

# ИССЛЕДОВАНИЕ АТРИБУЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ю.А. Кузин

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии*

## **Атрибуция и социальная познавательная способность**

Процесс атрибуции занимает в социальном познании человека одно из ведущих мест и с давних пор привлекает внимание исследователей. Его изучение необходимо для понимания перехода от восприятия социальной информации к ее интеллектуальной переработке. Открытие и изучение этого феномена стало, по мнению как отечественных [1], так и зарубежных исследователей [66], основой для создания современной концепции социального познания.

В клинической психологии и психиатрии исследования социальной познавательной способности («social cognition») представляют большую важность. Особенно привлекает внимание исследователей ее дефицит у пациентов с расстройствами шизофренического спектра. На протяжении последних 10 лет до настоящего времени эта область изучается особенно активно [32]. В своих работах исследователи опираются на многофакторную модель социального познания, в которой атрибутивный процесс назван одним из ключевых доменов [30, 64].

Атрибуция – очень широкое понятие, обозначающее поиск и установление причин самых разнообразных социальных явлений. В результате атрибуции или приписывания, человек самостоятельно наделяет характеристиками социальные феномены, которые не воспринимаются им непосредственно, другими словами, приписывает их. Таким образом атрибуция формирует цельную картину мира, дополняя отсутствующие детали. Необходимо отметить, что другие домены социального познания, например «внутренняя модель сознания другого» (ВМСД) или «Theory of Mind», а также эмоциональное восприятие, тоже должны быть отнесены к атрибуции психического состояния другого. По своей сути они представляют собой процесс приписывания субъектом окружающим его людям намерений, убеждений, эмоций, о наличии которых он, как правило, судит лишь по косвенным признакам.

Говоря об атрибуции, исследователи чаще всего подразумевают каузальную атрибуцию, то есть поиск субъектом причин поведения других людей. Эта часть атрибутивного процесса всегда вызы-

вала наибольший интерес, начиная с работ F.Heider в 1958 году [34], а позже E.E.Jones, K.E.Davis [39], H.H.Kelley [40] и др. При этом ведущая роль отводилась изучению атрибутивного стиля субъекта и «ошибок» атрибуции, также известных как атрибутивное предубеждение (attributional bias).

Причиной появления «ошибок» атрибуции является сам процесс получения человеком недостающей информации. В процессе приписывания недостающих характеристик субъект, как правило, или ставит себя на место другого человека (моделирование), или обращается к обобщенному знанию (имплицитная теория) [65]. Атрибутивный процесс субъективен по своей сути, поэтому речь идет не об ошибках в привычном понимании, а именно о предубеждениях, субъективных установках, индивидуальном познавательном стиле.

## **Особенности атрибутивного процесса у пациентов с расстройствами шизофренического спектра**

В исследованиях каузальной атрибуции у больных с расстройствами шизофренического спектра можно выделить два основных направления [30]. Первое посвящено ее возможной роли в развитии у таких больных продуктивной симптоматики. В основном это относится к персекуторному бреду [28]. Некоторые авторы включают сюда также пациентов с идеями величия [38, 70]. Второе направление связано с исследованием атрибуции у пациентов в период ремиссии для оценки их социального функционирования и адаптации [50].

Известно, что здоровые люди склонны приписывать причины своего успеха личностным факторам (способностям, старанию), а неудачи – внешним [11]. R.P.Bentall [8, 9] считал, что «ошибки» атрибуции вызываются расхождением между негативной саморепрезентацией, возникающей у человека в случае неудачи, с его представлениями об «идеальном себе». В таком случае он обнаруживает тенденцию приписывать причины неудачи внешним факторам: ситуационным (например, неблагоприятные обстоятельства) или личностным (поведение других людей) для поддержания самооценки. При этом определенные

стратегии атрибуции могут получить преимущество выбора перед другими «по умолчанию», а дальнейший поиск социальной информации, которая могла бы эту атрибуцию опровергнуть, потребует особых усилий. По мнению R.P.Bentall, эти факторы могут играть важную роль в развитии персекуторных бредовых идей, наряду с дефицитом ВМСД [8]. В последующем R.P.Bentall [10] называл ключевыми факторами развития персекуторного бреда пессимистический стиль мышления и паранюю (в это понятие им включалось, наряду с идеями преследования, постоянное ожидание угрозы для себя). Еще одним фактором выступала «общая интеллектуальная продуктивность», то есть способность понимать психическое состояние другого лица и формулировать гипотезы на основе поступающей информации. Взаимосвязи этой способности, по сути представляющей собой ВМСД, с атрибутивным стилем в работе найдено не было, хотя указания на наличие такой связи встречались в работах его коллег и соавторов [42].

Такое глубокое изучение проблемы не только во многом определило направление дальнейших исследований, но и породило терминологические разногласия. Наряду с традиционным для психологов [60, 65] пониманием атрибутивного процесса [18, 32, 44], некоторые авторы [13, 57, 68] рассматривают атрибуцию только как поиск причинности положительных и отрицательных событий. Такой подход существенно ограничивает возможности исследователя и не позволяет в достаточной мере оценить социальные познавательные способности пациентов.

Впрочем, некоторые наблюдения больных шизофренией и шизоаффективным расстройством отчасти подтверждают взгляды R.P.Bentall [2, 21, 57]. По мнению некоторых исследователей, как больные с актуальными бредовыми идеями, так и больные в ремиссии обнаруживают схожий атрибутивный стиль: причиной благоприятных событий считаются преимущественно внутренние причины, а неблагоприятных – внешние [21, 57]. J.M.Aakre и соавт. [2] были найдены различия в этих группах. Они проанализировали атрибуции, сделанные пациентами в ходе обычной клинической беседы. Люди, перенесшие в прошлом бредовый приступ, обнаруживали гораздо больше сходства с небредовыми пациентами и со здоровыми, чем с пациентами в период обострения бреда. Только у пациентов с актуальным бредом появлялась склонность приписывать причины негативных событий вмешательству других людей. Прочие группы в этом отношении друг от друга не отличались. Нестабильность атрибутивного стиля пациентов в обострении и ремиссии дала основание авторам считать, что «ошибки» атрибуции являются не предрасполагающим фактором, а одним из симптомов персекуторного бреда. Косвенным образом эти взгляды подтвердили и другие исследователи. Связи между субклиническими бредовыми идеями и «ошибками» атрибуции найдено не было [14, 54].

