

Нарушения социального познания у больных биполярным аффективным расстройством: место в ряду других психических расстройств и связь с негативной социальной мотивацией

Исследование выполнено за счет гранта Российского научного фонда (грант № 14-18-03461) на базе ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России

Д.М. Царенко, Т.Ю. Юдеева, Т.В. Довженко, А.Б. Холмогорова, М.А. Москачева

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

РЕЗЮМЕ

Цель исследования. Проверка двух гипотез: 1) о наличии континуума психической патологии (модель спектра) на материале выраженности нарушений социального познания (СП) в форме способности к ментализации у больных биполярным аффективным расстройством (БАР) в сравнении с больными шизофренией, шизоаффективным расстройством (ШАР) и группой здоровых лиц; 2) о связи нарушений социального познания у больных БАР с негативной социальной мотивацией и психопатологической симптоматикой.

Материалы и методы. Обследованы 92 пациента (мужчин – 45, женщин – 47, средний возраст – $33,15 \pm 9,09$ лет) с диагнозами БАР (22 чел.), шизофрения (39 чел.) и ШАР (31 чел.), а также 41 здоровый испытуемый (мужчин – 21, женщин – 20, средний возраст – $31,73 \pm 7,48$ лет). Для оценки способности к ментализации использован тест «Понимание психического состояния по глазам» (Reading the mind in the Eyes) С. Барона-Коэна. Также использовались следующие методики: для оценки социальной мотивации – Шкала социальной ангедонии (Revised Social Anhedonia Scale – RSAS); для оценки выраженности клинических симптомов – Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom checklist-90-Revised – SCL-90-R) и Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS).

Результаты и выводы. Показано, что способность к ментализации у больных БАР является более сохранной, чем у больных шизофренией, не отличается от способности больных ШАР и снижена по сравнению со способностью здоровых испытуемых, что свидетельствует в пользу гипотезы спектра психической патологии. Также показано, что нарушение способности к ментализации у больных БАР взаимосвязано с выраженностью негативной социальной мотивации в форме симптомов ангедонии, а также с выраженностью клинических симптомов раздражительности и враждебности. Сделаны выводы о важности социальной ангедонии и высокого уровня враждебности для психотерапевтической работы с больными БАР в рамках комплексного лечения, а также о необходимости продолжения исследования и расширения клинической выборки с целью получения более надежных результатов.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: биполярное аффективное расстройство, модели спектра психической патологии, шизофренический спектр, аффективный спектр, социальное познание, ментализация, социальная мотивация, социальная ангедония.

КОНТАКТЫ: psyllab2006@yandex.ru

Введение

В последнее время нарушения социального познания (СП) при различных психических расстройствах вызывают особый интерес у психиатров и клинических психологов [4, 5, 8, 14]. Это обусловлено тем, что дефицитарность в области социальных когний может являться основой серьезных нарушений поведения, а также затруднений повседневного и социального функционирования пациентов [28], что определяет необходимость описания специфики нарушений СП у разных категорий больных и разработку соответствующих терапевтических и реабилитационных программ.

В основе социального взаимодействия лежит сложный комплекс психических процессов, который определяется как СП – многомерное понятие, отражающее такие способности человека, как понимание других людей и своего собственного соматопсихического состояния, а также мотивацию человека к межличностным контактам [12, 25]. С СП неразрывно связано понятие ментализации, отражающее

способность человека распознавать как собственные ментальные процессы, так и психические состояния других людей [26]. Ментализация – важная основа социальной адаптации.

Сформулированная в начале 1990-х годов гипотеза L. Brothers о существовании нейробиологической основы социальных когний, открытие группой итальянских ученых под руководством G. Rizollatti «зеркальных нейронов» и другие исследования в области социальной нейронауки способствовали созданию концепции так называемого социального мозга, дисфункции стали рассматриваться в качестве возможной основы нарушений СП. Концепция социального мозга широко обсуждается и подвергается критике в современной научной литературе, но остается достаточно влиятельной [15, 32, 33].

Первоначально исследования нарушений СП в клинических условиях были посвящены изучению больных шизофренией [1, 6, 14, 27]. В дальнейшем они охватили более широкий спектр психической

патологии, в том числе аффективные расстройства [29]. В частности, было показано, что дефицит способности к ментализации у больных шизофренией и БАР с психотическими симптомами характерен уже для первых психотических эпизодов и относительно независим от нарушений настроения и проводимой антипсихотической терапии [20]. Однако при большом интересе к различным нарушениям социального познания уделяется мало внимания исследованию лежащей в его основе социальной мотивации, коммуникативной направленности, способности получать удовольствие от общения [7, 16].

В настоящее время особую актуальность приобрела проблема изучения СП у больных БАР [34]. Это определяется тем, что у пациентов с диагнозом БАР психосоциальная дисфункция проявляется в разных сферах жизни: работа, отдых, отношения в семье, социальная деятельность [2, 3, 24, 36]. Пациенты с БАР значительно чаще, чем здоровые лица, имеют неприятности на работе, совершают правонарушения, преступления [19]. В многочисленных работах отмечается, что социальная дезадаптация у пациентов с БАР выявляется не только во время аффективных эпизодов (это касается БАР как I, так и II типа) но также во время состояния ремиссий [27].

