высокой выраженностью шизотипических черт, при этом в случае лиц с низкой степенью их выраженностью опросник IRI является, по мнению авторов статьи, надежным инструментом (Hammer et al., 2024). В других экспериментах (Donkersgoed et al., 2024; Wang et al., 2026) показано, что у больных с РШС уровень эмпатии, измеренный методом самоотчета, не совпадает с фактическим уровнем.

В научной литературе все чаще встает вопрос об ограничениях существующих опросниковых методов при изучении способности к эмпатии у больных с РШС и необходимости создания более точных инструментов оценки (Холмогорова, 2016; Michaels et al., 2014; Donkersgoedet al., 2019; Hammer et al., 2024; Wang et al., 2026). При этом отмечается недостаток отечественных и зарубежных исследований, в которых данные самоотчетов сопоставлялись бы с результатами экспериментальных методик измерения способности к эмпатии. Такие исследования могли бы способствовать выявлению наиболее точных методов оценки эмпатии, выделению специфических для этой группы пациентов эмпатических дефицитов и, как следствие, определению научно обоснованных мишеней помощи при РШЗ.

Целью исследования стало сопоставление показателей эмпатических способностей у больных с расстройствами шизофренического спектра, измеренных с помощью опросниковой и экспериментальной методик. Таким образом, во время исследования участникам следовало не просто дать самоотчет о наличии у себя определенных навыков, а продемонстрировать владение ими при выполнении определенной задачи. В соответствии с целью исследования была выдвинута ***гипотеза***: показатели эмпатических способностей у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, полученные на основе опросниковых методик, выше по сравнению с данными, полученными с помощью экспериментальных методик, поскольку пациенты с РШС недооценивают имеющийся у них дефицит эмпатических способностей.

Методы и материалы

Выборка. В исследовании приняли участие 53 человека: 36 пациентов с расстройствами шизофренического спектра (РШС) и 17 здоровых испытуемых.

Критериями *включения* являлись: возраст испытуемых от 21 до 50 лет; информированное согласие испытуемого принять участие в исследовании; соответствующий диагноз, поставленный врачом-психиатром в соответствии с критериями МКБ-10; для группы нормы — отсутствие у здоровых лиц психопатологической симптоматики и отсутствие опыта обращения за психиатрической помощью за последние два года.

Критерии *исключения*: интеллектуальное снижение, а также нарушения памяти, внимания и работоспособности по органическому типу, которые могли помешать адекватному пониманию инструкций и заполнению методик.

Группа пациентов с расстройствами шизофренического спектра представлена больными шизофренией (F 20.0) и шизоаффективным расстройством (F 25, все формы): 16 и 20 человек соответственно; средний возраст — 30,9 года (SD = 8,8); 20 мужчин и 16 женщин. Средняя длительность заболевания составила 11,6 ± 9,0 лет, все пациенты на момент обследования находились на этапе становления ремиссии. В группу нормы вошли 17 человек, из них 10 мужчин и 7 женщин; средний возраст — 30,7 года (SD = 7,1).

Группы испытуемых не различались по полу (хи-квадрат, $p > 0,05$) и возрасту (U-критерий Манна-Уитни, $p > 0,05$), что позволило нам не учитывать эти параметры в дальнейшем.

Методики исследования. Для оценки *психопатологической симптоматики* использовались следующие методики:

- Опросник выраженности психопатологической симптоматики — Simptom check list-90-Revised — SCL-90-R (Derogatis, Rickels, Rock, 1976; адаптация Н.В. Тарабриной, 2001), состоящий из 90 вопросов, каждый из которых относится к одной из девяти шкал: соматизация, обсессивно-компульсивное расстройство, интерперсональная чувствительность, депрессия, тревога, враждебность, фобическая тревога, параноидное мышление, психотизм. Дополнительно подсчитываются три интегративных показателя, отражающих степень тяжести симптомов.
- Госпитальная шкала тревоги и депрессии — The Hospital Anxiety and Depression Scale — HADS (Zigmond, Snaith, 1983; адаптация М.Ю. Дробижева, 1993), предназначенная для первичного выявления симптомов тревоги и депрессии.

Обе клинические шкалы являются методиками диагностики на основе самоотчета испытуемого.

Для диагностики *способности к эмпатии* было выбрано две методики.