Авторами было высказано предположение, что решающую роль играет степень остроты бреда.

S.Mehl и соавт. [55], исследуя такой же контингент больных, получили фактически противоположные результаты. Больные с персекуторным бредом объясняли положительные события внешними влияниями, а в негативных обвиняли себя. Впрочем, такая инверсия атрибутивного стиля явно соотносилась с выраженностью депрессии. Похожие результаты были получены в работе D.Fraguas и соавт. [25] и связывались ими с когнитивными нарушениями и депрессией.

По мнению J.A.Martin и D.L.Penn [53], стремление рассматривать больных с персекуторным бредом обособленно от остальных следует считать ошибочным. Известно, что даже у больных с иной фабулой бреда могут наблюдаться подозрительность по отношению к окружающим и отрывочные идеи преследования. В своем исследовании амбулаторных больных шизофренией с персекуторным и неперсекуторным бредом им не удалось найти «ошибки» атрибуции, которые были бы специфичны для какой-либо из исследуемых групп. Тенденция приписывать успех себе, а причиной неудач считать действия других людей была свойственна в той или иной степени всем участникам, хотя и была сильнее выражена у лиц с бредом преследования. Авторы соглашались с R.P.Bentall в том, что «ошибки» атрибуции могут лежать в основе персекуторного бреда, однако при этом механизм формирования этих «ошибок» может различаться у больных и здоровых. В основе атрибутивного стиля лежит скорее заболевание в целом, чем отдельные его симптомы. Расхождения в результатах, полученных разными исследователями, авторы объясняют неоднородным составом исследуемых групп, куда, помимо больных шизофренией, включают и других пациентов с бредом, а также недостаточно надежными методами оценки атрибутивного стиля.

Дальнейшее развитие взгляды J.A.Martin и D.L.Penn получили в схожей работе L.Humphreys и C.Barrowclough [36]. Эти авторы попытались установить связь между атрибутивным стилем, самооценкой и персекуторным бредом у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством в период обострения. В их работе модель R.P.Bentall не нашла подтверждения. Заметную связь атрибутивного стиля с бредовыми идеями обнаружить не удалось, что согласовывалось и с более ранними исследованиями [70, 71]. Склонность приписывать успех себе связывалась не с наличием и выраженностью бредовых идей, а с уровнем самооценки испытуемых (в последующем было подтверждено S.Mehl [55]). Более того, эта «ошибка» отрицательно коррелировала с выраженностью психопатологической симптоматики. По мнению авторов, тенденция приписывать успехи себе является не симптомом бреда, а естественным для здоровой популяции механизмом поддержания самооценки. У больных шизофренией она может проявляться и играть важную роль на

этапе редукции продуктивной симптоматики в качестве адаптивного механизма.

Всеми авторами при этом подчеркивалось значение депрессивных идей в атрибуции успеха-неудачи у параноидных больных, а в ряде некоторых других работ формировались отдельные группы сравнения из пациентов с небредовой депрессией [28]. По результатам полученных данных для пациентов с депрессией был признан характерным «пессимистический объяснительный стиль» [71]. Такие пациенты чаще других приписывали негативные события внутренним стабильным неконтролируемым причинам.

К сожалению, более подробных данных о взаимосвязи депрессии, персекуторного бреда и атрибутивного стиля ни в этой, ни в последующих работах получено не было [68]. Попытка дифференцированного подхода к симптоматике, предпринятая S.Jolley и соавт. [38] для больных с депрессией, бредом преследования и величия, также не принесла желаемых результатов. Авторами был сделан вывод, что атрибутивный стиль не связан с наличием и степенью тяжести бреда, но может частично опосредоваться аффективным состоянием испытуемых.

Интересные данные были получены при анализе атрибуций, сделанных в ходе неструктурированного интервью A.G.Beese и P.Stratton [5]. Как и в упомянутой выше работе [2], они разделили все сделанные пациентами приписывания на несколько групп. Однако вместо трех основных категорий (валентность: положительная и отрицательная, интернальность и универсальность), здесь использовалось пять: стабильность, глобальность, интернальность, универсальность и контролируемость. Было показано, что пациенты при осмыслении неприятных бредовых переживаний в период их обострения склонны к внутренним личностным стабильным и неконтролируемым атрибутам, которые по мере улучшения состояния и дезактуализации бредовых идей становятся субъективно более подверженными контролю. Сами же бредовые идеи переживались иначе, нежели другие события в жизни пациентов.

Отдельно следует указать на работу R.Mizrahi и соавт. [59]. Ими была исследована прогностическая роль «ошибок» атрибуции. Больные, склонные объяснять негативные события влиянием внешних факторов (экстернализация), лучше реагировали на антипсихотическую терапию. Напротив, пациенты, объяснявшие происходящее преимущественно внутренними причинами (интернализация) и реже приписывавшие успех себе, хуже поддавались лечению, а остаточная симптоматика сохранялась дольше.

Работ, освещающих влияние негативной симптоматики при шизофрении на атрибуцию, в настоящее время выполнено немного. То же относится и к изучению взаимосвязи различных доменов социального познания. Возможно, это связано с отсутствием достаточно надежных методов исследования и масштабностью подобной работы.

Тем не менее, в отдельных работах была выявлена связь атрибутивного стиля с негативной и общей психопатологической симптоматикой по PANSS [67]. Пациенты с более выраженной негативной симптоматикой реже приписывали успех себе, чем здоровые, при этом их самооценка также была ниже. Заметной связи с другими паттернами социального познания (например, внутренней моделью сознания другого) при этом найдено не было [22, 49, 52], но в очередной раз подтвердилось влияние продуктивной симптоматики в целом, в особенности аффективной патологии (тревоги и депрессии), на атрибутивный процесс.

