

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О. В. Рычкова, Е. П. Сильчук

*ГОУ ВПО Белгородский государственный университет, кафедра общей
и клинической психологии, ФГУ «Московский НИИ психиатрии Росздрава»*

На сегодняшний день как само понятие социальный интеллект, так и близкие к нему концепты – социальная компетентность, социальное мышление, коммуникативные способности, эмоциональный интеллект, практический интеллект и т.д. приобрели широкую известность в психологии. Подобного рода интерес и внимание связаны с целым рядом соображений, но в первую очередь с пониманием недостаточности собственно академического интеллекта для обеспечения успешной адаптации субъекта, особенно в тех видах деятельности, которые связаны с межличностным взаимодействием. Понятие «социальный интеллект» имеет достаточно длительную историю, обычно под ним понимали совокупность ментальных способностей, связанных с обработкой социальной информации и способствующих успешности межличностного взаимодействия (Э.Торндайк, Г.Оллпорт). В настоящее время изучение социального интеллекта (и близких к нему феноменов) имеет место в области психологии способностей, возрастной, педагогической психологии, в психологии управления, бизнеса, политики и т.д. Предлагаются новые теоретические модели социального интеллекта и близких к нему концептов (например, эмоциональный интеллект), но всегда данный концепт трактуется как предиктор социальной успешности, определяется в качестве важнейшей составляющей готовности к некоторым видам профессиональной деятельности, к межличностному общению. Интерес к данному концепту обусловлен также тем обстоятельством, что социальный интеллект, являясь составной частью когнитивного оснащения индивида, неотделим от его личностных характеристик, и тем самым изучение социального интеллекта позволяет соединить воедино субъект познания и субъект деятельности, выстроить, так сказать, мост между когнитивными процессами и эмоционально-волевыми чертами (при том, что эти сферы при их изучении обычно отделялись друг от друга и привычно разрабатывались разными разделами теоретической психологии).

При такой очевидной значимости конструкта «социальный интеллект» удивительным является то, что он до сих пор практически не служил предметом исследований клинических психологов. Сразу отметим, что мы не претендуем на полноту исследований нарушений социального интеллекта, но выбрали один из вариантов возможного использования понятия «социальный интеллект» при изучении клинической реальности. При этом уверены, что возможности его применения в диагностической практике – как у взрослых, так и у детей, страдающих психическими расстройствами, в экспертологической, психологической и психолого-психиатрической диагностике, а также при построении программ психотерапии и реабилитации, огромны.

Выбор пациентов, страдающих шизофренией, в качестве объекта исследования социального интеллекта не случаен¹. Больные шизофренией – один из традиционных объектов интереса клинических психологов. Психологи, наряду с психиатрами, стремились использовать получаемые данные для построения теоретических моделей самих психических процессов. Это относится к ставшим уже классическими описаниям нарушений мышления у больных шизофренией, присущих им особенностям коммуникации (и метакоммуникации), а в последние годы – нейрокогнитивному дефициту, уже утвердившему свой статус одного из основных механизмов, лежащих в основе расстройств когнитивных функций при шизофрении. Однако ни одно из этих направлений не сравнится по значимости с исследованием нарушений социального познания и социального интеллекта у больных шизофренией. Число таких исследований множится, они становятся все более глубокими, описывают тонкие механизмы возникновения и стабилизации нарушений социального познания у больных шизофренией

¹ См. также обзор Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. Т. 19, № 4. С. 92–104.

(и расстройствами данного спектра), а в серьезных мета-обзорах отмечается взаимообогащающее влияние подобных исследований на изучение социального познания когнитивной психологией, нейробиологией [32].

Необходимо отметить, что уже на этапе выделения клиницистами группы шизофренических психозов было замечено, что у больных шизофренией всегда нарушается их социальное функционирование, происходит аутистический отказ от взаимодействия с другими людьми, вплоть до катастрофической неэффективности, невозможности такого взаимодействия. Более поздние концептуализации шизофрении также указывали дефициты и нарушения социального познания и социального функционирования.

Диапазон описаний личностных особенностей больных шизофренией простирается от собственно клинических детализированных описаний до психоаналитических моделей схизиса, расщепления, нарушенных объектных отношений, специфики используемых механизмов психологической защиты, представлений об утрате границ «Я» по Р.Лэингу и других. Таким образом, были обозначены многочисленные нарушения в виде отсутствия у больных шизофренией эмпатии, трудности понимания и видения ими социальных ситуаций, невозможности рефлексии собственного поведения глазами окружающих.

С другой стороны, в экспериментальной психопатологии и психологии основной фокус внимания при изучении больных шизофренией касался нарушений процессов переработки информации. Предложенные западными исследователями модели переработки информации (information-processing models), как основного нарушения при шизофрении, надолго предопределили выбор объекта исследования. В 50-х годах возникла идея о первичном когнитивном дефиците, наблюдающемся уже в преморбиде, нередко задолго до начала болезни, и определявшем трудности переработки релевантных стимулов. Позже добавились представления о дефицитах, связанных с текущим болезненным процессом, приобретенных, но также препятствующих переработке информации. Что касается социального познания, то и оно первоначально рассматривалось как часть более общего дефицита когнитивных способностей.

Поскольку основным результатом указанного выше подхода стали многочисленные данные о нарушениях мышления, а позже – внимания, отдельных видов памяти, особенностей речи, ассоциативных процессов, возник интерес к поиску мозговых механизмов данных нарушений. Возросшие возможности инструментального исследования работы мозга также оказали свое влияние, результатом чего стала концепция нейрокогнитивного дефицита при шизофрении. Отметим, что нейрорепсихологический подход к описанию нарушений когнитивных процессов при шизофрении не только

оправдал себя в рамках исследовательских работ, но и стал основой для целого ряда воздействий, направленных на компенсацию нарушений [8]. Однако, дальнейшее развитие исследовательской мысли поставило в фокус внимания идею о том, что выявляемые у больных дефекты (особенно фоновые, преморбидные) самым непосредственным образом влияют на обучение, усвоение информации, а поскольку большинство используемой нами информации социально по природе, неизбежна тесная взаимосвязь когнитивных нарушений и дефицитарного, искаженного усвоения социальных навыков и знаний. Именно поэтому социальное познание из одного из аспектов выявляемых у больных нарушений впоследствии оформилось в отдельное исследовательское направление.