- Индекс межличностной реактивности (Interpersonal reactivity index, IRI) (Davis, 1983; адаптация Н.А. Будаговской, С.В. Дубровской, Т.Д. Карягиной, 2013): опросник направлен на количественную оценку способности к эмпатии по факторам «децентрация» (смена позиции, способность ставить себя на место другого человека и учитывать его точку зрения), «фантазия» (умение ставить себя на место вымышленного героя и сопереживать ему), «эмпатическая забота» (сострадание и желание помочь другому человеку), «эмпатический дистресс» (чувства тревоги и дискомфорта при наблюдении переживаний другого человека).
- Модифицированная полупроективная методика «Стратегии утешения» Ф.Е. Василюка и Е.В. Шерягиной (Холмогорова и др., 2019). Испытуемому предлагается дать свой вариант ответа на фразы взрослого и ребенка, попавших в трудную жизненную ситуацию. Ответы испытуемых кодируются экспертным методом в зависимости от типа оказываемой социальной поддержки: антиподдержка (провоцирует усиление негативных чувств у партнера по общению), формальная (отсутствие истинного эмпатического отклика на переживание другого — реплика испытуемого содержит речевые клише или банальные фразы), инструментальная (неформальный совет или предложение помощи), эмоциональная (нормализация душевного состояния партнера) и рефлексивно-деятельностная поддержка (активизация ресурсов партнера). Каждый тип поддержки оценивается определенным количеством баллов (например, реплике, закодированной экспертом как формальный тип поддержки, присваивается 1 балл, а эмоциональной поддержке — 4 балла). Чем больше суммарный балл по методике, тем лучше развиты способность испытуемого к оказанию поддержки. В настоящем исследовании анализировался как суммарный балл, так и распределение ответов разных типов в каждой из групп испытуемых. Кодировка реплик осуществлялась двумя независимыми экспертами.

Таким образом, оценка способности к эмпатии проводилась как методом самоотчета испытуемого, так и с помощью экспериментальной методики, при выполнении которой было необходимо продемонстрировать умение оказывать разные типы помощи человеку, переживающему негативные эмоции.

Базы и процедура исследования. Исследование проводилось с 2021 по 2023 год на следующих клинических базах: Московский НИИ психиатрии — филиал ФГБУ «НМИЦ психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России, Психиатрическая клиническая больница № 4 им. П.Б. Ганнушкина.

На этапе выписки из отделений и стационаров соответствующих клинических баз пациенту предлагалось принять участие в настоящем исследовании. После ознакомления с соответствующими документами (информационный листок пациента с доступным изложением основных целей, процедур и потенциальных рисков исследования) пациенты давали добровольное информированное согласие на участие в исследовании и согласие на обработку персональных данных. Затем пациенту необходимо было заполнить при участии экспериментатора психологические опросники и клинические шкалы, процедура заполнения занимала в среднем 1,5—2 часа.

Группа нормы набиралась методом «снежного кома», испытуемые также давали информированное согласие на участие в исследовании, затем заполняли методики в печатном или электронном виде (в зависимости от собственных предпочтений). Всего было собрано 40 протоколов здоровых испытуемых, однако после обработки клинических шкал 23 человека были удалены из исследования, так как их показатели психопатологической симптоматики хотя бы по одной из двух методик (SCL-90 и HADS) превышали значения «коридора нормы». Данные по клиническим шкалам приводятся в следующем разделе.

Статистический анализ проводился с помощью пакета IBM SPSS (v.22).

Результаты

1. Клиническая характеристика обследованной выборки на основе опросниковых шкал HADS и SCL-90-R

В табл. 1 приводятся результаты сравнительного анализа психопатологической симптоматики в группах испытуемых: клиническая группа значимо отличается по всем параметрам от испытуемых группы нормы.

Таблица 1 / Table 1

Сравнение показателей клинических шкал у больных расстройствами шизофренического спектра (РШС) и здоровых испытуемых
Comparison of clinical scale scores between patients with schizophrenia spectrum disorders (SSD) and healthy controls

Показатели тяжести клинической симптоматики / The severity of psychopathological symptoms	Группа испытуемых / Group		p (Mann Whitney test)
	РШЗ / SSD N = 36	Норма / Healthy controls N = 17	
	M (SD)	M (SD)	
Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS / Hospital Anxiety and Depression Scale HADS			
Тревога / Anxiety	7,9 (5,2)	3 (2,1)	0,002**
Депрессия / Depression	7,5 (4,9)	2,4 (1,7)	0,002**