Напротив, сравнительные исследования СП у больных БАР важны для оценки модели спектра психической патологии, где особое значение придается пересечению аффективного и шизофренического спектров. Диагностические границы расстройств шизофренического спектра и биполярных расстройств все чаще признаются менее четкими, чем в традиционных классификациях [37]. При этом подвергается сомнению существование психических расстройств как отдельных дискретных единиц и предполагается, что их следует представлять как континуум различных по тяжести состояний, имеющих общие и специфические механизмы возникновения и течения. Определение отличительных и общих особенностей СП при этих расстройствах могут помочь в понимании факторов, способствующих пересечению симптомов на границах спектров [10]. Немногочисленные исследования, посвященные сравнению способности к ментализации у больных БАР, ШАР и шизофренией, до настоящего времени проводились только за рубежом и подтвердили нарастание ухудшения этой способности в спектре от БАР и далее – ШАР и шизофрении [13]. Однако при этом не оценивалась связь способности к ментализации с особенностями социальной мотивации у больных БАР.

Первое отечественное исследование, направленное на проверку модели спектра психической патологии на материале нарушений СП, было посвящено оценке его нарушений при шизофрении и ШАР в сравнении с нормой и подтвердило наличие континуума нарушений [9, 10]. Также именно в отечественных исследованиях впервые была теоретически обоснована и отчетливо показана связь нарушений СП с негативной социальной мотивацией, в частности, была продемонстрирована связь нарушений социального познания с выраженностью симптомов ангедонии [6, 9–11].

Несмотря на нередко встречающуюся схожесть психопатологических проявлений у больных БАР,

ШАР и шизофренией, при планировании и проведении психотерапевтической работы, безусловно, важно учитывать существующие различия между этими психическими патологиями. Речь идет в том числе и о различиях в способности к распознаванию своих и чужих эмоций, намерений, желаний, представлений у больных с разными диагнозами, т. е. о различной способности перерабатывать информацию о себе, о других людях и о ситуациях социального взаимодействия.

Целью исследования явилась проверка двух гипотез: 1) о наличии континуума психической патологии (модель спектра) путем сравнительного исследования выраженности нарушений социального познания в форме ментализации у больных БАР в сравнении с больными шизофренией, ШАР и группой здоровых лиц; 2) о связи способности к ментализации у больных БАР с негативной социальной мотивацией и психопатологической симптоматикой.

Материалы и методы

Обследованы 92 пациента (мужчин – 45, женщин – 47, средний возраст – $33,15 \pm 9,09$ лет). В первую основную группу вошли 22 пациента с диагнозом БАР, текущий эпизод депрессии разной степени тяжести (мужчин – 6, женщин – 16, средний возраст – $33,81 \pm 7,48$ лет). Вторую группу составили 39 пациентов с диагнозом параноидной шизофрении (мужчин – 24, женщин – 15, средний возраст – $29,36 \pm 7,78$ лет). Третью группу сформировал 31 пациент с диагнозом ШАР (мужчин – 15, женщин – 16, средний возраст – $33,81 \pm 7,48$ лет). Все пациенты в группах с психической патологией на момент обследования находились на этапе становления ремиссии. Четвертую группу здоровых лиц составил 41 человек (мужчин – 21, женщин – 20, средний возраст – $31,73 \pm 7,48$ лет). Группы значимо не различались между собой по среднему возрасту и гендерному составу испытуемых, за исключением группы БАР, где преобладали пациенты женского пола.

В качестве метода для оценки способности к ментализации использован тест «Понимание психического состояния по глазам» (Reading the mind in the Eyes), или сокращенно – тест «Глаза» (Eyes test), разработанный британским исследователем С. Барон-Коэнном с коллегами [17]. Тест прошел апробацию и валидизацию на российской выборке испытуемых [10]. Методика заключается в предъявлении 16 карточек с изображениями области глаз с инструкцией выбрать из четырех написанных на карточке слов, обозначающих различные эмоциональные и нейтральные психические состояния, одно, соответствующее выражению глаз на предъявляемой карточке. Более высокий суммарный балл по тесту отражает лучшую способность к ментализации. Пол и возраст не оказывают влияния на результаты испытуемых [10]. Для оценки психопатологической симптоматики проводилось клинико-психопатологическое исследование, а также использовалось два симптоматических опросника: Опросник выраженности психопатологической симптоматики (Symptom checklist-90-Revised – SCL-90-R) [21], состоящий из 90 вопросов, каждый из которых относит-