На наш взгляд, наиболее точным свидетельством оформления исследований социального познания при шизофрении в отдельную область стало появление в психиатрической литературе такого термина как «социальная когниция», начало использования которого относится к 80-м годам XX века. Позже стали использоваться и другие термины – как ставшие традиционными (к ним мы относим «социальный интеллект»), так и новые, небесспорные (например, «эмоциональный интеллект»). В большинстве западных работ, посвященных нарушениям социального познания при шизофрении [33], предлагаются несколько моделей для исследования этой сферы. Во-первых, это исследование восприятия лицевой экспрессии и эмоций. Число таких исследований велико и их данные, несмотря на нередкую противоречивость, позволили установить затруднения, недостаточность понимания лицевой экспрессии больными шизофренией, причем затруднения более отчетливы применительно к негативным эмоциям, особенно – к восприятию страха [20, 30]. Не вполне ясно, насколько данные затруднения связаны с текущим болезненным процессом, с самими особенностями переживания эмоций больными. Вопрос о генезе данного дефицита и его механизмах также нельзя считать решенным (как минимум, необходимо ответить на вопрос о том, является ли дефицит восприятия эмоциональной экспрессии частью более общего перцептивного дефицита или специфическим нарушением восприятия).

Второй тип нарушений, часто описываемый в работах западных исследователей, касается возможности понимания социальных ситуаций. Описаны как типичное непонимание правил поведения других людей, подтекста ситуации, намек, способности предвидеть развитие ситуации, невозможность предсказания поведения других людей, неправильная оценка отношений между ними. К этому тесно примыкают бедность собственных социальных ролей, используемых больными, отсутствие у них сценариев развития ситуаций, неумение строить адекватные ситуации реплики. Последнее нередко именуют термином «прагматика речи»,

акцентируя коммуникативную, адаптивную составляющую речи [18, 21, 22].

Еще одной популярной в последние годы у исследователей шизофрении моделью стало изучение так называемой «theory of mind» (дословно «теория разума»). Данный термин был предложен для особой способности субъекта понимать состояние как собственное, так и других людей. Нарушение этой способности имеет место при разных нервно-психических заболеваниях, но при шизофрении оно является ключевым, обязательным. Исследования в этой области были начаты с появлением в 1992 году работы Chris Frith «Когнитивная нейропсихология шизофрении» [26]. Выдвинутый им тезис о том, что шизофрения может быть понята как расстройство репрезентаций умственных состояний, позже подтвердился результатами исследования детей с синдромом раннего детского аутизма, а затем и материалом, непосредственно относящимся к больным шизофренией. Он использовал термин «мета-репрезентации», полагая, что симптомы и признаки шизофрении точно отражают природу и локализацию нарушений в пределах когнитивной системы и касаются распознавания и отслеживания как собственных намерений человека, так и намерений, мыслей, убеждений, которые он приписывает другим.

Необходимо сказать, что чаще всего нарушения социального познания, особенно «theory of mind», описываются при раннем детском аутизме [15, 16], но у больных шизофренией они также находят подтверждение [17, 18, 24]. В ряде работ предпринимались попытки, более или менее убедительные, выведения всех симптомов и признаков шизофрении из названного дефицита [14, 29]. Не останавливаясь подробно на данном аспекте, отметим, что несмотря на некоторую, с нашей точки зрения, спекулятивность отдельных построений, не вызывает сомнения связь нарушений «theory of mind» с некоторыми присущими данной клинической группе проявлениями. Видна такая связь с трудностями коммуникации, установления дружеских связей больными, отсюда – социальная изоляция; с утратой способности понимать намерения других и их отношение, отсюда – не только невозможность вести себя адекватно, но и персекуторные идеи; в ряде случаев и нарушения мышления легко интерпретируются, как вызванные невозможностью представить рассуждения других людей и сделать свои выводы для них понятными. Интересным представляется методическое обеспечение исследований «теории разума», когда, несмотря на вариативность заданий (от экспериментального разыгрывания сложных ситуаций до предложения специальных методик, основанных на разной оценке понимания лжи, метафор, иронии и шуток, негласных коммуникативных правил, бестактности), очевидна близость содержания заданий к приемам, используемым для оценки социального интеллекта (например, у детей).

Необходимо упомянуть и такие модели, как особый атрибутивный стиль, присущий больным шизофренией (в первую очередь параноидной), и собственное «Я» больного, рассматриваемое как особая, уникальная структура знания. По мнению ряда исследователей, концепция измененного или дефицитарного «Я» может играть центральную роль на этапе начала шизофренического процесса, особенно если учесть тесную связь «Я» с эмоциональными процессами и с социальным познанием [28]. Часть западных исследований посвящена напрямую доказательству того, что эмоции порождают нарушения в мышлении пациентов с шизофренией [23, 27]. Исследования в указанном направлении представляются весьма перспективными.

Есть психиатры, психологи, специалисты по нейронаукам, дающие новое определение шизофрении: «расстройство межличностного взаимодействия, при котором проблемы есть результат неверного видения социального окружения и своего места в нем» [31].

Идея о нарушениях социального познания при шизофрении нашла отражение в исследованиях отечественных ученых. В работах целого ряда авторов [1, 3, 4, 6, 12, 13] описаны феномены искажения восприятия эмоций и трудности переработки информации (включая несоциальную), нарушения, созвучные патологии лобных отделов мозга – в том числе целенаправленности поведения и саморегуляции. Среди исследований, выполненных в рамках научной школы Б.В.Зейгарник, диссертационное исследование А.Б.Холмогоровой [13] было посвящено изучению нарушений саморегуляции познавательной деятельности у больных шизофренией на материале совместного решения когнитивных задач. Автору удалось показать, как для больных практически неразрешимыми являются учет партнера по общению, возможность стать на его место, понять ситуацию его глазами, нарушается способность к смене позиции и использованию культурного опыта (в западной традиции такие затруднения непременно были бы интерпретированы в терминологии «теории разума»). Интересны исследования Н.С.Курека [5, 6], позволившие установить значительные трудности распознавания эмоций больными шизофренией, как в виде ухудшения собственно способности распознавать эмоции, тенденции к неэмоциональным интерпретациям невербальной мимико-пантомимической экспрессии, так и в виде дефицита положительных эмоций у больных шизофренией и нарушения когнитивного компонента эмоциональных процессов в виде постоянной недооценки больными шизофренией эмоций как у себя, так и у другого человека. В исследовании, проведенном названным автором совместно с Н.Г.Гарьян [1], было установлено, что имеет также место недооценка больными собственных эмоций в ситуации успеха-неуспеха, причем при большей степени выраженности дефекта недооцениваются преимущественно положительные эмоции. Инте-

рес представляют исследования Д.Н.Хломова [12], Е.И.Елигулашвили [3], также посвященные исследованию особенностей восприятия межличностных взаимодействий больных шизофренией, и констатирующие нарушения широкого диапазона воспринимаемых взаимодействий с другими людьми. Некоторым итогом названных и ряда других работ стала констатация в коллективной монографии В.П.Критской, Т.К.Мелешко, Ю.Ф.Полякова [4] в качестве ведущего компонента патопсихологического синдрома при шизофрении «нарушения потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции психической деятельности и поведения», проявляющееся в «снижении социальной направленности личности». Как видно из цитаты, описание дано в терминах личностных особенностей, но его связь с нарушениями социального познания и социального функционирования очевидна, поскольку вслед за указанными мотивационными, личностными нарушениями страдают и исполнительские функции. При этом необходимо с сожалением отметить, что в настоящее время описанная линия исследований практически отсутствует в отечественной психологии.