Слабая взаимосвязь атрибутивного стиля с другими паттернами социального познания порождает сомнения в правильности теоретической основы таких исследований. Как уже говорилось выше, ВМСД является, в сущности, одним из проявлений атрибутивной способности, атрибуцией ментальных состояний другого человека, так что ее связь с атрибутивным стилем должна быть более отчетливой. Кроме этого, нестабильность и обратимость наблюдаемых нарушений атрибутивного процесса не вполне соответствует данным о рано возникающем и стойком дефиците социального познания у больных шизофренией [33, 35].

Впрочем, некоторым исследователям удалось найти такую взаимосвязь, что можно объяснить использованием авторами в ходе работы не вопросников, а задач, моделирующих социальные ситуации [6]. В качестве таких задач участникам демонстрировались видеоролики с анимированными геометрическими фигурами и предлагалось объяснить поведение одной из этих фигур. В ходе работы была не только доказана эффективность такого метода исследования атрибутивного процесса у больных шизофренией, но и продемонстрирована связь атрибутивной способности как с ВМСД, так и с эмоциональным восприятием (распознаванием аффекта). Примечательно, что авторами не было найдено значимой связи между дефицитом социальной познавательной способности и психопатологической симптоматикой, оцениваемой шкалами PANSS, SAPS, SANS. По мнению авторов, такой результат может быть обусловлен относительной независимостью социального познания от нейрокогнитивных параметров.

Результаты работы P.H.Lysaker и соавт. [50] позволяют взглянуть на проблему атрибутивного стиля иначе. Они использовали в качестве теоретической основы атрибутивного стиля модель В.Weiner [80], разделив возможные атрибуты на пары по трем основным признакам: стабильность (стабильные и нестабильные), локализация (внешние и внутренние) и контролируемость (контролируемые и неконтролируемые). В отличие от работы A.G.Beese и P.Stratton, испытуемым предлагалось не интервью, а структурированный опросник («Attributional style questionnaire»). Авторами была продемонстрирована положительная корреляция позитивных и негативных атрибуций между собой, что доказывало неправомочность выде-

ления оптимистического и пессимистического атрибутивного стиля. Влияние каузальной атрибуции на социальное функционирование больных шизофренией (обследовались только амбулаторные пациенты) было обусловлено не локализацией причинного фактора (внутренней или внешней) и не его контролируемостью, а стабильностью этого фактора. Была высказана идея, что в непредсказуемых условиях окружающего мира больные предпочитают избегать социального взаимодействия, не решаясь занять активную позицию. Эти выводы можно соотнести с данными о повышении субъективной контролируемости по мере дезактуализации бреда [5]. Примечательно также, что Р.Н. Lysaker и соавт. рассматривают влияние негативной симптоматики и атрибутивного стиля на социальную активность как независимые явления. Когнитивный дефицит, негативная и депрессивная симптоматика усугубляют уже существующую неспособность действовать в неожиданно меняющихся обстоятельствах. М. Elnakeeb и соавт. [24] также указывают на склонность больных шизофренией объяснять негативные события нестабильными факторами. По их мнению, это дает пациентам возможность считать свои проблемы преходящими и ждать в будущем их разрешения.

В других работах атрибутивный стиль больных с параноидным бредом проявлял склонность к глобальным (неспецифическим) внешним стабильным атрибуциям [19, 48]. В свете данных работ, описанных выше, такое приписывание можно объяснить механизмом психологической защиты, стремлением субъективно «стабилизировать» непредсказуемо возникающие ситуации.

В неопределенных, двусмысленных ситуациях больные шизофренией испытывают больше затруднений, тратят больше времени на их осмысление [26, 62]. В связи с этим в последнее время внимание исследователей стали чаще привлекать проблемы взаимосвязи атрибутивного стиля с подозрительностью и скрытой враждебностью, особенно у пациентов вне обострения. С этой целью был даже разработан специальный вопросник [15]. Было показано, что подозрительность в двусмысленных ситуациях у больных шизофренией с персекуторным бредом возникает чаще, чем у других больных шизофренией, а у последних, в свою очередь, чаще, чем у здоровых [16]. Подозрительность в сочетании с приписыванием негативных событий внешним причинам является одним из независимых причинных факторов насильственных действий, совершаемых больными [78].

В работе отечественных исследователей [82] было убедительно доказано, что изменения в атрибутивном стиле появляются уже на ранних этапах заболевания, а степень их выраженности соответствует тяжести психической патологии (в сравнении параноидных и непараноидных пациентов). Кроме этого было обнаружено, что даже пациенты

без персекуторных идей, в отличие от здоровых, склонны возлагать ответственность и испытывать враждебность к окружающим в случайных ситуациях. Вообще отличий между параноидными и непараноидными пациентами было найдено существенно меньше, чем между пациентами и здоровыми. Можно думать, что нарушения в атрибутивном процессе, вызванные болезнью, в последующем нарастают гораздо медленнее и связаны скорее с общей выраженностью психопатологической симптоматики, чем с давностью заболевания и типом течения болезни. Такая гипотеза подтверждается результатами большого исследования, проведенного М. F. Green и соавт. [33, 35].

Исследования атрибутивного стиля проводились в том числе у пациентов с высоким риском развития психоза. Как и у больных шизофренией, в этой группе была выявлена тенденция к поиску внешних причин событий и повышенная подозрительность в сравнении со здоровыми [3, 75]. Однако в работе J. E. DeVylder и соавт. [20] таких различий в атрибутивном стиле найдено не было. Сами авторы объяснили это низкой экологической валидностью применяемых методик. Нарушение познавательной способности в виде особого атрибутивного стиля не является строго нозоспецифичным. Подобные наблюдения были сделаны, например, в ремиссии биполярного аффективного расстройства [45] и при некоторых расстройствах личности [76]. Это позволяет предположить, что данный атрибутивный стиль может быть в значительной мере связан с «ядром личности», что и обуславливает его стойкость в динамике заболевания. Как показал ряд работ, «ошибки» атрибуции у больных шизофренией малообратимы даже под влиянием тренингов социальной познавательной способности, в отличие, например, от нарушений ВМСД или восприятия эмоций [44, 66, 74, 79]. Впрочем, в похожем исследовании больных биполярным аффективным расстройством получены более обнадеживающие результаты [46].