Результаты

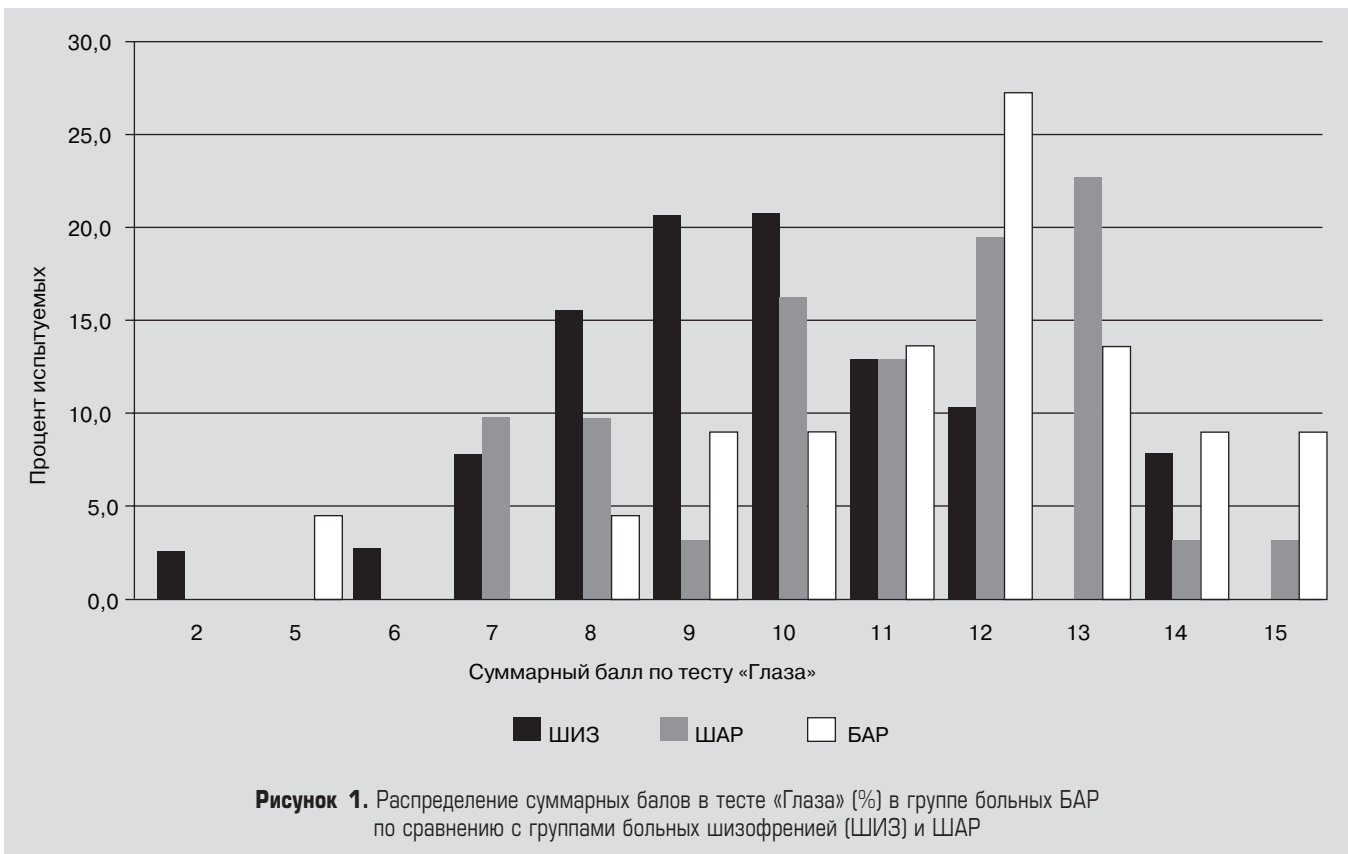
ся к одной из девяти шкал: соматизация, обсессивно-компульсивное расстройство, интерперсональная чувствительность, депрессия, тревога, враждебность, фобическая тревога, параноидное мышление, психотизм; Госпитальная шкала тревоги и депрессии (The Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS) [38], предназначенная для первичного выявления симптомов тревоги и депрессии, состоит из 14 утверждений: 7 относятся к подшкале тревоги и 7 – к подшкале депрессии. Для оценки социальной мотивации использовалась Шкала социальной ангедонии (Revised Social Anhedonia Scale – RSAS) [23], предназначенная для оценки степени снижения удовольствия от общения с другими людьми, от эмоционального контакта с ними и выполнения совместной деятельности, которая состоит из 40 пунктов. Обработка материалов осуществлялась с помощью методов непараметрической статистики, сравнительного (U-критерий Манна – Уитни) и корреляционного (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) анализов.

Сравнительный анализ данных, полученных с помощью симптоматических клинических опросников, выявил отсутствие различий между группами больных БАР, ШАР и шизофренией практически по всем показателям (табл. 1), что, вероятно, обусловлено периодом становления ремиссии у обследованных пациентов. Исключением явились значимо более выраженные показатели депрессии и враждебности по шкале SCL-90-R в группе больных БАР, а также более выраженный индекс симптоматического дистресса и показатель враждебности по шкале SCL-90-R в группе больных ШАР по сравнению с группой больных шизофренией, отражающие более яркий аффект и чувственный характер симптоматики в группах БАР и ШАР. Все средние показатели опросников психопатологической симптоматики в группе здоровых испытуемых находились в пределах нормы и значимо отличались от клинических групп.

Таблица 1. Средние значения и уровень различий показателей клинических шкал у больных с БАР, ШАР и шизофренией (ШИЗ)