Логика развития когнитивной психологии движется в сторону изучения тех составляющих опыта личности, которые непосредственно обуславливают адаптацию в социуме. В этой связи и стала актуальной тематика социального интеллекта и более широкая тематика социального познания.

Целью данного исследования явилось эмпирическое подтверждение существенных нарушений социального интеллекта у больных параноидной шизофренией и выявление связанных с ними психологических особенностей и психопатологических проявлений, присущих больным изученной клинической группы.

Материал и методы исследования

Изученная выборка включала 60 пациентов (30 жен. и 30 муж.) с установленным диагнозом «Шизофрения параноидная», проходивших стационарное лечение в ОГУЗ «Белгородская ОКПНБ». Возраст больных от 25 до 54 лет (средний возраст 32 года), длительность заболевания от 2 до 30 лет (в среднем $9,5 \pm 7,2$). У 14 (23,3%) больных исследованной группы определялся непрерывно-прогредиентный тип течения шизофрении, у 28 (46,7%) пациентов – эпизодический с нарастающим дефектом тип течения и в 18 (30%) случаях диагностировался эпизодический со стабильным дефектом тип. В качестве группы сравнения была использована группа психически здоровых испытуемых численностью 60 человек, которая значимо не отличалась от основной группы по полу и возрасту.

Оценка состояния больных и его динамики проводилась лечащим врачом-психиатром с использованием клинико-психопатологической оценки, анамнестического метода и с помощью шкалы PANSS. Критериями включения в группу являлись

установленный диагноз «Шизофрения параноидная», неоднократные госпитализации. Критериями исключения для основной группы были наличие коморбидных наркологических заболеваний, тяжелых черепно-мозговых травм и эпилептиформных проявлений в анамнезе, также в группу не включались больные, неясные диагностически, в том числе с шизоаффективным расстройством. Таким образом, можно утверждать, что исследованная группа была клинически однородной. Лечение больных параноидной шизофренией включало назначение нейролептиков, транквилизаторов, антидепрессантов в соответствии с общепринятыми принципами и стандартами лечения. Важно отметить, что психологическое обследование проводилось после выхода больного из острого психотического состояния, преимущественно перед выпиской из стационара, только на добровольной основе, и кроме исследовательской задачи предполагало помощь лечащему врачу и больному в прогностической оценке его социальной адаптации/дезадаптации и в выборе методов психологической коррекции и реабилитации.

В качестве психологических методик были использованы следующие:

1. Тест «Социальный интеллект» Дж.Гилфорда, М.Салливена, адаптированный на отечественной выборке Е.С.Михайловой (1996). Тест состоит из четырех субтестов и позволяет диагностировать такой психический феномен как социальный интеллект, под которым понимается способность понимать и прогнозировать поведение людей в разных житейских ситуациях, распознавать намерения, чувства и эмоциональные состояния человека по невербальной и вербальной экспрессии, предвосхищать последствия поведения другого человека, разбираться в общей картине межличностного взаимодействия. Материал теста включает невербальные и вербальные задания. По результатам выполнения теста мы получаем пять сырых оценок (по каждому субтесту и общую, по тесту в целом), которые переводятся во взвешенные (нормализованные) оценки.

2. Опросник «Шкала социальной ангедонии», предложенный M.L.Eckblad, L.J.Chapman, J.P.Chapman, M.Mishlove [24], широко используется в работах западных авторов. Наш выбор данной методики связан с предположением о высокой значимости эмоциональной составляющей в стабилизации нарушений социального интеллекта и познания при шизофрении. Мы воспользовались одной из модификаций шкалы (перевод наш), причем для оценки статистической нормы по тесту и валидации (проведенной ранее, до начала настоящего исследования) мы использовали данные, полученные на группе нормы (230 чел.).

3. Методика «Запрет на выражение чувств» (ЗВЧ), разработанная В.К.Зарецким, А.Б.Холмогоровой и Н.Г.Гаранян. Опросник состоит из 25 пунктов, тестирует наличие запрета на выражение базовых эмоций (печали, радости, гнева, страха) и

общий запрет на выражение чувств. Выбор данной методики был основан на выше высказанном нами предположении о роли эмоций в стабилизации нарушений социального интеллекта при шизофрении.

4. Шкала оценки когнитивных процессов, основанная на разработках А.Р.Лурия, предложенная Т.В.Филатовой [11], позволяет оценить основные познавательные функции: слухоречевую и зрительную память, праксис (произвольные движения), гнозис (зрительный, оптико-пространственный, акустический невербальный и тактильный), мышление, нейродинамические параметры психической активности и произвольную регуляцию деятельности, итого – 10 шкал. Каждый параметр оценивается по 4-х балльной шкале (от 0 до 3, где 0 – отсутствие нарушений, 1 – легкая степень нарушений, 2 – средняя степень выраженности нарушения, 3 – выраженное нарушение, коррекция невозможна). Таким образом мы получаем по тесту данные, отражающие степень нарушений основных познавательных функций, выраженные в суммарном балле по каждой из 10 шкал.

Полученные результаты были обработаны следующим образом: подсчет среднего, стандартного отклонения, U-критерия Манна-Уитни, корреляционный анализ. Использовались программы: Microsoft Office Excel, Stadia.

Результаты исследования

Первоначальной задачей исследования стал анализ показателей по тесту Гилфорда у больных,

страдающих шизофренией, в сравнении с группой психически здоровых лиц. Подсчитаны были средние показатели и среднеквадратичное отклонение по каждому из субтестов и тесту в целом в обеих группах, и полученные данные представлены в табл. 1.

Для анализа полученных данных были рассчитаны частоты встречаемости взвешенных баллов по каждому представленному в табл. 1 показателю в обеих выборках. Данные по частотам встречаемости оформлены в виде гистограмм, представленных на рис. 1–5.