К сожалению, остается практически неизученным атрибутивный процесс у родственников больных шизофренией. До последнего времени таких исследований, очевидно, не проводилось [47], а в одной из недавних работ достоверных различий между ними и здоровыми испытуемыми найдено не было [67]. В то же время по результатам других исследований дефицит социального познания наблюдается не только у больных, но и их близких родственников в различных доменах [4, 29, 58, 77], что показывает необходимость дальнейших научных поисков.

### **Методики исследования атрибутивного процесса**

Нарушения социальной познавательной способности при расстройствах шизофренического спектра, регулярно выявляемые в исследованиях ВМСД, казалось бы, должны также регулярно обнаруживаться

и в работах, посвященных, например, каузальной атрибуции. К сожалению, в действительности этого почти не наблюдалось (особенно в более ранних работах), хотя связь между этими паттернами социального познания в здоровой популяции обнаруживается довольно явно [37]. Такое расхождение в результативности может иметь в своей основе несколько причин. Наиболее актуальными стоит признать недостаток и низкую надежность существующих диагностических методик, а также слабость теоретической базы. Последняя проблема, в свою очередь, во многом обусловлена нехваткой экспериментальных данных. Известно, что в ранних работах, связанных с ВМСД, получаемые результаты были далеко не всегда однозначны и точны [17, 23, 63 и др.]. Например, не всегда удавалось обнаружить нарушения у пациентов в период ремиссии, в отличие от данных более поздних исследований [12, 72]. При этом со временем количество применяемых тестов значительно увеличилось, а их точность и достоверность возросли настолько, что позволили применять их результаты к социальной познавательной способности в целом [51].

Существующие способы диагностики атрибутивного стиля, применяемые в исследованиях пациентов с расстройствами шизофренического спектра, сконцентрированы только на поиске связи каузальной атрибуции с психопатологической симптоматикой. Вне рамок исследований остаются механизмы атрибутивного процесса [42]. За последнее время неоднократно предпринимались попытки расширить набор методик, но, к сожалению, он по-прежнему остается весьма ограниченным.

Метод исследования атрибутивного стиля с помощью вопросников имеет ряд недостатков, главный из которых – воображаемые ситуации, предлагаемые в качестве заданий испытуемым. Восприятие и понимание таких ситуаций зависит от ряда побочных факторов, оказывающих влияние на результаты таких тестов [48]. Еще одна проблема может скрываться в отличиях между атрибуциями, осуществляемыми пациентом в условиях эксперимента, и атрибуциями в повседневных ситуациях [5]. Тем не менее, практически во всех проанализированных работах (в том числе за последние 10 лет) авторами применялись именно вопросники, что связано, предположительно, с удобством и простотой их применения по сравнению с проективными методиками.

Вопросник «Attributional style questionnaire» (ASQ) [61] предлагает испытуемым дать произвольное объяснение вымышленным ситуациям, в которых предположительно оказался испытуемый. Всего в вопроснике 12 ситуаций, разбитых поровну на позитивные и негативные. Каждая причина оценивается испытуемым по трем шкалам: внутренними или внешними причинами она обусловлена, стабильна она или нет, влияет ли на другие сферы его жизни.

В вопроснике «Internal, personal and situational attributions questionnaire» (IPSAQ), призванном

компенсировать недостатки ASQ [41], участнику предлагаются уже 32 ситуации, одна половина из которых позитивные (например, «друг посетил вас с дружеской беседой»), а другая – негативные (например, «друг предал ваше доверие»). Здесь необходимо выбрать один из трех предложенных вариантов объяснения причины произошедшего и ответить, связано ли это с личностью испытуемого, с окружающими его людьми или же внешними обстоятельствами. Таким образом, здесь внешние факторы впервые были разделены на внешне-личностные и внешне-ситуационные. Данный метод был надежнее своего предшественника, но все же несвободен от ряда его недостатков, оказавшихся особенно заметными в исследованиях расстройств шизофренического спектра. В некоторых аспектах он, по признанию авторов [10], даже проигрывает ему, так как не позволяет учитывать глобальность и стабильность осуществляемых атрибуций.

Распространение получили оба метода, в том числе их адаптации и модификации [21, 56, 57]. В ряде работ вопросники ASQ и IPSAQ применялись одновременно [21, 36, 53]. В то же время исследователи отмечали низкую экологическую валидность этих двух вопросников [2, 20]. Они позволяли оценивать только атрибуции положительных и отрицательных событий, точнее, их причин, оставляя вне поля зрения сам факт наличия причины.

Предложенный D.R.Combs и соавт. [15] вопросник предлагает гипотетические ситуации (всего 15), в которых оказывается испытуемый, и требует назвать наиболее вероятную причину каждого события. В вопроснике «Ambiguous intentions hostility questionnaire» (AIHQ) события делятся поровну на три группы: заведомо преднамеренные, заведомо случайные и сомнительные, допускающие двоякую трактовку. Помимо «индекса преднамеренности» для каждого случая испытуемый указывает степень своей враждебности к действующему субъекту и степень приписываемой ему ответственности, а также уровень агрессии, который испытуемый допускает в данной ситуации (например, словесный конфликт, физическое насилие и пр.).

Несмотря на относительно небольшой срок своего существования, AIHQ оказался весьма популярен среди исследователей. Этот вопросник наиболее надежен среди прочих, применяемых в исследованиях больных шизофренией [64], а кроме того позволяет косвенно оценивать враждебность и риск агрессивных действий со стороны пациентов. Эти качества могут быть полезны при оценке состояния на этапе редукции психотических расстройств и в процессе восстановления пациентов после перенесенного психоза для улучшения их социализации.

Вопросник «Social attributions questionnaire» (SAQ) [7] также использовался в исследовании пациентов с расстройствами шизофренического спектра, но распространения не получил. Хотя теория ковари-

ации Н.Н.Kelley [40] подтвердилась в отношении и больных, и здоровых [81], достаточных данных об эффективности такого теста получено не было. Его использование в более поздних публикациях нам не встречалось, и в данный обзор он не вошел. Информации о применении других методов исследования атрибутивного стиля у больных с расстройствами шизофренического спектра нами найдено не было.