Показатели тяжести клинической симптоматики / The severity of psychopathological symptoms	**Группа испытуемых / Group**		**p (Mann Whitney test)**
	РШЗ / SSD N = 36	**Норма / Healthy controls N = 17**	
	M (SD)	M (SD)	
SCL-90-R — Опросник выраженности психопатологической симптоматики / Symptom Checklist-90-Revised			
Общий индекс тяжести / General severity index	1,01 (0,86)	0,16 (0,1)	0,000***
Общее число утвердительных ответов / Positive Symptom Total	37,83 (25,8)	11,12 (6,4)	0,000***
Индекс симптоматического дистресса / Positive Symptom Distress Index	2,08 (0,84)	1,29 (0,31)	0,001**
Соматизация / Somatization	0,9 (0,9)	0,25 (0,28)	0,006**
Обсессивно-компульсивные расстройства / Obsessive-Compulsive disorders	1,33 (1,05)	0,25 (0,20)	0,000***
Интерперсональная чувствительность / Interpersonal Sensitivity	1,15 (1,06)	0,24 (0,22)	0,003**
Депрессия / Depression	1,31 (1,12)	0,17 (0,14)	0,000***
Тревога / Anxiety	0,93 (0,98)	0,1 (0,18)	0,000***
Враждебность / Hostility	0,8 (0,79)	0,22 (0,22)	0,04*
Фобическое избегание / Phobic Anxiety	0,67 (0,9)	0,03 (0,06)	0,004**
Параноидное мышление / Paranoid Ideation	0,86 (0,9)	0,06 (0,12)	0,000***
Психотизм / Psychoticism	0,81 (0,79)	0,04 (0,07)	0,000***

П*римечание*: M — среднее значение; SD — стандартное отклонение; N — число испытуемых; p — уровень значимости, «*» — $p < 0,05$; «**» — $p < 0,01$; «***» — $p < 0,001$.
Note: M — mean; SD — standard deviation; N — number of subjects; p — level of significance; «*» — $p < 0.05$; «**» — $p < 0.01$; «***» — $p < 0.001$.

2. Сравнение показателей способности к эмпатии, измеренных с помощью самоотчетной методики «Межличностный индекс реактивности» (IRI), в группах больных расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых

В табл. 2 приводятся результаты сравнительного анализа способности к эмпатии (опросник «Индекс межличностной реактивности», IRI) в группах пациентов с расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых. Статистически достоверных различий между группами по показателям децентрации, фантазирования и эмпатической заботы обнаружить не удалось. Пациенты с расстройствами шизофренического спектра оценивают свои способности к смене позиции / принятию точки зрения другого, пониманию чувств и переживаний других людей, состраданию чужому несчастью на уровне,

сопоставимом с оценкой аналогичных способностей здоровыми лицами. Единственным показателем, по которому получены статистически значимые различия, является эмпатический дистресс: согласно субъективной оценке, больные расстройствами шизофренического спектра испытывают более интенсивные чувства тревоги и психического дискомфорта при наблюдении переживаний других людей по сравнению со здоровыми испытуемыми.

Таблица 2 / Table 2

Сравнение показателей опросника «Индекс межличностной реактивности» (IRI) в группах больных расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых
Comparison of IRI scores between patients with schizophrenia spectrum disorders and healthy controls

Шкалы опросника «Индекс межличностной реактивности», IRI / Scales of the Interpersonal Reactivity Index	**Группа испытуемых / Group**		**p (Mann Whitney test)**
	РШЗ / SSD N = 36	**Норма / Healthy subjects N= 17**	
	M (SD)	M (SD)	
Децентрация (PT) / Perspective-Taking	15,69 (4,1)	15,29 (3,9)	0,871
Фантазирование (FS) / Fantasy	16,97 (5,2)	16,24 (4,9)	0,702
Эмпатическая забота (EC) / Empathic Concern	16,08 (6,6)	15,35 (3,7)	0,292
Эмпатический дистресс (PD) / Personal Distress	14,22 (6,5)	10 (3,1)	0,018*

Примечание: РШЗ — группа пациентов с расстройствами шизофренического спектра; M — среднее значение; SD — стандартное отклонение; N — число испытуемых; p — уровень значимости; «*» — $p < 0,05$.
Note: SSD — group of patients with schizophrenia spectrum disorders; M — mean; SD — standard deviation; N — number of subjects; p — level of significance; «*» — $p < 0.05$.

3. Сравнение способности к оказанию разных типов поддержки, измеренной с помощью модифицированной полупроективной методики «Стратегии утешения» Ф.Е. Василюка и Е.В. Шергиной, в группах больных расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых

Для повышения надежности оценки способности к оказанию поддержки с помощью модифицированной полупроективной методики «Стратегии утешения» Ф.Е. Василюка и Е.В. Шерягиной (адапт. А.Б. Холмогоровой и соавт., 2019) ответы испытуемых на каждую из десяти реплик были закодированы двумя независимыми экспертами (см. раздел «Методы и материалы»). Сумма баллов, полученных за десять ответов, представляет собой интегральный показатель методики. На рис. 1 представлены графики интегральных показателей способности к оказанию социальной поддержки, рассчитанных по оценкам каждого из двух экспертов, а также график усредненных показателей. Коэффициент корреляции между суммарными оценками, полученными на основе кодировок каждого эксперта, составил 0,842 при уровне значимости 0,000 (R Спирмена).