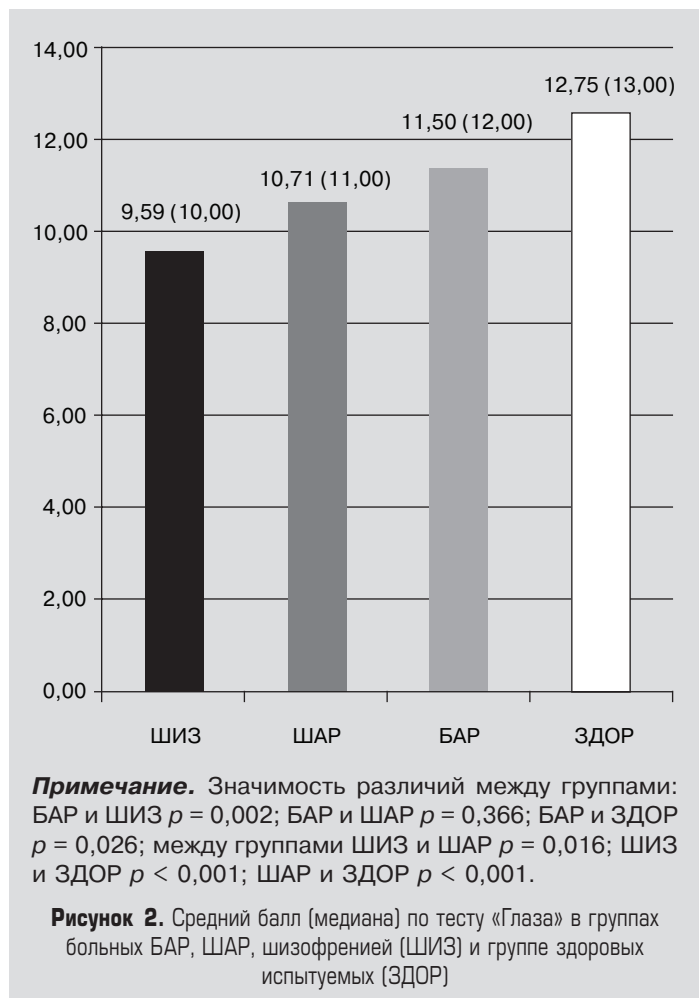
Показатели клинических шкал	БАР	ШИЗ	ШАР	БАР и ШИЗ	БАР и ШАР	ШИЗ и ШАР
	Среднее значение (медиана)			Значимость различий между группами (U критерий Манна – Уитни)		
HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии)						
Тревога	9,63 (10,00)	7,94 (8,00)	9,71 (10,00)	0,237	0,978	0,132
Депрессия	8,31 (7,00)	7,34 (7,00)	8,09 (8,00)	0,489	0,751	0,475
SCL-90-R (Опросник выраженности психопатологической симптоматики)						
Общий индекс тяжести	1,11 (1,01)	0,99 (1,05)	1,24 (1,20)	0,514	0,705	0,188
Общее число утвердительных ответов	46,54 (48,00)	42,89 (45,50)	48,00 (49,00)	0,684	0,711	0,402
Индекс симптоматического дистресса	1,97 (2,05)	1,84 (1,67)	2,21 (2,23)	0,263	0,422	0,046
Соматизация	0,98 (0,71)	0,82 (0,67)	1,02 (0,53)	0,524	0,779	0,244
Обсессивно-компульсивные расстройства	1,61 (1,80)	1,24 (1,25)	1,52 (1,40)	0,121	0,588	0,232
Интерперсональная чувствительность	0,98 (0,89)	1,19 (1,22)	1,45 (1,33)	0,460	0,124	0,316
Депрессия	1,78 (1,85)	1,25 (1,04)	1,56 (1,54)	0,041	0,348	0,174
Тревога	1,20 (1,00)	0,92 (0,75)	1,30 (0,80)	0,381	0,745	0,119
Враждебность	0,85 (0,67)	0,52 (0,33)	1,05 (0,83)	0,044	0,644	0,034
Фобическая тревога	0,64 (0,43)	0,87 (0,43)	0,94 (0,43)	0,603	0,444	0,707
Параноидное мышление	0,65 (0,50)	0,88 (0,67)	1,06 (0,83)	0,304	0,104	0,438
Психотизм	0,71 (0,65)	0,86 (0,65)	1,00 (1,10)	0,747	0,169	0,464

Примечание. Жирным шрифтом выделены значимые различия.



На рис. 1 приведена гистограмма, показывающая распределение суммарных баллов (количества правильных ответов) в тесте «Глаза» в группе больных БАР по сравнению с группами больных шизофренией и ШАР. Видно, что наиболее низкие показатели способности к ментализации показали больные шизофренией: в среднем они смогли правильно определить психическое состояние по глазам менее чем в 10 карточках из 16. Лучше с задачей справились больные ШАР и БАР – они в среднем правильно распознали психическое состояние более чем в 11 случаях из 16 возможных. В целом в 11 и более случаях из 16 правильно определили психическое состояние 81,7 % больных БАР, 61,3 % больных ШАР и только 30,8 % пациентов из группы больных шизофренией. Согласно этим данным, несмотря на отсутствие статистически значимых различий имеют место некоторые преимущества в распознавании эмоций по глазам у больных БАР по сравнению с больными ШАР (рис. 2).

На рис. 2 приведены результаты сравнительного анализа групп по среднему баллу теста «Глаза», свидетельствующие, что группа больных БАР не имеет статистически значимого отличия по среднему баллу теста «Глаза» от группы больных ШАР, при этом различается значимо более высокими показателями от группы больных шизофренией и более низкими показателями от группы здорового контроля. Это указывает на промежуточное положение больных БАР и ШАР по способности к ментализации между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми. Таким образом, как видно на рис. 2, показатели групп образуют континуум.



Для выявления связи нарушений СП в форме способности к ментализации с выраженностью психопатологической симптоматики и особенностями социальной мотивации в группе БАР был проведен корреляционный анализ (табл. 2), выявивший значимые обратные корреляции суммарного балла по тесту «Глаза» с показателями шкалы социальной ангедонии ($r = -0,470$), и подшкалы «враждебность» SCL-90-R ($r = -0,640$). Это отражает связь ухудшения способности к ментализации у больных БАР с ростом негативной социальной мотивации в виде избегания социальных контактов и снижения удовольствия от общения с другими людьми, а также с повышением раздражительности, гневливости, неуравновешенности, агрессивности. Важно отметить, что как ангедония, так и симптомы высокой враждебности и агрессии по отношению к людям могут рассматриваться как разные проявления негативной социальной мотивации.