Анализируя данные, представленные в табл. 1 и на рис. 1–5, можно заметить, что показатели по всем субтестам и итоговому показателю теста «Социальный интеллект» в группе больных параноидной шизофренией много ниже, нежели в норме. Отсюда были сформулированы статистические гипотезы.

Гипотеза H0: показатели по тесту «Социального интеллекта» Гилфорда для выборки здоровых людей не превосходят показатели по данному тесту у больных шизофренией.

Гипотеза H1: показатели по тесту «Социального интеллекта» Гилфорда для выборки здоровых людей превосходят показатели по данному тесту у больных шизофренией.

Для проверки гипотез был использован пригодный для оценки различий между выборками U-критерий Манна-Уитни. Результаты расчета эмпирической величины U-критерия по каждому субтесту представлены в табл. 2.

Таблица 1

Средние взвешенные оценки по тесту «Социальный интеллект» для основной и контрольной группы

Группа	Субтест №1 «истории с завершением»	Субтест №2 «группы экспрессии»	Субтест №3 «вербальная экспрессия»	Субтест №4 «истории с дополнением»	Общий балл по тесту
Больные	2,02±0,99	2,18±1,27	2,1±1,17	2,08±1,26	1,45±0,81
Здоровые	3,97±0,97	4,15±0,76	4,08±0,91	4,28±0,78	4,32±0,70

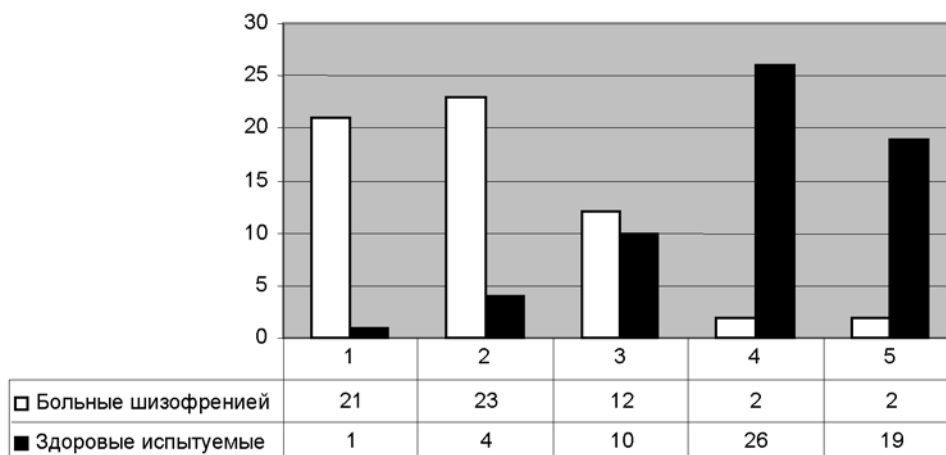


Рис. 1. Частоты встречаемости баллов субтеста №1 теста «Социальный интеллект» в исследованных группах

Рис. 2. Частоты встречаемости баллов субтеста №2 теста «Социальный интеллект» в исследованных группах

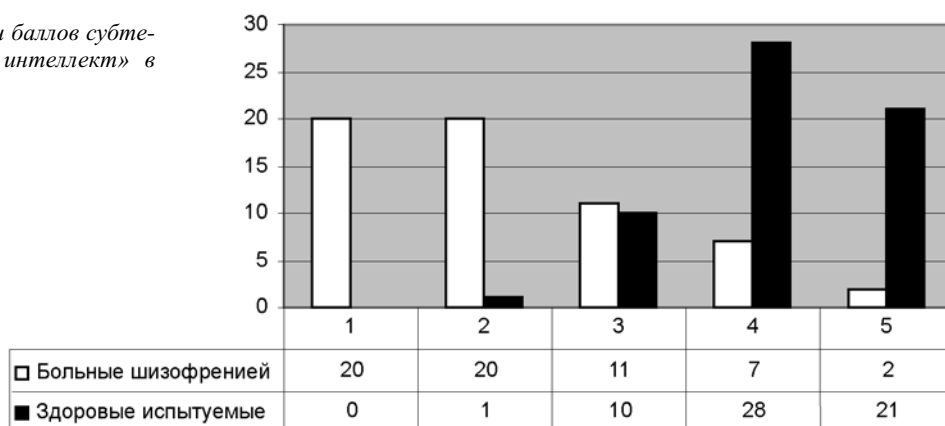


Рис. 3. Частоты встречаемости баллов субтеста №3 теста «Социальный интеллект» в исследованных группах

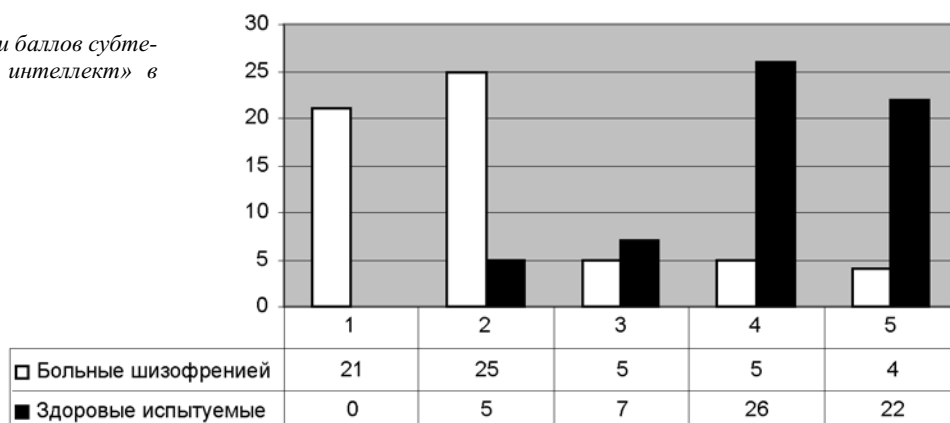


Рис. 4. Частоты встречаемости баллов субтеста №4 теста «Социальный интеллект» в исследованных группах