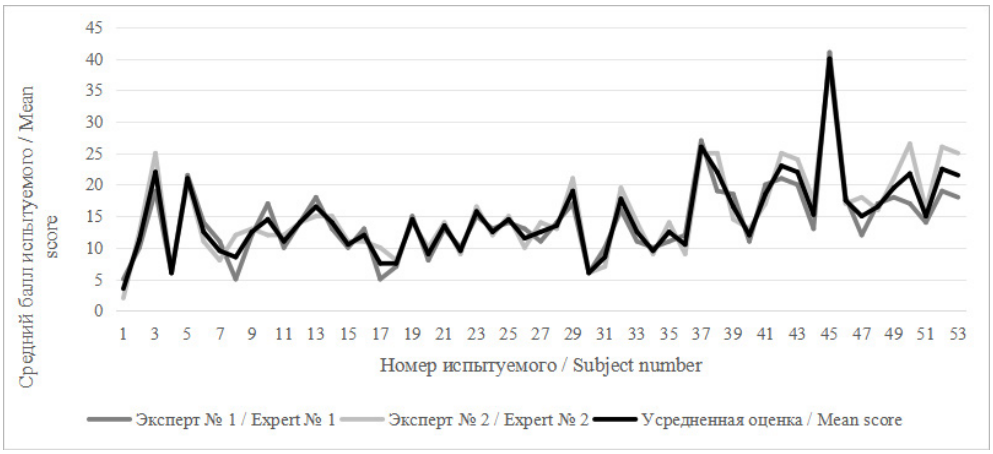


Рис. 1. Согласованность экспертных оценок ответов испытуемых в модифицированной методике «Стратегии утешения»
Fig. 1. Inter-rater reliability of expert assessments of participant responses in the modification of Fyodor Vasilyuk and Elena Sheryagina's Technique of Comforting Strategies

В табл. 3 представлены результаты сравнительного анализа способности к оказанию различных типов поддержки в группах больных расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых. Как видно из табл. 3, при выполнении задания на моделирование взаимодействия с человеком, находящимся в сложной ситуации, больные расстройствами шизофренического спектра продемонстрировали более низкие показатели способности оказывать различные формы поддержки по сравнению со здоровыми испытуемыми. Выявленные различия характеризовались высоким уровнем статистической значимости ($p < 0,01$).

Таблица 3 / Table 3

Показатели модифицированной полупроективной методики «Стратегии утешения» в группах больных расстройствами шизофренического спектра и здоровых испытуемых / Scores on the modification of Fyodor Vasilyuk and Elena Sheryagina's Technique of Comforting Strategies' in groups of patients with schizophrenia spectrum disorders and healthy controls

Модифицированная методика «Стратегии утешения» Ф.Е. Василюка и Е.В. Шерягиной / Modification of Fyodor Vasilyuk and Elena Sheryagina's Technique of Comforting Strategies'	**Группа испытуемых / Group**		**p (Mann Whitney test)**
	РШЗ / SSD N = 36	**Норма / Healthy subjects N = 17**	
	M (SD)	M (SD)	
Способность оказывать поддержку / Ability to provide support	12,88 (4,7)	18,72 (7,2)	0,002**

Примечание: РШЗ — группа пациентов с расстройствами шизофренического спектра; M — среднее значение; SD — стандартное отклонение; N — число испытуемых; p — уровень значимости, «**» — $p < 0,01$.
Note: SSD — group of patients with schizophrenia spectrum disorders; M — mean; SD — standard deviation; N — number of subjects; p — level of significance; «**» — $p < 0.01$.

На рис. 2 и 3 представлено распределение ответов испытуемых по типам стратегий утешения. Так как в обработке методики участвовало два эксперта и их кодировки совпадали не во всех случаях (одной и той же реплике испытуемого могли быть присвоены разные категории), было принято решение представить результаты на двух рисунках. Как видно на рис. 2 (кодировка ответов экспертом № 1), в группе пациентов с расстройствами шизофренического спектра наиболее распространенными типами стратегий утешения являются формальная и антиподдержка (62%, т. е. более половины от общего числа реплик); на долю инструментальной поддержки приходится 31% реплик, эмоциональной и рефлексивной — 7%. В группе нормы аналогичные показатели распределены следующим образом: на долю анти- и формальной поддержки приходится менее половины ответов (40%), инструментальной поддержки — 37%, и почти четверть ответов (23%) отнесена экспертом к рефлексивному или эмоциональному типам поддержки. Эти различия являются статистически значимыми (хи-квадрат, p = 0,002).