Таблица 2. Корреляции между показателем теста «Глаза» и показателями психопатологической симптоматики, а также показателями социальной ангедонии в группе больных БАР ($N = 22$)

Показатели шкал	Суммарный балл по тесту «Глаза»	
	Коэффициент корреляции Спирмена	Значимость (двухсторонняя)
HADS (Госпитальная шкала тревоги и депрессии)		
Тревога	0,120	0,595
Депрессия	0,296	0,183
SCL-90-R (Опросник выраженности психопатологической симптоматики)		
Общий индекс тяжести	-0,068	0,765
Общее число утвердительных ответов	-0,133	0,554
Индекс симптоматического дистресса	-0,111	0,623
Соматизация	-0,085	0,707
Обсессивно-компульсивные расстройства	0,121	0,591
Интерперсональная чувствительность	-0,291	0,189
Депрессия	0,161	0,473
Тревога	0,083	0,715
Враждебность	-0,640**	0,001
Фобическая тревога	0,087	0,701
Параноидное мышление	-0,326	0,138
Психотизм	-0,045	0,843
RSAS шкала социальной ангедонии	-0,470*	0,027

* Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя).

** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Обсуждение

Результаты сравнительного исследования показали, что показатели СП в форме способности к ментализации у больных БАР значимо не отличаются от показателей больных ШАР, при этом процесс СП у них менее нарушен, чем у больных шизофренией, и значимо снижен по сравнению со здоровыми испытуемыми. Другими словами, больные БАР и ШАР по степени успешности распознавания психического состояния по глазам занимают промежуточное место между больными шизофренией и здоровыми испытуемыми, что подтверждает выдвинутую гипотезу о наличии континуума нарушений СП от нормы к больным шизофренией и свидетельствует о промежуточном положении БАР и ШАР в этом континууме.

Полученные результаты согласуются с данными зарубежных исследований, свидетельствующих о меньшей выраженности нарушения социальной познания при БАР, чем при расстройствах шизофренического спектра [18] с одной стороны, и о значимом ухудшении способности к ментализации у больных БАР в сравнении со здоровыми лицами – с другой [22]. Причем, по данным зарубежных авторов, отличие от здорового контроля отмечается не только во время аффективных эпизодов, но, хотя и в несколько меньшей степени, в состоянии ремиссии [35]. Последнее имеет особо важное значение для планирования профилактической работы, направленной на предупреждение повторных приступов болезни.

Результаты выявили также взаимосвязь ухудшения способности к распознаванию психического состояния по глазам у больных БАР с мотивацией социального избегания в форме социальной ангедонии (снижения удовольствия от общения с другими людьми), а также нарастающими клиническими симптомами враждебности и агрессивности в виде легко возникающего раздражения, трудно контролируемых вспышек гнева, конфликтности, импульсивных деструктивных поступков, направленных на внешние объекты.

На основании полученных данных можно сделать вывод, что социальная ангедония и указанные психопатологические симптомы как разные проявления негативной социальной мотивации являются важными мишенями психотерапии при проведении комплексного лечения пациентов с БАР, направленного на восстановление эмоционального фона и социального функционирования. Важно также подчеркнуть необходимость продолжения исследования и расширения клинической выборки с целью получения более надежных результатов.