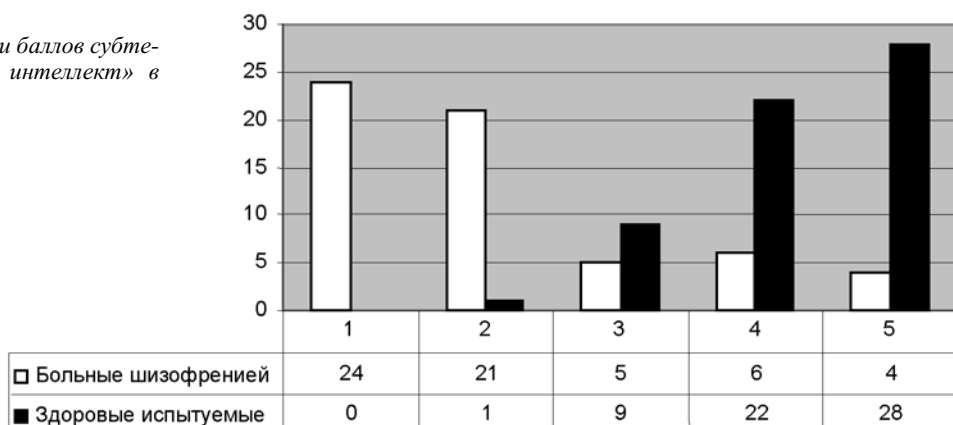
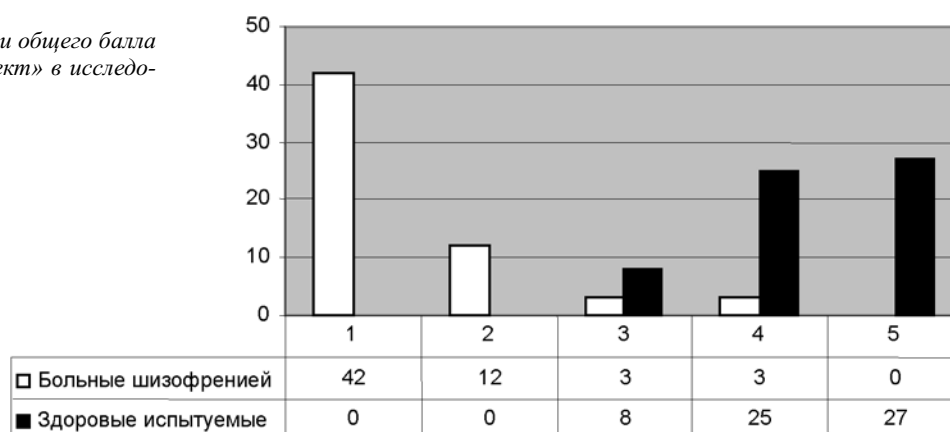


Рис. 5. Частоты встречаемости общего балла по тесту «Социальный интеллект» в исследованных группах



Значения величины U-критерия Манна-Уитни по каждому исследуемому параметру

Субтест №1 «истории с завершением»	Субтест №2 «группы экспрессии»	Субтест №3 «вербальная экспрессия»	Субтест №4 «истории с дополнением»	Общий балл по тесту
356,5	350,0	426,0	348	73,5

Таблица 3

Средние взвешенные оценки по тестам «Шкала социальной ангедонии» и «ЗВЧ» для основной и контрольной группы

	«Шкала социальной ангедонии»	Данные теста «Запрет на выражение чувств»				
		Печаль	Радость	Гнев	Страх	Общий балл
Группа больных	16,3±6,1	2,02±0,7	1,75±0,81	2,2±0,6	1,83±0,67	1,69±0,76
Группа здоровых	5,8±1,9	1,3±0,53	0,86±0,58	0,48±0,5	1,14±1,54	0,74±0,49
Значение U-критерия Манна-Уитни	104	770	693	843,5	826,5	568

Таблица 4

Корреляционные взаимосвязи показателей по тесту «Социальный интеллект», полученные на группе больных шизофренией

Параметр	Субтест №1	Субтест №2	Субтест №3	Субтест №4	Общий балл по тесту
Показатель по «Шкале социальной ангедонии»	-	-	-	-	-0,234 0,036
Запрет на выражение чувства печали (опросник ЗВЧ)	-	0,215 0,049	-	0,231 0,038	-0,230 0,038
Запрет на выражение чувства страха (опросник ЗВЧ)	0,218 0,047	-	-	-	-
Общий запрет на выражение чувств (опросник ЗВЧ)	-	-	-	-	0,252 0,026
Показатель по шкале «Нейродинамические параметры психической активности»	-	-	-	0,40 0,009	-
Показатель по шкале «Произвольная регуляция деятельности»	-	-	-	-	-0,219 0,047

Примечания: знак «-» означает отсутствие значимой корреляционной взаимосвязи; численные значения в ячейках соответствуют: верхнее – коэффициенту корреляции r , нижнее – уровню значимости p .

Критическое значение критерия для размера выборки 60х60 составляет 1 486 для уровня значимости $\alpha=0,05$ и 1 356 для значимости $\alpha=0,01$. Все представленные в табл. 2 эмпирические значения критерия оказываются существенно ниже критического значения для уровня значимости $\alpha=0,01$. Таким образом, можно уверенно отвергнуть гипотезу H_0 и в качестве рабочей принять гипотезу H_1 .

Аналогичная работа была проведена для данных, полученных по «Шкале социальной ангедонии» и опроснику «Запрет на выражение чувств».

Как видим из табл. 3, значения U-критерия Манна-Уитни существенно ниже критического, что также свидетельствует о выраженных различиях между группами.

Отметим, что параметры нейрокогнитивного дефицита не были объектом сравнения с данными контрольной группы, так как нейропсихологический статус оценивался только в группе больных, имея в виду, что для психически здоровых лиц показатели по всем пробам минимальны (в данной методике показатель тем выше, чем более отчетливым является нарушение). Также не стали объектом сравнения с нормой данные клинической шкалы PANSS.

На втором этапе исследования были проанализированы результаты корреляционного анализа с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена для всех полученных в данном исследовании параметров. Результаты представлены в табл. 4 и обращают на себя внимание небольшим числом установленных статистических связей.

Обсуждение результатов

Как видно из представленных выше данных, у больных шизофренией при сравнении с группой нормы обнаруживается дефицитарность целого ряда параметров, и в том числе – интересующие нас низкие показатели социального интеллекта. Однако подчеркнуть необходимо не столько сам факт снижения социального интеллекта, сколько разительную, резкую выраженность его снижения. В обследованной нами группе были пациенты различного социального, образовательного статуса, возраста, длительности заболевания, и в том числе различающиеся по показателям клинической симптоматики (по данным клинико-психопатологической оценки, анамнестического метода и шкалы PANSS). Однако снижение показателей социального интеллекта

отмечено у подавляющего большинства группы. Отнести данный эффект за счет общего снижения когнитивных функций, нарастания степени выраженности нарушений мышления не удается, так как корреляционный анализ не подтверждает гипотез такого рода. Более того, к полученным данным необходимо добавить общее впечатление, вызванное выполнением данного теста больными. В норме мы видели отношение к нему разное, но часто – с интересом, любопытством, иногда – с иронией, как к забавному заданию, либо серьезное, вдумчивое у части группы. Для больных шизофренией этот тест всегда представлял затруднения, воспринимался либо как неприятный, вызывающий напряжение, либо как никчемный, бестолковый, нелепый. Они прямо говорили об этом по собственной инициативе или при прямом вопросе, либо обнаруживали это косвенно – по внешним, невербальным реакциям.