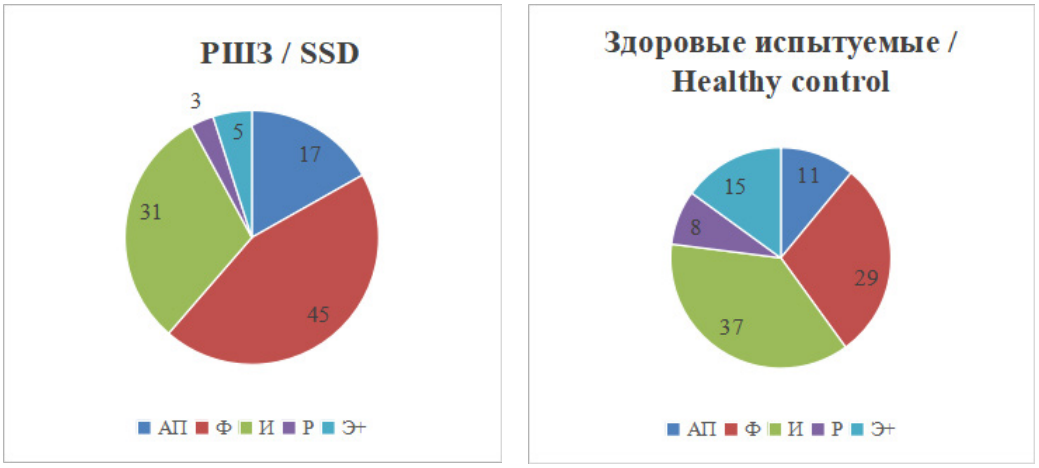


Рис. 2. Распределение (%) ответов испытуемых по типам стратегий утешения (**эксперт № 1**): АП — антиподдержка; Ф — формальная поддержка; И — инструментальная поддержка; Р — рефлексивная; Э+ — разные типы эмоциональной поддержки (эмоциональная, инструментально- и рефлексивно-эмоциональная)

Fig. 2. Distribution (%) of different types of support strategies in groups of patients with schizophrenia spectrum disorders and healthy controls (**Expert No. 1**): АП — antipode support; Ф — formal support; И — instrumental support; Р — reflexive support; E+ — various types of emotional support (emotional, instrumental, and reflexive-emotional support)

Похожие результаты получены и при анализе ответов, отнесенных вторым экспертом к различным типам поддержки (рис. 3). У больных с РШС в более чем половине случаев ответы были закодированы как формальная и антиподдержка (63%), тогда как на долю различных типов эмоциональной и рефлексивной поддержки пришлось всего 6% реплик, а на долю инструментальной поддержки — 31%. В то же время в группе нормы более половины ответов соответствовали инструментальному (34%), рефлексивному и эмоциональному типам поддержки (в совокупности 20%); на долю формальной и антиподдержки приходится 46% от общего числа реплик. Эти различия в распределении типов ответов в двух группах также являются статистически значимыми (хи-квадрат, p = 0,003).

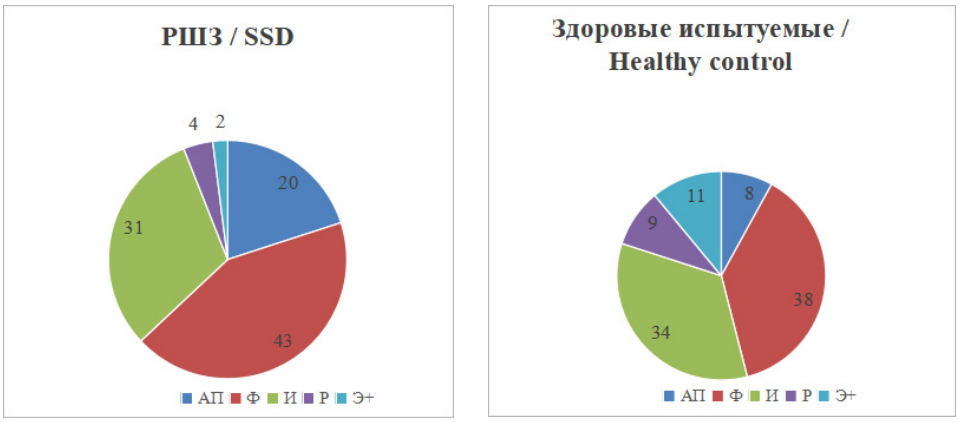


Рис. 3. Распределение (%) ответов испытуемых по типам стратегий утешения (**эксперт № 2**): АП — антиподдержка, Ф — формальная поддержка, И — инструментальная поддержка, Р — рефлексивная, Э+ — разные типы эмоциональной поддержки (эмоциональная, инструментально- и рефлексивно-эмоциональная)

Fig. 3. Distribution (%) of different types of support strategies in groups of patients with schizophrenia spectrum disorders and healthy controls (**Expert No. 2**): АП — antipode support; Ф — formal support; И — instrumental support; Р — reflexive support; Е+ — various types of emotional support (emotional, instrumental, and reflexive-emotional support)

Обобщая полученные данные, можно сделать вывод, что больные с расстройствами шизофренического спектра чаще, чем здоровые испытуемые, оказывают формальную или антиподдержку, их способность оказывать рефлексивную и эмоциональную поддержку снижена по сравнению с группой нормы.