Таким образом, приведенные выше результаты исследования социального познания подтверждают модель спектра как континуума тяжести нарушений, направленной от шизофренического спектра к аффективному, связь этих нарушений с негативной социальной мотивацией в форме ангедонии и высокого уровня враждебности, а также позволяют выделить мишени психотерапевтической работы в рамках комплексного лечения больных БАР.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. – М.: Медпрактика, 2004. – 492 с.
2. Костюкова Е.Г., Мосолов С.Н. Принципы и инструменты диагностики биполярного аффективного расстройства как основа рациональной фармакотерапии // Современная терапия психических расстройств. – 2015. – № 2. – С. 2–10.
3. Мосолов С.Н. Костюкова Е.Г., Кузавкова М.В. Биполярное аффективное расстройство. Диагностика и терапия. М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 384 с.
4. Пуговкина О.Д., Холмогорова А.Б. Терапевтический альянс в психотерапии // Современная терапия психических расстройств. – 2011. – № 3. – С. 14–21.
5. Рычкова О.В. Структура нарушений социального интеллекта при шизофрении // Психологические исследования. – 2013. – Т. 6, № 28. – С. 11.
6. Рычкова О.В. Нарушения социального интеллекта при шизофрении. Дисс. ... д-ра псих. наук. М., 2013. – 478 с.
7. Рычкова О.В., Холмогорова А.Б. Социальная ангедония и нарушения социальной направленности при шизофрении // Сб. материалов науч. конф. «Теоретические и прикладные проблемы медицинской (клинической) психологии» / ФГБУ «Научный центр психического здоровья» РАМН, МГППУ. – М., 2013. – С. 92–93.
8. Холмогорова А.Б. Природа нарушений социального познания при психической патологии: как примирить «био» и «социо»? // Консультативная психология и психотерапия. – 2014. – № 4. – С. 8–29.
9. Холмогорова А.Б., Минакова К.Ю. Социальное познание, социальная ангедония и депрессивная симптоматика у больных шизофренией: существует ли связь? // Психическое здоровье. – 2014. – № 3. – С. 24–35.
10. Холмогорова А.Б., Москачева М.А., Рычкова О.В., Пуговкина О.Д., Краснова-Гольева В.В., Долныкова А.А., Царенко Д.М., Румянцев Ю.М. Сравнение способности к ментализации у больных шизофренией и шизоаффективным психозом на основе методики «Понимание психического состояния по глазам» // Экспериментальная психология. – 2015. – Т. 8, № 3. – С. 99–117.
11. Холмогорова А.Б., Рычкова О.В. Нарушения социального познания: новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении. – М.: Форум, 2016. – 287 с.
12. Amodio D.M., Frith C.D. Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition // Nat Rev Neurosci. – 2006. – Vol. 7 (4). – P. 268–277.
13. Anthony C.R., James L.R., Leah H.R. et al. Emotion Recognition Deficits in Schizophrenia-Spectrum Disorders and Psychotic Bipolar Disorder: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) // Study Schizophr Res. – 2014. – Vol. 158 (0). – P. 105–112.
14. Burns J. The social brain hypothesis of schizophrenia // World psychiatry. – 2006. – Vol. 5 (2). – P. 77–81.
15. Brothers L. The social brain: A project for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domain // Concepts Neuroscience. – 1990 – Vol. 1. – P. 227–251.
16. Bohl V. We read minds to shape relationships // Philosophical Psychology. – 2014. – Vol. 28 (5). – P. 674–694.
17. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J., Raste Y., Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2001. – Vol. 42 (2). – P. 241–251.
18. Bora E., Pantelis C. Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis. Schizophr Res. – 2016 Apr 22. pii: S0920-9964(16)30167-0. – Doi: 10.1016/j.schres.2016.04.018.
19. Calabrese J.R., Hirschfeld R.M., Reed M. et al. Impact of bipolar disorder on a US community sample // J Clin Psychiatry. – 2003. – Vol. 64. – P. 425–432.
20. Daros A.R., Ruocco A.C., Reilly J.L., Harris M.S., Sweeney J.A. Facial emotion recognition in first-episode schizophrenia and bipolar disorder with psychosis // Schizophr Res. – 2014. – Vol. 153 (1–3). – P. 32–37.
21. Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale // Br J Psychiatry. – 1976. – Vol. 128. – P. 280–289.
22. Donohoe G., Duignan A., Hargreaves A. Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits // Bipolar Disord. – 2012. – Vol. 14 (7). – P. 743–8.
23. Eckblad M., Chapman L., Chapman J., Mishlove M. The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished test. – Madison, WI: University of Wisconsin, 1982.
24. Huxley N., Baldessarini R.J. Disability and its treatment in bipolar disorder // Bipolar Disord. – 2007. – No 9. – P. 180–193.
25. Kunda Z. Social cognition: Making sense of people. – Cambridge, MA: MIT Press, 1999. – P. 602.
26. Karlsson R., Kermott A. Reflective functioning during the process in brief psychotherapies // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. – 2006. – Vol. 43, No 1. – P. 65–84.
27. Kohler C.G., Walker J.B., Martin E.A., Healey K.M., Moberg P.J. Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review // Schizophr Bull. – 2010. – Vol. 36 (5). – P. 1009–1019.
28. Lahera G., Montes J.M., Benito A., Valdivia M., Medina E., Mirapeix I. Theory of mind deficit in bipolar disorder: is it related to a previous history of psychotic symptoms? // Psychiatry Res. – 2008. – No 161. – P. 309–317.
29. Mitchell R.L., Young A.H. Theory of Mind in Bipolar Disorder, with Comparison to the Impairments Observed in Schizophrenia // Front Psychiatry. – 2016. – Vol. 18 (6). – P. 188.
30. MacQueen G.M., Hajek T., Alda M. The phenotypes of bipolar disorder: relevance for genetic investigations // Mol Psychiatry. – 2005. – No 10 (9). – P. 811–826.
31. Marneros A., Akiskal H.S. The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra. – Cambridge: Cambridge Academ., 2009. – 312 p.
32. Rizzolatti G., Craighero L. The mirror-neuron system // Annu Rev Neurosci. – 2004. – Vol. 27. – P. 169–192.
1. Gurovich I.Ya., Shmukler A.B., Storozhakova Ya.A. Psichosotsial'naya terapiya i psichosotsial'naya reabilitatsiya v psikhiiatrii. – M.: Medpraktika, 2004. – 492 s.
2. Kostyukova E.G., Mosolov S.N. Printsipy i instrumenty diagnostiki bipolyarnogo affektivnogo rasstroistva kak osnova ratsional'noi farmakoterapii // Sov-remennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv. – 2015. – No 2. – S. 2–10.
3. Mosolov S.N. Kostyukova E.G., Kuzavkova M.V. Bipolyarnoe affektivnoe rasstroistvo. Diagnostika i terapiya. M.: MEDpress-inform, 2008. – 384 s.
4. Pugovkina O.D., Kholmogorova A.B. Terapevticheskiy alyans v psikhoterapii // Sovremennaya terapiya psikhicheskikh rasstroistv. – 2011. – No 3. – S. 14–21.
5. Rychkova O.V. Struktura narushenii sotsial'nogo intellekta pri shizofrenii // Psikhologicheskie issledovaniya. – 2013. – T. 6, No 28. – S. 11.
6. Rychkova O.V. Narusheniya sotsial'nogo intellekta pri shizofrenii. Diss. ... d-ra psikh. nauk. M., 2013. – 478 s.
7. Rychkova O.V., Kholmogorova A.B. Sotsial'naya angedoniya i narusheniya sotsial'noi napravlenosti pri shizofrenii // Sb. materialov nauch. konf. «Teoreticheskie i prikladnye problemy meditsinskoj (klinicheskoi) psikhologii» / FGBU «Nauchnyi tsentr psikhicheskogo zdorov'ya» RAMN, MGPPU. – M., 2013. – S. 92–93.
8. Kholmogorova A.B. Priroda narushenii sotsial'nogo poznaniya pri psikhicheskoi patologii: kak primirit' «bio» i «sotsio»? // Konsultativnaya psikhologiya i psikhoterapiya. – 2014. – No 4. – S. 8–29.
9. Kholmogorova A.B., Minakova K.Yu. Sotsial'noe poznanie, sotsial'naya angedoniya i depressivnaya simptomatika u bol'nykh shizofreniei: sushchestvuet li svyaz? // Psikhicheskoe zdorov'e. – 2014. – No 3. – S. 24–35.
10. Kholmogorova A.B., Moskacheva M.A., Rychkova O.V., Pugovkina O.D., Krasnova-Gol'eva V.V., Dolnykova A.A., Tsarenko D.M., Rumyantseva Yu.M. Sravnenie sposobnosti k mentalizatsii u bol'nykh shizofreniei i shizoaffektivnym psikhozom na osnove metodiki «Ponimanie psikhicheskogo sostoyaniya po glazam» // Eksperimental'naya psikhologiya. – 2015. – T. 8, No 3. – S. 99–117.
11. Kholmogorova A.B., Rychkova O.V. Narusheniya sotsial'nogo poznaniya: novaya paradigma v issledovaniyakh tsentral'nogo psikhologicheskogo defitsita pri shizofrenii. – M.: Forum, 2016. – 287 s.
12. Amodio D.M., Frith C.D. Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition // Nat Rev Neurosci. – 2006. – Vol. 7 (4). – P. 268–277.
13. Anthony C.R., James L.R., Leah H.R. et al. Emotion Recognition Deficits in Schizophrenia-Spectrum Disorders and Psychotic Bipolar Disorder: Findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) // Study Schizophr Res. – 2014. – Vol. 158 (0). – P. 105–112.
14. Burns J. The social brain hypothesis of schizophrenia // World psychiatry. – 2006. – Vol. 5 (2). – R. 77–81.
15. Brothers L. The social brain: A project for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domain // Concepts Neuroscience. – 1990 – Vol. 1. – P. 227–251.
16. Bohl V. We read minds to shape relationships // Philosophical Psychology. – 2014. – Vol. 28 (5). – P. 674–694.
17. Baron-Cohen S., Wheelwright S., Hill J., Raste Y., Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 2001. – Vol. 42 (2). – P. 241–251.
18. Bora E., Pantelis C. Social cognition in schizophrenia in comparison to bipolar disorder: A meta-analysis. Schizophr Res. – 2016 Apr 22. pii: S0920-9964(16)30167-0. – Doi: 10.1016/j.schres.2016.04.018.
19. Calabrese J.R., Hirschfeld R.M., Reed M. et al. Impact of bipolar disorder on a US community sample // J Clin Psychiatry. – 2003. – Vol. 64. – P. 425–432.
20. Daros A.R., Ruocco A.C., Reilly J.L., Harris M.S., Sweeney J.A. Facial emotion recognition in first-episode schizophrenia and bipolar disorder with psychosis // Schizophr Res. – 2014. – Vol. 153 (1–3). – P. 32–37.
21. Derogatis L.R., Rickels K., Rock A.F. The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale // Br J Psychiatry. – 1976. – Vol. 128. – P. 280–289.
22. Donohoe G., Duignan A., Hargreaves A. Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits // Bipolar Disord. – 2012. – Vol. 14 (7). – P. 743–8.
23. Eckblad M., Chapman L., Chapman J., Mishlove M. The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished test. – Madison, WI: University of Wisconsin, 1982.
24. Huxley N., Baldessarini R.J. Disability and its treatment in bipolar disorder // Bipolar Disord. – 2007. – No 9. – P. 180–193.
25. Kunda Z. Social cognition: Making sense of people. – Cambridge, MA: MIT Press, 1999. – P. 602.
26. Karlsson R., Kermott A. Reflective functioning during the process in brief psychotherapies // Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training. – 2006. – Vol. 43, No 1. – P. 65–84.
27. Kohler C.G., Walker J.B., Martin E.A., Healey K.M., Moberg P.J. Facial emotion perception in schizophrenia: a meta-analytic review // Schizophr Bull. – 2010. – Vol. 36 (5). – P. 1009–1019.
28. Lahera G., Montes J.M., Benito A., Valdivia M., Medina E., Mirapeix I. Theory of mind deficit in bipolar disorder: is it related to a previous history of psychotic symptoms? // Psychiatry Res. – 2008. – No 161. – P. 309–317.
29. Mitchell R.L., Young A.H. Theory of Mind in Bipolar Disorder, with Comparison to the Impairments Observed in Schizophrenia // Front Psychiatry. – 2016. – Vol. 18 (6). – P. 188.
30. MacQueen G.M., Hajek T., Alda M. The phenotypes of bipolar disorder: relevance for genetic investigations // Mol Psychiatry. – 2005. – No 10 (9). – P. 811–826.
31. Marneros A., Akiskal H.S. The Overlap of Affective and Schizophrenic Spectra. – Cambridge: Cambridge Academ., 2009. – 312 p.
32. Rizzolatti G., Craighero L. The mirror-neuron system // Annu Rev Neurosci. – 2004. – Vol. 27. – P. 169–192.