Обсудим полученные данные теста «Социальный интеллект» (СИ), исходя из формальных показателей. Очевидно, что поскольку средневзвешенные оценки по субтесту №1 низкие, можно с уверенностью утверждать, что больные шизофренией весьма плохо способны расшифровать логику развития ситуации, понимать смысл поступков и действий персонажей, а затем на основании такого понимания предвидеть их дальнейшие действия, предсказывать то, что произойдет. Возможно, в части случаев речь идет о более широкой неспособности вообще признавать связь между реальным поведением и внешними событиями, и такая интерпретация напрашивается вследствие неоднократно встречавшейся тенденции рассматривать каждую карточку серии отдельно друг от друга. При анализе поведения больных при выполнении субтеста №1 отмечены частые реакции неудовольствия, раздражения, напряженности и проявления негативизма, нередко больные стремились уйти от самостоятельной работы тем или иным способом (ссылаясь на ухудшение самочувствия, излишнюю сложность или неясность заданий, либо привлекая в качестве помощника психолога). Очевидно то, что столь выраженная сложность понимания последствий поведения человека несомненно приводит к ошибкам интерпретации, нелепым и неадекватным поступкам больных, существенно затрудняет их адаптацию.

Субтест №2 теста СИ по своему значению для социального поведения испытуемого более узок и касается только понимания невербальной экспрессии другого человека через анализ мимики, позы, жестов. Также здесь важно понимать саму принципиальную возможность разного выражения одного и того же чувства и иметь представление о типах (классах) близких чувств. Крайне низкий показатель по данному субтесту нас удивил, тем более, что он обнаружен как у пациентов-мужчин, так и у женщин. Несколько различаются в гендерном аспекте только тактики выполнения заданий субте-

ста №2, когда у пациентов-мужчин мы наблюдаем обычно тягостные, длительные раздумья с целью понять смысл изображенного, у женщин чаще имеют место импульсивные, поверхностные ответы, весьма неэффективные. Обязательным признаком испытуемых с низким баллом по данному субтесту считается плохое владение «языком телодвижений, взглядов и жестов», что затрудняет ориентировку при общении, не дает возможности расшифровать истинное содержание сообщения (которое может искажаться, отличаться от непосредственного содержания вербальной части сообщения). Кроме того, невозможность понимать чувства других людей легко результирует в неспособность устанавливать близкие отношения, в формальность и скованность при общении, и, с высокой вероятностью, в слабость рефлексии собственного поведения, состояния и того, как меня видят окружающие. Данные результаты вполне ожидаемы, поскольку все указанные нами особенности неоднократно ранее описывались у больных шизофренией, и достоинство использованного нами теста состоит в том, что они выступают здесь в наглядной, очевидной форме, измеряемой величине.

Субтест №3 измеряет способность человека понимать вербальные сообщения в зависимости от контекста. Само задание – найти из трех заданных реплик ту, где контекст предопределяет ее иное значение в сравнении с образцом, оказалось столь сложным для больных, что в ряде случаев представляется правомерной трактовка верных ответов как случайных (тем более, что мы настаивали на ответе, не давая больному возможности просто отказаться от выполнения субтеста). Очевидно, что измеряемая в субтесте №3 способность при ее дефиците также приведет к ошибкам интерпретации слов другого человека, к непониманию в реальных ситуациях взаимодействия и неадекватности поведения субъекта.

Субтест №4 содержит задания, состоящие из четырех картинок, причем одна из них пропущена. Испытуемый для поиска пропущенной среди нескольких данных ему картинок должен понять логику развития ситуации, сюжет истории. По мнению Дж.Гилфорда, субтест №4 измеряет фактор познания систем поведения, а лица с низкими оценками по субтесту испытывают трудности в анализе ситуаций межличностного взаимодействия и, как следствие, плохо адаптируются к разного рода взаимоотношениям между людьми. Субтест №4 является комплексным и информативным по общему факторному весу в структуре социального интеллекта, поэтому не стоит удивляться столь низким результатам по нему в исследованной нами группе больных (рис. 4).

На рис. 5 мы представили частотные данные по общему баллу теста Гилфорда, свидетельствующие о значительных нарушениях социального интеллекта у больных шизофренией. Причем если в отдельных субтестах и встречались больные, имеющие

взвешенные показатели в пределах нормы, и даже средне-высокие показатели, то по общему баллу таких больных практически нет. Это свидетельствует о том, что даже у больных, имеющих средние и средне-высокие отдельные показатели по субтестам, снижены показатели по другим субтестам теста Гилфорда, то есть нарушения социального интеллекта имеются всегда. Несомненно, что они приведут к выраженным трудностям в понимании и прогнозировании поведения людей, низким возможностям социальной адаптации. Можно с уверенностью говорить и о других, сопутствующих нарушениям социального познания дефицитах, хотя они и не стали предметом специального исследования. Так, высоко вероятны эмоциональная нестабильность, трудности осознания эмоций и регуляции их, недостаточная личностная зрелость, отгороженность больных исследованной группы; при таких показателях социального интеллекта неизбежна и высокая социальная стрессированность пациентов.

Существенное значение для нас имеют различия между основной и контрольной группой, полученные по «Шкале социальной ангедонии». Содержательный анализ пунктов теста показывает, что повышение балла по тесту сопутствует последовательному отказу человека от общения с другими людьми, утрате способности получать удовольствие от близкого (дружеского, интимно-личностного) общения. Можно полагать данную установку синонимичной аутистической позиции больных шизофренией, отражающей обычную для них дистанцированность в контактах. Однако мы полагаем, что использование параметра социальной ангедонии позволяет нам не просто увидеть сам феномен отказа от общения, но заглянуть в его сущность, механизм. Неспособность для больного общаться с удовольствием влечет за собой пассивность при взаимодействии, отсутствие инициативы в общении, в поисках контактов, готовность разрушить любое сложившееся взаимодействие как малоприятное, неценное, неудовлетворяющее. Особенно же фатальны поведенческие последствия высокой социальной ангедонии для общения проблемного, чреватого стрессовыми переживаниями. В этом случае любое осложнение во взаимодействии ведет к тому, что возникающие ситуативно негативные переживания никак не компенсируются позитивными чувствами (любви, привязанности, симпатии), поскольку обязательным компонентом этих чувств является удовольствие при контактах. И тогда негативные переживания, существующие, так сказать, в «чистом» виде, не только грозят достичь чрезмерной выраженности, глобализации, но и разрушают контакт, определяют выбор больным изолированного существования.