Другая категория методик исследования атрибутивного процесса предусматривает использование системы поиска и оценки приписываний, производимых пациентами естественным образом в ходе беседы с исследователем. Впрочем, вместо этого чаще используется полуструктурированное интервью. В исследованиях больных расстройствами шизофренического спектра применяются системы CAVE («Content analysis of verbatim explanations») [69] или LACS («Leeds attributional coding system») [73], последняя значительно чаще. С их помощью можно обследовать пациентов даже в остром состоянии, когда использование опросников затруднено или невозможно [5]. Возможно даже исследование атрибуций, обусловленных бредом. Анализ свободных высказываний позволяет оценивать естественный механизм формирования атрибуций и понимать весь атрибутивный процесс полнее. К сожалению, и эта группа методик имеет свои ограничения. Например, существуют трудности объективизации, вызванные разным пониманием одной и той же фразы пациента разными исследователями [48]. Свободные атрибуции разных людей отличаются, так как испытуемые говорят о разных ситуациях, сравнивать эти атрибуции затруднительно. Таким образом существует вероятность недостаточной объективности этих методик. Исследований с их применением проведено крайне мало.

Отдельно необходимо упомянуть работу испанских исследователей, предложивших метод комплексного исследования социальной познавательной способности, в том числе атрибутивного стиля «Social cognition scale» [27], у больных шизофренией. Наряду с другими методиками испытуемому предъявляются три фотографии, изображающие социальные ситуации. Ему предлагают описать каждую из них по 12 пунктам, по которым оценивается эмоциональное восприятие, ВМСД и атрибутивный стиль. Метод продемонстрировал свою эффективность [27, 67], что доказывает принципиальную возможность разработки комплексных проективных методик как более совершенной альтернативы применяемым ныне опросникам.

В работе M.D.Bell и соавт. [6] также применялась авторская проективная методика исследования атрибутивного стиля SAT-MC («The social attribution task – multiple choice version») [43], уже упоминавшаяся выше. Испытуемому предлагалось 19 вопросов по содержанию 64-секундного видеоролика с анимированными геометрическими фигу-

рами, изображающими социальное взаимодействие. Для каждого вопроса было предусмотрено четыре варианта ответов. Несмотря на результативность в пилотном исследовании и интересные возможности, которые предоставляет данный тест, в других публикациях по теме обзора он нам не встречался.

### Обсуждение

Одно из главных препятствий на пути изучения атрибутивного процесса у больных шизофренией – это отсутствие единого понимания исследуемой проблемы. Возможным методом ее решения представляется создание международных рабочих групп и выработка единой концепции атрибутивного процесса. Использование упрощенных теоретических построений может серьезно затруднить формирование интегративной модели социального познавательного дефицита при шизофрении.

Разные методики исследования атрибутивного стиля основаны на разных его моделях, поэтому сравнение их результативности не всегда возможно. В зависимости от предлагаемой теории атрибуции результаты исследования могут заметно различаться. Особенно это справедливо для проективных методик, предоставляющих исследователям больше свободы. Следует думать, что преимущество той или иной методики в большей степени обусловлено правильно выбранной теоретической базой.

Другая проблема заключается в неоднородности выборки, в том числе в применении синдромального подхода в формировании исследуемых групп. Это приводит не только к противоречивым данным, но и затрудняет сравнение результатов научных работ.

Вряд ли возможно использование данных об атрибутивном стиле субъекта для осуществления диагностики и дифференциальной диагностики. Это вызвано, очевидно, многокомпонентной структурой такого конструкта. Продуктивная симптоматика (за исключением аффективной) вносит преимущественно обратимые и неспецифические нарушения, что может быть связано с общим влиянием на познавательные способности. Изменения, вызываемые развитием дефицитарных симптомов, как правило, менее выражены, но более специфичны. Они соотносятся с расстройствами, наблюдаемыми не только в группе пациентов, но и в группе высокого риска. Более того, найденные особенности атрибутивного стиля больных шизофренией качественно не отличаются от здоровой популяции. Это позволяет предполагать, что механизмы возникновения атрибутивного стиля во всех случаях носят не патологический, а, скорее, приспособительный характер.

Таким образом, формируется представление об атрибутивной способности как о базовой познавательной способности человека, тесно связанной с другими паттернами, в определенной степени индивидуальной, обусловленной характерологическими чертами. В связи с интегративной природой

этой способности она мало подвержена процессуальным изменениям, но в то же время изменения в ее структуре возникают уже на раннем этапе болезни и малообратимы. Эта особенность свойственна всем