Обсуждение результатов

Полученные результаты подтверждают выдвинутую гипотезу. При заполнении опросника «Индекс межличностной реактивности» (IRI) пациенты с шизофренией и шизоаффективным расстройством оценивают свои эмпатические способности на уровне, сопоставимом с оценками здоровых испытуемых. По субъективной оценке участников, их способности к учету точки зрения других людей, пониманию их чувств и переживаний, готовность помочь, а также склонность испытывать чувства теплоты и заботы по отношению к другим ничем не отличаются от аналогичных показателей у здоровых.

Отметим, что показатели эмпатических способностей, полученные в настоящем исследовании, оказались ниже данных, полученных авторами адаптации методики на российской выборке студентов-психологов (Карягина, Кухтова, 2016), и ближе к значениям, зафиксированным на выборке взрослых — представителей технических и помогающих профессий (Холмогорова и др.и, 2019). В последней работе было показано, что метод, основанный на самоотчете испытуемого, обладает недостаточной надежностью не только для измерения эмпатии у пациентов с РШЗ, но и у здоровых лиц: показатели по методике IRI у IT-специалистов совпадали с оценками консультирующих психологов, однако при выполнении задания на утешение другого человека в симулированной ситуации их результаты значительно различались.

Как показывают и другие исследования, люди, как правило, с большей охотой признают у себя наличие эмпатического дистресса и дефицит когнитивной эмпатии, чем других ее форм (например, эмпатической заботы) (Москачева, Холмогорова, Гаранян, 2014; Холмогорова, 2016). Можно предположить, что в силу социальной желательности такие положительные качества, как отзывчивость, чуткость, добросердечие, вызывают тенденцию приписывать себе более высокий уровень эмоциональной эмпатии как у здоровых людей, так и у пациентов с РШЗ. При этом «разрыв» между фактическим уровнем способности к эмпатии и его самооценкой выше у пациентов с РШЗ.

Согласно данным методики «Стратегии утешения», значительная часть ответов в обеих группах относится к формальной и антиподдержке, затем идут инструментальная и другие виды поддержки (эти результаты совпадают с данными исследования, посвященного обоснованию валидности методики, см. Холмогорова и др., 2019). Однако пациенты с шизофренией и шизоаффективным расстройством демонстрируют более низкие показатели способности оказывать различные формы поддержки по сравнению со здоровыми ($p = 0{,}002$). Здоровые испытуемые чаще неформально включались в ситуации, описанные в методике, эмоционально поддерживали и стремились оказать помощь воображаемому партнеру, тогда как больные с РШЗ значительно чаще давали ответы, классифицируемые как формальная или антиподдержка.

Выводы

1. Больные с расстройствами шизофренического спектра склонны переживать больший эмоциональный дистресс в ситуациях межличностного общения по сравнению с лицами из группы нормы.

Склонность больных с расстройствами шизофренического спектра испытывать сильный эмоциональный дистресс в ситуациях межличностного общения наряду со сниженными способностями к когнитивной эмпатии и эмпатической заботе позволяют говорить о недостаточной зрелости эмпатических способностей у этой группы пациентов.

2. Показатели эмпатических способностей у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, полученные на основе опросниковых методик, выше по сравнению с данными, полученными с помощью экспериментальных методов.

Самооценка способностей к эмпатической заботе больных шизофренией и шизоаффективным расстройством совпадает с самооценкой аналогичных способностей здоровых испытуемых. На основе опросниковых методик наиболее адекватно больные шизофренией и шизоаффективным расстройством отмечают у себя склонность испытывать эмпатический дистресс в ситуациях межличностного взаимодействия.

3. Больные расстройствами шизофренического спектра чаще, чем здоровые испытуемые, оказывают формальную или антиподдержку, их способность оказывать рефлексивную и эмоциональную поддержку снижена по сравнению с группой нормы. Это, наряду с предыдущем выводом, свидетельствует о том, что пациенты с РШС недооценивают исходный уровень своих эмпатических дефицитов.