33. Gur R.C., Gur R.E. Social Cognition as an RDoC Domain // Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. – 2016. – Vol. 171 (1). – P. 132–141.
34. Samame C., Martino D.J., Strejilevich S.A. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and metaanalytic approach // Acta Psychiatr Scand. – 2012. – No 125. – P. 266–280.
35. Samamé C., Martino D.J., Strejilevich S.A. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach // Acta Psychiatr Scand. – 2012. – Vol. 125 (4). – P. 266–280.
36. Tohen M., Hennen J., Zarate C. Two year syndromal and functional recovery in 219 cases of first episode major affective disorder with psychotic features // Am J Psychiatry. – 2000. – No 157. – P. 220–228.
37. Thaker GK. Defining the schizophrenia phenotype // Curr Psychiatry Rep. – 2000. – Vol. 2 (5). – P. 398–403.
38. Zigmund A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – Vol. 67 (6). – P. 361–370.
33. Gur R.C., Gur R.E. Social Cognition as an RDoC Domain // Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. – 2016. – Vol. 171 (1). – P. 132–141.
34. Samame C., Martino D.J., Strejilevich S.A. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and metaanalytic approach // Acta Psychiatr Scand. – 2012. – No 125. – P. 266–280.
35. Samamé C., Martino D.J., Strejilevich S.A. Social cognition in euthymic bipolar disorder: systematic review and meta-analytic approach // Acta Psychiatr Scand. – 2012. – Vol. 125 (4). – P. 266–280.
36. Tohen M., Hennen J., Zarate C. Two year syndromal and functional recovery in 219 cases of first episode major affective disorder with psychotic features // Am J Psychiatry. – 2000. – No 157. – P. 220–228.
37. Thaker GK. Defining the schizophrenia phenotype // Curr Psychiatry Rep. – 2000. – Vol. 2 (5). – P. 398–403.
38. Zigmund A.S., Snaith R.P. The Hospital Anxiety and Depression Scale // Acta Psychiatrica Scandinavica. – 1983. – Vol. 67 (6). – P. 361–370.