паттернам социального познания. Видимо, здесь следует говорить не столько о снижении, сколько о перестройке атрибутивного процесса, вызванной общим когнитивным снижением.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева Г.М. Психология социального познания: монография. М.: Аспект Пресс, 2000. 288 с.
2. Aakre J.M., Seghers J.P., St-Hilaire A., Docherty N. Attributional style in delusional patients: a comparison of remitted paranoid, remitted nonparanoid, and current paranoid patients with nonpsychiatric controls // *Schizophr. Bull.* 2009. Vol. 35, N 5. P. 994–1002.
3. An S.K., Kang J.I., Park J.Y. et al. Attribution bias in ultra-high risk for psychosis and first-episode schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2010. Vol. 118, N 1–3. P. 54–61.
4. Baas D., van't Wout M., Aleman A., Kahn R.S. Social judgement in clinically stable patients with schizophrenia and healthy relatives: behavioural evidence of social brain dysfunction // *Psychol. Med.* 2008. Vol. 38, N 5. P. 747–754.
5. Beese A.G., Stratton P. Causal attributions in delusional thinking: an investigation using qualitative methods // *Br. J. Clin. Psychol.* 2004. Vol. 43, Pt. 3. P. 267–283.
6. Bell M.D., Fiszdon J.M., Greig T.C., Wexler B.E. Social attribution test – multiple choice (SAT-MC) in schizophrenia: comparison with community sample and relationship to neurocognitive, social cognitive and symptom measures // *Schizophr. Res.* 2010. Vol. 122, N 1–3. P. 164–171.
7. Bentall R.P., Kaney S., Dewey M.E. Paranoia and social reasoning: an attribution theory analysis // *Br. J. Clin. Psychol.* 1991. Vol. 30, Pt. 1. P. 13–23.
8. Bentall R.P. Social cognition and delusional beliefs // *Social Cognition and Schizophrenia* / P.W.Corrigan, D.L.Penn (Eds.). Washington: American Psychological Association, 2001. 353 p.
9. Bentall R.P., Corcoran R. Persecutory delusions: a review and theoretical integration // *Clin. Psychol. Rev.* 2001. Vol. 21, N 8. P. 1143–1192.
10. Bentall R.P., Rowse G., Shryane N. et al. The cognitive and affective structure of paranoid delusions: a transdiagnostic investigation of patients with schizophrenia spectrum disorders and depression // *Arch. Gen. Psychiatry.* 2009. Vol. 66, N 3. P. 236–247.
11. Bernstein W.M., Stephan W.G., Davis M.H. Explaining attributions for achievement: a path analytic approach // *J. Pers. Soc. Psychol.* Vol. 37, N 10. P. 1810–1821.
12. Bora E. Theory of mind in schizophrenia spectrum disorders // *Turk Psikiyatri Derg.* 2009. Vol. 20, N 3. P. 269–281.
13. Brown E.C., Tas C., Can H. et al. A closer look at the relationship between the subdomains of social functioning, social cognition and symptomatology in clinically stable patients with schizophrenia // *Compr. Psychiatry.* 2014. Vol. 55, N 1. P. 25–32.
14. Combs D.R., Penn D.L. The role of subclinical paranoia on social perception and behavior // *Schizophr. Res.* 2004. Vol. 69, N 1. P. 93–104.
15. Combs D.R., Penn D.L., Wicher M., Waldheter E. The ambiguous intentions hostility questionnaire (AIHQ): a new measure for evaluating hostile social-cognitive biases in paranoia // *Cogn. Neuropsychiatry.* 2007. Vol. 12, N 2. P. 128–143.
16. Combs D.R., Penn D.L., Michael C.O. et al. Perceptions of hostility by persons with and without persecutory delusions // *Cogn. Neuropsychiatry.* 2009. Vol. 14, N 1. P. 30–52.
17. Corcoran R., Mercer G., Frith C.D. Schizophrenia, symptomatology and social inference: investigating 'theory of mind' in people with schizophrenia // *Schizophr. Res.* 1995. Vol. 17, N 1. P. 5–13.
18. Couture S.M., Penn D.L., Roberts D.L. The functional significance of social cognition in schizophrenia: a review // *Schizophr. Bull.* 2006. Vol. 32, Suppl. 1. P. S44–S63.
19. Craig J.S., Hatton C., Craig F.B., Bentall R.P. Persecutory beliefs, attributions and theory of mind: comparison of patients with paranoid delusions, Asperger's syndrome and healthy controls // *Schizophr. Res.* 2004. Vol. 69, N 1. P. 29–33.
20. DeVylder J.E., Ben-David S., Kimhy D., Corcoran C.M. Attributional style among youth at clinical risk for psychosis // *Early Interv. Psychiatry.* 2013. Vol. 7, N 1. P. 84–88.
21. Diez-Alegria C., Vazquez C., Nieto-Moreno M. et al. Personalizing and externalizing biases in deluded and depressed patients: are attributional biases a stable and specific characteristic of delusions? // *Br. J. Clin. Psychol.* 2006. Vol. 45. P. 531–544.
22. Donohoe G., Duignan A., Hargreaves A. et al. Social cognition in bipolar disorder versus schizophrenia: comparability in mental state decoding deficits // *Bipolar Disord.* 2012. Vol. 14, N 7. P. 743–748.
23. Doody G.A., Gotz M., Johnstone E.C. et al. Theory of mind and psychoses // *Psychol. Med.* 1998. Vol. 28, N 2. P. 397–405.
24. Elnakeeb M., Abdel-Dayem S., Gaafar M., Mavundla T.R. Attributional style of Egyptians with schizophrenia // *Int. J. Ment. Health Nurs.* 2010. Vol. 19, N 6. P. 445–456.
25. Fraguas D., Mena A., Franco C. et al. Attributional style, symptomatology and awareness of illness in schizophrenia // *Psychiatry Res.* 2008. Vol. 158, N 3. P. 316–323.
26. Freeman D., Garety P., Kuipers E. et al. Delusions and decision-making style: use of the Need for Closure Scale // *Behav. Res. Ther.* 2006. Vol. 44, N 8. P. 1147–1158.
27. Fuentes I., Garcia S., Ruiz J.C. et al. La escala de cognicion social (ECS): estudio piloto sobre la evaluacion de la cognicion social en las personas con esquizofrenia // *Rehabilitacion Psicossocial.* 2011. Vol. 8. P. 2–7.
28. Garety P.A., Freeman D. Cognitive approaches to delusions: a critical review of theories and evidence // *Br. J. Clin. Psychol.* 1999. Vol. 38. P. 113–154.
29. Goghari V.M., Macdonald A.W. 3rd, Sponheim S.R. Temporal lobe structures and facial emotion recognition in schizophrenia patients and nonpsychotic relatives // *Schizophr. Bull.* 2011. Vol. 37, N 6. P. 1281–1294.
30. Green M.F., Olivier B., Crawley J.N. et al. Social cognition in schizophrenia: recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference // *Schizophr. Bull.* 2005. Vol. 31, N 4. P. 882–887.
31. Green M.F., Leitman D.I. Social cognition in schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 2008. Vol. 34, N 4. P. 670–672.
32. Green M.F., Penn D.L., Bentall R. et al. Social cognition in schizophrenia: a NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities // *Schizophr. Bull.* 2008. Vol. 34, N 6. P. 1211–1220.
33. Green M.F., Bearden C.E., Cannon T.D. et al. Social cognition in schizophrenia, part 1: performance across phase of illness // *Schizophr. Bull.* 2012. Vol. 38, N 4. P. 854–864.
34. Heider F. The psychology of interpersonal relations. New York: Wiley, 1958. 322 p.
35. Horan W.P., Green M.F., DeGroot M. et al. Social cognition in schizophrenia, part 2: 12-month stability and prediction of functional outcome in first-episode patients // *Schizophr. Bull.* 2012. Vol. 38, N 4. P. 865–872.
36. Humphreys L., Barrowclough C. Attributional style, defensive functioning and persecutory delusions: symptom-specific or general coping strategy? // *Br. J. Clin. Psychol.* 2006. Vol. 45. P. 231–246.
37. Jeon I.H., Kim K.R., Kim H.H. et al. Attributional style in healthy persons: its association with 'theory of mind' skills // *Psychiatry Investig.* 2013. Vol. 10, N 1. P. 34–40.
38. Jolley S., Garety P., Bebbington P. et al. Attributional style in psychosis – the role of affect and belief type // *Behav. Res. Ther.* 2006. Vol. 44, N 11. P. 1597–1607.
39. Jones E.E., Davis K.E. From acts to dispositions: the attribution process in person perception // *Adv. Exp. Soc. Psychol.* 1965. Vol. 2. P. 219–266.
40. Kelley H.H. Attribution theory in social psychology // *Nebr. Symp. Motiv.* 1967. Vol. 15. P. 192–238.
41. Kinderman P., Bentall R.P. A new measure of causal locus: the internal, personal and situational attributions questionnaire // *Pers. Individ. Dif.* 1996. Vol. 20, N 2. P. 261–264.
42. Kinderman P. Changing causal attributions // *Social Cognition and Schizophrenia* / P.W.Corrigan, D.L.Penn (Eds.). Washington: American Psychological Association, 2001. 353 p.
43. Klin A. Attributing social meaning to ambiguous visual stimuli in higher-functioning autism and Asperger syndrome: the social attribution task // *J. Child. Psychol. Psychiatry.* 2000. Vol. 41, N 7. P. 831–846.
44. Kurtz M.M., Richardson C.L. Social cognitive training for schizophrenia: a meta-analytic investigation of controlled research // *Schizophr. Bull.* 2012. Vol. 38, N 5. P. 1092–1104.
45. Lahera G., Benito A., Gonzalez-Barroso A. et al. Social-cognitive bias and depressive symptoms in outpatients with bipolar disorder // *Depress. Res. Treat.* 2012. ID 670549. P. 6.
46. Lahera G., Benito A., Montes J.M. et al. Social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with bipolar disorder // *J. Affect. Disord.* 2013. Vol. 146, N 1. P. 132–136.
47. Lavoie M.A., Plana I., Bedard Lacroix J. et al. Social cognition in first-degree relatives of people with schizophrenia: a meta-analysis // *Psychiatry Res.* 2013. Vol. 209, N 2. P. 129–135.
48. Lee D.A., Randall F., Beattie G., Bentall R.P. Delusional discourse: an investigation comparing the spontaneous causal attributions of paranoid and non-paranoid individuals // *Psychol. Psychother.* 2004. Vol. 77. P. 525–540.