4. Опросниковые методики не являются эффективным инструментом оценки различных компонентов эмпатической способности у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством, так как не позволяют выявить дефицит эмпатического отклика на эмоциональное состояние другого человека. Более надежным по сравнению с опроснико-

вым методом является применение экспериментальных методик измерения эмпатических способностей.

К *перспективам* настоящего исследования относится отбор наиболее валидных методик для оценки способности к эмпатии и ее отдельных компонентов, определение на их основе специализированных мишеней помощи больным с расстройствами шизофренического спектра и разработка соответствующих психосоциальных программ, направленных на развитие способностей в сфере социального познания.

Ограничения. К ограничениям исследования относятся небольшой размер выборки, а также необходимость учета в перспективе влияния на результаты такого фактора, как длительность заболевания.

Limitations. Limitations of the study include a small sample size, as well as the need to consider factors such as the duration of illness in future research, given its potential impact on the results.

Список источников / References

1. 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
   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
2. Белоусова, А.Ю., Зотова, Н.Е., Короткова, И.С. (2025). Нарушения распознавания когнитивных ошибок другого человека больными шизофренией при восприятии коммуникативных ситуаций. *Вестник психотерапии*, 93, 100—112. https://doi.org/10.25016/2782-652X-2025-0-93-100-112
   Belousova, A.Yu., Zotova, N.E., Korotkova, I.S. (2025). Features of Recognizing Other Person's Cognitive Errors among Patients with Schizophrenia During the Perception of Communicative Situations. *The Bulletin of Psychotherapy*, 93, 100—112. (In Russ.). https://doi.org/10.25016/2782-652X-2025-0-93-100-112
3. Карягина, Т.Д., Кухтова, Н.В. (2016). Тест эмпатии М. Дэвиса: содержательная валидность и адаптация в межкультурном контексте. *Консультативная психология и психотерапия, 24*(4), 33—61. https://doi.org/10.17759/cpp20162404003
   Karyagina, T.D., Kukhtova, N. (2016). M. Davis Empathy test: content validity and adaptation in cross-cultural context. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 24*(4), 33—61. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/cpp.2016240403
4. Москачева, М.А., Холмогорова, А.Б., Гаранян, Н.Г. (2014). Алекситимия и способность к эмпатии. *Консультативная психология и психотерапия, 22*(4), 98—114. URL: https://psyjournals.ru/journals/cpp/archive/2014_n4/74168 (дата обращения: 22.12.2025).
   Moskacheva, M.A., Kholmogorova, A.B., Garanyan, N.G. (2014). Alexithymia and empathy. *Counseling Psychology and Psychotherapy, 22*(4), 98—114. (In Russ.). URL: https://psyjournals.ru/en/journals/cpp/archive/2014_n4/74168 (viewed: 22.12.2025).
5. Холмогорова, А.Б., Зарецкий, В.К., Клименкова, Е.Н., Воложанина, Н.С. (2019). Модификация методики «Стратегии утешения» Ф.Е. Василюка и Е.В. Шерягиной. *Культурно-историческая психология, 15*(1), 79—92. https://doi.org/10.17759/chp.2019150109
   Kholmogorova, A.B., Zaretsky, V.K., Klimenkova, E.N., Volozhanina, N.S. (2019). Modification of Fyodor Vasilyuk and Elena Sheryagina's Technique of Comforting Strategies. *Cultural-Historical Psychology, 15*(1), 79—92. (In Russ.). https://doi.org/10.17759/chp.2019150109
6. Холмогорова, А.Б. (Ред.) (2016). *На стыке двух спектров: нарушения социального познания при биполярном и шизоаффективном расстройствах*. М.: НЕОЛИТ.
   Kholmogorova, A.B. (Ed.) (2016). *At the intersection of two spectrums: social cognition impairments in bipolar and schizoaffective disorders*. Moscow: NEOLIT. (In Russ.).