Impaired social cognition in patients with bipolar disorder: a place in a number of other mental disorders and the negative social motivation

The study was performed by a grant from the Russian Science Foundation (grant № 14–18–03461) at the “V.Serbysky FMRCPN”

D.M. Tsarenko, T.Yu. Yudeeva, T.V. Dovzhenko, A.B. Kholmogorova, M.A. Moskacheva

Moscow Research Institute of Psychiatry Federal State Budgetary Institution “V. Serbysky Federal Medical Research Centre for Psychiatry and Narcology” of the Health of the Russian Federation, Clinical Psychology and Psychotherapy Lab. Moscow, Russia

SUMMARY: The aim of the study was to test two hypotheses: 1) the existence of a continuum of mental pathology (the spectrum model) on the material of impaired social cognition in the form of capacity for mentalization in patients with bipolar disorder (BD) compared with patients with schizophrenia, schizoaffective disorder (SZD) and a group of healthy individuals; 2) the hypothesis that violations of social cognition in patients with BD negative social motivation and psychopathology.

Materials and methods. The study included 92 patients (men – 45, women – 47, mean age – $33,15 \pm 9,09$ years) with a diagnosis of Bipolar disorder (22 patients), Schizophrenia (39 patients), Schizoaffective disorder (31 patients) and 41 healthy subjects (men – 21, women – 20, mean age – $31,73 \pm 7,48$ years). To assess the ability to mentalization used test of Reading the mind in the Eyes (Baron-Cohen S.). The following methods are used: to assess the social motivation – Revised Social Anhedonia Scale (RSAS); to assess the severity of clinical symptoms – Symptom checklist-90-Revised (SCL-90-R) and The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Results and Conclusions. It is shown that the capacity for mentalization in patients with BD is better preserved than that of patients with schizophrenia did not differ from patients with SZD and reduced as compared to healthy subjects, indicating that the hypothesis of the spectrum of mental pathology. It is also shown that the impaired ability to mentalization in patients with BD correlated with the severity of the negative social motivation in the form of symptoms of anhedonia, as well as with the severity of clinical symptoms of irritability and hostility. Conclusions about the importance of social anhedonia and a high level of hostility for psychotherapeutic work with patients with BD in an integrated treatment, as well as the need for continued research and expansion of clinical samples in order to obtain more reliable results.

KEY WORDS: Bipolar disorder, a spectrum model of mental disorders, schizophrenic spectrum, affective spectrum, social cognition, mentalization, social motivation, social anhedonia.

CONTACTS: Tsarenko Dmitry Mikhailovich – PhD, Senior researcher Clinical Psychology and Psychotherapy Lab “V. Serbysky FMRCPN” E-mail: dropship@rambler.ru, tel. +7 905 789 83 99
Yudeeva Tatiana Yurievna – PhD, Associate Professor, Senior researcher Clinical Psychology and Psychotherapy Lab “V. Serbysky FMRCPN” E-mail: psytab2006@yandex.ru, tel. +7 916 604 93 26
Dovzhenko Tatiana Viktorovna – Doctor of Medical Science, professor, Chief Researcher Clinical Psychology and Psychotherapy Lab “V. Serbysky FMRCPN” E-mail: dtv99@mail.ru, tel. +7 916 125 27 54

Kholmogorova Alla Borisovna – Doctor of Psychology, Professor, Head of the Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy “V. Serbysky FMRCPN”. Moscow, Russia. E-mail: kholmogorova@yandex.ru

Moskacheva Maria Alexandrovna – Junior Researcher, Laboratory of Clinical Psychology and Psychotherapy “V. Serbysky FMRCPN”. Moscow, Russia. E-mail: moskacheva.m@gmail.com