49. Lincoln T.M., Mehl S., Kesting M.L., Rief W. Negative symptoms and social cognition: identifying targets for psychological interventions // *Schizophr. Bull.* 2011. Vol. 37, Suppl. 2. P. S23–S32.
50. Lysaker P.H., Lancaster R.S., Nees M.A., Davis L.W. Attributional style and symptoms as predictors of social function in schizophrenia // *J. Rehab. Res. Dev.* 2004. Vol. 41, N 2. P. 225–232.
51. Maat A., Fett A.K., Derks E., GROUP Investigators. Social cognition and quality of life in schizophrenia // *Schizophr. Res.* 2012. Vol. 137, N 1–3. P. 212–218.
52. Mancuso F., Horan W.P., Kern R.S., Green M.F. Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome // *Schizophr. Res.* 2011. Vol. 125, N 2–3. P. 143–151.
53. Martin J.A., Penn D.L. Attributional style in schizophrenia: an investigation in outpatients with and without persecutory delusions // *Schizophr. Bull.* 2002. Vol. 28, N 1. P. 131–141.
54. McKay R., Langdon R., Coltheart M. Paranoia, persecutory delusions and attributional biases // *Psychiatry Res.* 2005. Vol. 136, N 2–3. P. 233–245.
55. Mehl S., Rief W., Lullmann E. et al. Implicit attributional style revisited: evidence for a state-specific „self-decreasing“ implicit attributional style in patients with persecutory delusions // *Cogn. Neuropsychiatry.* 2010. Vol. 15, N 5. P. 451–476.
56. Mehta U.M., Thirhalli J., Naveen Kumar C. et al. Validation of Social Cognition Rating Tools in Indian Setting (SOCRATIS): a new test-battery to assess social cognition // *Asian J. Psychiatr.* 2011. Vol. 4, N 3. P. 203–209.
57. Mehta U.M., Thirhalli J., Naveen Kumar C. et al. Schizophrenia patients experience substantial social cognition deficits across multiple domains in remission // *Asian J. Psychiatry.* 2013. Vol. 6, N 4. P. 324–329.
58. Meijer J., Simons C.J., Quee P.J., Verweij K., GROUP Investigators. Cognitive alterations in patients with non-affective psychotic disorder and their unaffected siblings and parents // *Acta Psychiatr. Scand.* 2012. Vol. 125, N 1. P. 66–76.
59. Mizrahi R., Addington J., Remington G., Kapur S. Attribution style as a factor in psychosis and symptom resolution // *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 104, N 1–3. P. 220–227.
60. Pennington D.C. *Social Cognition: монография.* London: Routledge, 2000. 195 c.
61. Peterson C., Semmel A., Von Baeyer C. et al. The attributional style questionnaire // *Cogn. Ther. Res.* 1982. Vol. 3. P. 287–300.
62. Phillips M.L., Senior C., David A.S. Perception of threat in schizophrenics with persecutory delusions: an investigation using visual scan paths // *Psychol. Med.* 2000. Vol. 30, N 1. P. 157–167.
63. Pickup G.J., Frith C.D. Theory of mind impairments in schizophrenia: symptomatology, severity and specificity // *Psychol. Med.* 2001. Vol. 31, N 2. P. 207–220.
64. Pinkham A.E., Penn D.L., Green M.F. et al. The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel // *Schizophr. Bull.* 2013. May 31. [On-line publication].
65. Reeder G.D. Attribution as a gateway to social cognition // *The Oxford Handbook of Social Cognition / D.E. Carlston (Ed.). Oxford: Oxford University Press, 2013. 948 p.*
66. Roberts D.L., Combs D.R., Willoughby M. et al. A randomized, controlled trial of social cognition and interaction training (SCIT) for outpatients with schizophrenia spectrum disorders // *Br. J. Clin. Psychol.* 2014. Jan. 13. [On-line publication].
67. Rodriguez Sosa J.T., Gil Santiago H., Trujillo Cubas A. et al. Social cognition in patients with schizophrenia, their unaffected first degree relatives and healthy controls. Comparison between groups and analysis of associated clinical and sociodemographic variables // *Rev. Psiquiatr. Salud. Ment.* 2013. Vol. 6, N 4. P. 160–167.
68. Savla G.N., Vella L., Armstrong C.C. et al. Deficits in domains of social cognition in schizophrenia: a meta-analysis of the empirical evidence // *Schizophr. Bull.* 2013. Vol. 39, N 5. P. 979–992.
69. Schulman P., Castellon C., Seligman M.E.P. Assessing explanatory style: the content analysis of verbatim explanations and the attributional style questionnaire // *Behav. Res. Ther.* 1989. Vol. 27. P. 505–512.
70. Sharp H., Fear C., Healy D. Attributional style and delusions: an investigation based on delusional content // *Eur. Psychiatry.* 1997. Vol. 12, N 1. P. 1–7.
71. Silverman R.J., Peterson C. Explanatory style of schizophrenic and depressed outpatients // *Cogn. Ther. Res.* 1993. Vol. 17, N 5. P. 457–470.
72. Sprong M., Schothorst P., Vos E. et al. Theory of mind in schizophrenia: meta-analysis // *Br. J. Psychiatry.* 2007. Vol. 191. P. 5–13.
73. Stratton P., Munton A.G., Hanks H.G.I. et al. *Leeds Attributional Coding System (LACS) Manual.* Leeds: Leeds Family Therapy & Research Centre, 1988. 133 p.
74. Tas C., Danaci A.E., Cubukcuoglu Z., Brune M. Impact of family involvement on social cognition training in clinically stable outpatients with schizophrenia – a randomized pilot study // *Psychiatry Res.* 2012. Vol. 195, N 1–2. P. 32–38.
75. Thompson A., Papas A., Bartholomeusz C. et al. Externalized attributional bias in the Ultra High Risk (UHR) for psychosis population // *Psychiatry Res.* 2013. Vol. 206, N 2–3. P. 200–205.
76. Turkat I.D., Keane S.P., Thompson-Pope S.K. Social processing errors among paranoid personalities // *J. Psychopathol. Behav. Assess.* 1990. Vol. 12, N 3. P. 263–269.
77. Versmissen D., Janssen I., Myin-Germeys I. et al. Evidence for a relationship between mentalising deficits and paranoia over the psychosis continuum // *Schizophr. Res.* 2008. Vol. 99, N 1–3. P. 103–110.
78. Waldheter E.J., Jones N.T., Johnson E.R., Penn D.L. Utility of social cognition and insight in the prediction of inpatient violence among individuals with a severe mental illness // *J. Nerv. Ment. Dis.* 2005. Vol. 193, N 9. P. 609–618.
79. Wang Y., Roberts D.L., Xu B. et al. Social cognition and interaction training for patients with stable schizophrenia in Chinese community settings // *Psychiatry Res.* 2013. Vol. 210, N 3. P. 751–755.
80. Weiner B. *An attributional theory of motivation and emotion: монография.* New York: Springer-Verlag, 1986. 304 p.
81. Young H.F., Bentall R.P. Social reasoning in individuals with persecutory delusions: the effects of additional information on attributions for the observed behaviour of others // *Br. J. Clin. Psychol.* 1997. Vol. 36 (Pt. 4). P. 569–573.
82. Zaytseva Y., Burova V., Garakh Z., Gurovich I.Y. Attributional style in first episode of schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders with and without paranoid ideation // *Psychiatr. Danub.* 2013. Vol. 5. P. S329–S331.