7. Alonso-Recio, L., Mendoza, L., Pérez, Á., Serrano, J. M. (2025). A comprehensive assessment of facial expression recognition and empathy in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry, 30*(4), 250—272. https://doi.org/10.1080/13546805.2025.2578437
8. Bonfils, K.A., Lysaker, P.H., Minor, K.S., Salyers, M.P. (2017). Empathy in schizophrenia: A meta-analysis of the Interpersonal Reactivity Index. *Psychiatry Res*, 249, 293—303. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.12.033
9. Canty, A.L., Cao, A., Neumann, D., Shum, N. (2021). The functional significance of cognitive empathy and theory of mind in early and chronic schizophrenia. *Psychiatry Research*, 299, e113852. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2021.113852
10. Chuang, S.P., Wu, J.Y.W., Wang, C.S. (2021). Metacognitive Beliefs, Cognitive Functioning, Psychiatric Symptoms and Empathy in People with Schizophrenia. *Neuropsychiatric disease* and *treatment*, 17, 2209—2217. https://doi.org/10.2147/NDT.S313932
11. Davis, M.H. (1983). Measuring individual differences in empathy: Evidence for the multidimensionality of a construct. *Journal of Personality and Social Psychology, 44*(1), 113—126.
12. Derogatis, L.R., Rickels, K., Rock, A.F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry, 128*(3), 280—289. https://doi.org/10.1192/bjp.128.3.280
13. Donkersgoed, R.J.M., de Jong, S., Aan het Rot, M., Wunderink, L., Lysaker, P.H., Hasson-Ohayon, I., Aleman, A., Pijnenborg, G.H.M. (2019). Measuring empathy in schizophrenia: The Empathic Accuracy Task and its correlation with other empathy measures. *Schizophrenia Research*, 208, 153—159. https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.03.024
14. Hammer, L.A., Karnick, A., Beals, K., Luther, L., Bonfils, K.A. (2024). Empathy and Schizotypy: A Network Comparison of the Interpersonal Reactivity Index in High and Low Schizotypy Groups. *Behavioral Sciences, 14*(3), 245. https://doi.org/10.3390/bs14030245
15. Michaels, T., Horan, W., Ginger, E., Martinovich, Z., Pinkham, A., Smith, M. (2014). Cognitive empathy contributes to poor social functioning in schizophrenia: Evidence from a new self-report measure of cognitive and affective empathy. *Psychiatry Research, 220*(3), 803—810. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.08.054
16. Shalev, I., Shamay-Tsoory, S., Montag, C., Assaf, M., Smith, M., Eran, A., Uzefovsky, F. (2025). Empathic disequilibrium in schizophrenia: An individual participant data meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 181, 253—261, https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2024.11.045
17. Wang, M., Zhu, G.-H., Yang, J., Fu, X.-W., Zhang, L.-Y., Hu, D.-D., Lui, S., Wang, Y.-Y., Wang, Y., Chan, R. C.K. (2026). Differential impacts of audiovisual information on empathic accuracy in people with schizophrenia and high social anhedonia. *Psychological Medicine*, 56, e72, 1—10. https://doi.org/10.1017/S003329172610364X
18. Zigmond, A.S., Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*(6), 361—370. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x

Информация об авторах

Мария Александровна Москачева, старший преподаватель кафедры клинической психологии и психотерапии, факультет консультативной и клинической психологии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0009-0005-0966-756X, e-mail: moskacheva.m@gmail.com

Алла Борисовна Холмогорова, доктор психологических наук, профессор, декан факультета консультативной и клинической психологии, заведующая кафедрой клинической психологии и психотерапии, Московский государственный психолого-педагогический университет (ФГБОУ ВО МГППУ); ведущий научный сотрудник отделения острых отравлений и соматопсихиатрических расстройств, Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского (ГБУЗ «НИИ СП им. Н.В. Склифосовского ДЗМ»), Москва, Российская Федерация, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5194-0199, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Information about the authors
Maria M. Moskacheva, Senior Lecture of the Department of Clinical Psychology and Psychotherapy, Faculty of Counseling and Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0009-0005-0966-756X, e-mail: moskacheva.m@gmail.com
Alla B. Kholmogorova, Doctor of Science (Psychology), Professor, Dean of the Faculty of Counselingand Clinical Psychology, Moscow State University of Psychology and Education; Leading Researcher of the Department of Acute Poisoning and Somatopsychiatric Disorders, N.V. Sklifosovsky Research Institute for Emergency Medicine, Moscow, Russian Federation, ORCID: https://orcid.org/0000-0001-5194-0199, e-mail: kholmogorova-2007@yandex.ru

Вклад авторов
Москачева М.А. — аннотирование, написание и оформление рукописи; сбор и анализ данных; применение статистических методов; визуализация результатов исследования.
Холмогорова А.Б. — идеи исследования; планирование исследования; редактирование рукописи; контроль за проведением исследования.
Оба автора приняли участие в обсуждении результатов и согласовали окончательный текст рукописи.

Contribution of the authors
Maria M. Moskacheva — annotation, writing of the manuscript; data collection and analysis; application of statistical methods; visualization of research results.
Alla B. Kholmogorova — ideas; planning of the research; manuscript editing; control over the research.
Both 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.

Поступила в редакцию 23.12.2025 — Received 2025.12.23
Поступила после рецензирования 25.06.2026 — Revised 2026.06.25
Принята к публикации 25.06.2026 — Accepted 2026.06.25
Опубликована 30.09.2026 — Published 2026.09.30