Выявленная в нашем исследовании значимая корреляционная связь (отрицательная) показателя социальной ангедонии и общего балла социального интеллекта может быть интерпрети-

рована следующим образом. Отсутствие позитивного интереса к другому человеку, желания взаимодействовать с ним предопределяет бедный опыт, недостаток знаний о других людях, поверхностность или тенденциозность представлений о них. Помимо того, что это ведет к слабому пониманию социальных ситуаций, эмоций, логики поведения других людей (то есть к нарушениям социального интеллекта), это повышает вероятность неуспеха, неэффективности в реальных взаимоотношениях с окружающими. Подобная социальная фрустрированность, не компенсированная удовольствием от общения (социальная ангедония), ведет к еще большей социальной изоляции, чревата дополнительным обеднением опыта и нарастанием нарушений. То есть мы полагаем, что в данном случае речь идет о «кольцевой причинности», типичной для развития многих патологических состояний.

Существенно сложнее интерпретировать данные о связи между особенностями эмоциональной сферы больных исследованной клинической группы и присущим им социальным интеллектом. Данные уверенно свидетельствуют о том, что больные шизофренией привычно и в значительной степени ориентированы на подавление возникающих у них чувств, причем это касается как астенических, так и стенических, как позитивных, так и негативных эмоций (табл. 3). Мы не можем делать выводы в отношении генеза такого рода тенденции, равно как и способствующих ее стабилизации факторов, но само ее наличие неудивительно, хорошо сочетается с одной из психоаналитических моделей шизофрении [10]. Нас же интересует связь присущего больным привычного запрета на выражение чувств с показателями социального интеллекта. И, судя по полученным данным (табл. 4), связь эта не вполне однозначна. Так, установлена положительная корреляционная связь между общим запретом на выражение чувств и баллом социального интеллекта, которая, на наш взгляд, может свидетельствовать о своеобразии тактики больных, используемой при оценке социальных ситуаций, эмоций других людей. Скорее речь идет о преимущественно рациональной, логической оценке социальной информации, при которой чувства препятствуют правильному восприятию ситуации. Аналогично может быть интерпретирована связь между запретом на выражение чувства страха и показателем одного из субтестов теста Гилфорда. Существенно сложнее, по-видимому, отношения между запретом на чувство печали и показателями субтестов социального интеллекта. Как видно из табл. 4, наблюдаются как положительные, так и отрицательные корреляционные связи. На наш взгляд, полученных данных недостаточно для построения удовлетворительной модели, объясняющей подобного рода констелляции корреляций, и может служить лишь предметом дальнейшего целенаправленного изучения.

Важным представляется результат корреляционной связи показателя по шкале «Произвольная регуляция деятельности» с общим баллом социального интеллекта. Применительно к использованной нами шкале повышение показателя сопутствует снижению эффективности произвольной регуляции деятельности, то есть эффективность произвольной регуляции сопровождается повышением балла по социальному интеллекту. Несмотря на то, что данный результат логичен и ожидаем, он значим в связи с тем, что подтверждает выбранную нами логику трактовки социального интеллекта не только как набора частных навыков и представлений, но как более общей интегративной характеристики, предопределяющей эффективность организации социального поведения в целом. Мы полагаем, что показатель такого рода необходим в тесте, измеряющем социальный интеллект, и остается только сожалеть об его отсутствии в тесте Гилфорда.

Интересно, что показатель по шкале «Нейродинамические параметры психической активности» связан положительной корреляционной связью с результатами субтеста №4, который, будучи весьма сложным по содержанию, измеряет способность субъекта к познанию поведения других людей. Показатель нейродинамики оценивался по шкале, предложенной Т.В.Филатовой [11], исходя из устойчивости продуктивности деятельности, наличия/отсутствия истощаемости, инертности или импульсивности. В нашем случае, как правило, речь шла об инертности, с отдельными застреваниями, стереотипиями. Как оказалось, эти проявления могут содействовать некоторому повышению показателя по субтесту №4 (невысокому в исследованной группе!), по-видимому, за счет уменьшения числа случайных ошибок. Тем не менее, мы не исключаем и определенного артефакта исследования и полагаем полученный результат требующим своей проверки в дальнейших исследованиях.

Необходимо также обсудить не только выявленные, но и отсутствующие корреляционные взаимосвязи. В частности, не удалось установить значимых связей исследованных параметров клинического статуса (по данным PANSS) с выявленными психологическими дефицитами у больных исследованной группы. На наш взгляд, это легко может быть объяснено сложностью самих исследуемых явлений, многофакторностью влияний на клинические феномены при их развитии и стабилизации, отсутствием прямой каузальной связи между причиной страдания и его феноменологическими проявлениями. Кроме того, в отношении собственно нарушений социального интеллекта при шизофрении можно утверждать, что мы имеем дело с особым феноменом, не выводимым напрямую из кли-

нико-психопатологических закономерностей развития болезненного состояния. Вследствие сказанного, необходимо ставить вопрос о механизмах возникновения и стабилизации нарушений социального познания, требующих своей расшифровки путем выхода за пределы изучения только клинико-психопатологических закономерностей развития болезненного состояния (возможно, с использованием описываемых когнитивной психологией механизмов). Данное соображение обуславливает, на наш взгляд, главное перспективное направление изучения нарушений социального интеллекта при шизофрении – поиск связи клинических и психологических феноменов, изучение опосредующих эту связь механизмов и влияний.

Выводы

1. Проведенное исследование показало, что нарушения социального интеллекта у больных шизофренией не только имеют место, но и являются значительными, обнаруживаемыми всеми пациентами исследованной группы, независимо от тяжести и длительности заболевания.

2. У больных исследованной группы установлено нарушение всех параметров социального интеллекта, выявляемых с использованием теста Дж.Гилфорда, что позволяет квалифицировать данные нарушения как глобальные.

3. Больные шизофренией значительно отличаются от группы психически здоровых лиц по степени выраженности у них таких показателей, как социальная ангедония и запрет на выражение чувств, причем последний показатель касается любых переживаемых больными чувств, то есть тоже носит глобальный характер.

4. В проведенном исследовании установлена корреляционная связь между степенью нарушений социального интеллекта у больных и проявлениями социальной ангедонии. Связь присущего больным шизофренией (по данным настоящего исследования) привычного запрета на выражение чувств с показателями социального интеллекта носит неоднозначный характер, ее уточнение составляет интересную перспективу для дальнейших исследований.