## ИССЛЕДОВАНИЕ АТРИБУЦИИ ПРИ РАССТРОЙСТВАХ ШИЗОФРЕНИЧЕСКОГО СПЕКТРА

Ю.А. Кузин

Атрибуция, являясь важным элементом социальной познавательной способности, все больше привлекает внимание исследователей. В данной обзорной статье рассмотрены современные взгляды на особенности каузальной атрибуции у больных расстройствами шизофренического спектра в период обострения и ремиссии. Обсуждается связь атрибуции с психопатологической симптоматикой и другими доменами социального познания. Показаны возможные механизмы развития у больных шизофренией

нарушений атрибутивного процесса и их влияние на социальное функционирование. Отдельно описаны методики исследования атрибутивного процесса, применяющиеся до настоящего времени у таких пациентов. Практически все рассмотренные работы выполнены на протяжении последних 10 лет, результаты работ публиковались на английском языке.

**Ключевые слова:** атрибуция, атрибутивный стиль, нарушения социального познания, шизофрения.

## ATTRIBUTION IN SCHIZOPHRENIA SPECTRUM DISORDERS

Yu.A. Kuzin

Attribution is an important part of social cognition and it increasingly attracts the interest of researchers. This article reviews current ideas concerning causal attribution in patients with schizophrenia spectrum disorders in acute phase and in remission. The author discusses the links between attribution and psychopathological symptoms and other domains of social cognition. The author describes possible mechanisms for development

of disordered attribution process in schizophrenia and its influence on social cognition. Besides, the article offers a description of techniques for investigation of attribution process. The bulk of the research reviewed have been completed during recent decade and published in English.

**Key words:** attribution, attribution style, disordered social cognition, schizophrenia.