5. В настоящем исследовании не удалось установить значимых взаимосвязей между показателями нарушений социального интеллекта, иными психологическими дефицитами и клиническими характеристиками больных, выявленными с использованием шкалы PANSS. Изучение связи клинических и психологических феноменов, опосредующих эту связь механизмов и влияний, с целью разработки способов коррекции возникающих при шизофрении нарушений, также составляет важную перспективу данного направления исследований.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гаранян Н.Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. М., 1986. 23 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В. Соотношение нейрокognитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. 2001. Т. 11, № 4. С. 31–35.
3. Елигулашвили Е.И. Роль общения в процессе взаимодействия личности с реальностью: Дисс. ... канд. психол. наук. Тбилиси, 1982. 170 с.
4. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М., 1991. 256 с.
5. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии // Журн. невропатол. и психиатр. 1986. № 12. С. 1831–1836.
6. Курек Н.С. Психологическое исследование когнитивного аспекта эмоциональных процессов у больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. 1988. № 7. С. 109–113.
7. Магомедова М.В. Соотношение социального функционирования и нейрокognитивного дефицита у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на начальном и отдаленном этапе болезни: Дисс. ... канд. мед. наук. М., 2003. 165 с.
8. Рычкова О.В. Когнитивно-ориентированное направление в психотерапии и психосоциальной терапии больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т. 17, № 4. С. 91–105.
9. Сидорова М.А. Нейрокognитивные расстройства и их динамика в процессе лечения у больных юношеской приступообразной шизофренией и шизоаффективным психозом: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2005. 170 с.
10. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента. Теория техники. СПб., 2004. 296 с.
11. Филатова Т.В. Особенности познавательной деятельности при эндогенных депрессиях с «ювенильной астенической несостоятельностью»: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 2000. 149 с.
12. Хломов Д.Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1984. 177 с.
13. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1983. 219 с.
14. Abu-Akel A. Impaired theory of mind in schizophrenia // *Pragmatics and Cognition*. 1999. Vol. 7. P. 247–282.
15. Baron-Cohen S., Jolliffe T., Mortimore C., Robertson M. Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high-functioning adults with autism or Asperger syndrome // *J. Child Psychol. Psychiatry*. 1997. Vol. 38. P. 813–822.
16. Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Does the autistic child have a ‘theory of mind’? // *Cognition*. 1985. Vol. 21. P. 37–46.
17. Bruene M. “Theory of mind” in schizophrenia: A review of the literature // *Schizophr. Bull.* 2005. Vol. 31, Suppl. 1. P. 21–42.
18. Corcoran R., Frith C.D. Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia // *Cogn. Neuropsych.* 1996. Vol. 1. P. 305–318.
19. 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. P. 5–13.
20. Corrigan P.W., Davies-Farmer R.M., Stolley M.R. Social cue recognition in schizophrenia under variable levels of arousal // *Cogn. Ther. Res.* 1991. Vol. 14. P. 353–361.
21. Corrigan P.W., Green M.F. Schizophrenic patients' sensitivity to social cues: the role of abstraction // *Am. J. Psychiatry*. 1993. Vol. 150. P. 589–594.
22. DeLisi L.E. Speech disorder in schizophrenia: Review of the literature and exploration of its relation to the uniquely human capacity for language // *Schizophr. Bull.* 2001. Vol. 27, Suppl. 3. P. 481–496.
23. Docherty N.M., Evans I.M., Sledge W.H. et al. Affective reactivity of language in schizophrenia // *J. Nerv. Ment. Dis.* 1994. Vol. 182, N 2. P. 98–102.
24. Frith C.D., Corcoran R. Exploring ‘theory of mind’ in people with schizophrenia // *Psychol. Med.* 1996. Vol. 26. P. 521–530.
25. Haddock G., Wolfenden M., Lowens I., Tarrier N., Bentall R.P. Effect of emotional salience on thought disorder in patients with schizophrenia // *BJP*. 1995. Vol. 167. P. 618–620.
26. *Handbook of social cognition* / R.S. Wyer, T.K. Srull (Eds.). 2-nd ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
27. Hardy-Bayle M.C., Sarfati Y., Passerieux C. The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: Toward a pathogenetic approach to disorganization // *Schizophr. Bull.* 2003. Vol. 29. P. 459–471.
28. Morrison R.L., Bellack A.S., Mueser K.T. Deficit in facial-affect recognition and schizophrenia // *Schizophr. Bull.* 1988. Vol. 14. P. 67–83.
29. Penn D.L., Corrigan P.W., Bentall R.P. et al. Social cognition in schizophrenia // *Psych. Bull.* 1997. Vol. 121. P. 114–132.
30. Pinkham A., Penn D., Perkins D., Lieberman J. Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia // *Am. J. Psychiatry*. Vol. 160. P. 815–824.
31. *Social cognition and schizophrenia* / P.W. Corrigan, D.L. Penn (Eds.). Washington: APA, 2001. 327 p.

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

О. В. Рычкова, Е. П. Сильчук

Статья содержит обоснование выбора предмета исследования со ссылкой на зарубежные и отечественные работы. Излагаются также данные собственных исследований нарушений социального интеллекта у больных шизофренией, дается анализ выявленных связей данных нарушений с иными психопатологическими и психологическими феноменами. Специальное внимание уделено

такому слабо освещенному в отечественной литературе феномену как социальная ангедония, роль которой в нарушениях социального интеллекта у больных шизофренией видится как важная и недооцененная.

Ключевые слова: социальный интеллект, шизофрения, нарушения социального познания, ангедония, эмпирическое исследование.

SOCIAL INTELLIGENCE PROBLEMS IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

O. V. Rychkova, E. P. Silchouk

The authors explain their choice of the subject of investigation and refer to previous foreign and domestic research. They also present their own data concerning social intelligence problems in schizophrenic patients and analyze the correlations with other psychopathological and psychological phenomena. Special attention has been paid to the pheno-

menon of social anhedonia. This phenomenon seems to be underdescribed in domestic publications and its role in development of social intelligence in schizophrenia could be underestimated and important.

Key words: social intelligence, schizophrenia, social cognition problems, anhedonia, empirical study.

Рычкова Ольга Валентиновна – заведующая кафедрой общей и клинической психологии факультета психологии ФГУ «Белгородский государственный университет», соискатель ученой степени доктора психологических наук ФГУ «МНИИП Росздрава»; e-mail: rychkova@bsu.edu.ru

Сильчук Екатерина Петровна – педагог-психолог НОУ «Разуменский детский дом»; e-mail: silekat@gmail.com