

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕРЦЕПЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

О. В. Рычкова

Московский научно-исследовательский институт психиатрии

Представление об эмоциональных нарушениях при шизофрении в последние годы дополняется новыми данными. В числе обсуждаемых – нарушения восприятия больными лицевой экспрессии и парамимических проявлений эмоций других людей, затруднения в понимании собственного эмоционального состояния. Третьей значимой находкой стала концепция социальной ангедонии.

Первый из названных вариантов нарушений описывают в терминологии дефицитов социальной перцепции как части общего дефицита нарушений социального познания («social cognition») [2–4, 10, 11, 23, др.] или как «эмоциональный процессинг» («emotion processing») [13, 22]. Второй класс нарушений известен [1], но интерес к нему исследователей сохраняется [14], например, как признание алекситимии при шизофрении [17, 24]. Предложены интегративные концепции, и в первую очередь необходимо назвать модель эмоционального интеллекта («emotional intelligence») [18], уже нашедшую отражение в работах исследователей шизофрении [5, 10, 20].

Социальная ангедония как особая способность к переживанию удовольствия от процесса общения страдает у больных шизофренией столь очевидно, что уже в 70-х годах XX века на это обратили внимание [19, 21]. Было высказано предположение о социальной ангедонии как «кардинальной» черте, причастной к социальной изоляции больных шизофренией, но внимание исследователей этот концепт привлек позже [8, 12, 16]. По мере накопления эмпирического материала, стало очевидным, что нарушения эмоционального реагирования на социальные стимулы являются особым типом дефицита при шизофрении, и конкретизирующая его социальная ангедония выступает как условие, эти дефициты предопределяющее.

Целью настоящего исследования стало определение характера влияний нарушений эмоциональной сферы у больных шизофренией на дефициты социальной перцепции. Дополнительной целью стало определение вклада социальной ангедонии и враждебности как личностных установок, присущих больным шизофренией, в нарушения социальной перцепции.

Материал и методы исследования

Было обследовано 60 больных шизофренией и 40 психически здоровых испытуемых; обе группы уравновешены по гендерному составу и возрасту. Критериями включения в основную группу являлся диагноз «Шизофрения параноидная» (F20.0 по МКБ-10), по типам течения: эпизодический с нарастающим дефектом (F20.21) – 19 человек, ремиттирующий (F20.23) – 17, со стабильным дефектом (F20.22) – 16; непрерывный (F20.20) – 8. Средний возраст больных 36 лет (от 23 до 52), длительность заболевания $11 \pm 4,7$ года. Критериями исключения стали наличие признаков острого психотического состояния, органических стигм, наркологических или серьезных соматических заболеваний, беременности, значительной степени процессуального дефекта.

Лечение больных проводилось амбулаторно, включало нейролептики (чаще пролонги), транквилизаторы, антидепрессанты в соответствии с общепринятыми принципами и стандартами лечения. Психологическое обследование больных проводилось на добровольной основе, кроме исследовательской задачи предполагало помощь лечащему врачу и больному в прогностической оценке социальной адаптации-дезадаптации и в выборе методов психологической коррекции и реабилитации.

Для оценки психопатологической симптоматики использовались клинико-психопатологическая оценка больного по шкале PANSS, «Шкала оценки уровня депрессии А.Бека», «Шкала тревоги А.Бека», а также «Шкала социальной ангедонии» – «Revised social anhedonia scale» (RSAS) (M.L.Eckblad и соавт., 1982), «Проективный тест враждебности» (А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян), опросник «Запрет на выражение чувств» (В.К.Зарецкий, А.Б.Холмогорова, Н.Г.Гаранян); для оценки способности к распознаванию эмоций – «Распознавание эмоций» и «Поза и жест» (Н.Г.Гаранян, Н.С.Курек, 1984). Для оценки результатов проведены описательный, сравнительный анализ (использован U-критерий Манна-Уитни), факторный анализ методом основных компонент с Varimax-вращением (SPSS for Windows, Standard Version 11.5, Copyright © SPSS Inc., 2002).

Результаты исследования

Оценка психопатологического состояния больных по результатам PANSS свидетельствует, что позитивная симптоматика присутствует в нерезкой степени – показатель по «Шкале позитивных симптомов» $14,2 \pm 2,3$ балла. По «Шкале негативных симптомов» $16,3 \pm 2,6$ балла, «Шкале общепатологических симптомов» $38,7 \pm 5,9$ балла, и суммарный балл $69,2 \pm 9,2$. Повышение достигается за счет субшкал Н-1 «Притупленный аффект», Н-2 «Эмоциональная отгороженность», Н-3 «Трудности в общении», О-6 «Депрессия», О-7 «Моторная заторможенность», О-15 «Загруженность психическими переживаниями», О-16 «Активная социальная отстраненность», средневзвешенные показатели по которым достигли 3 баллов.

Оценка клинического состояния больных уже свидетельствует об устойчиво сниженном настроении, а также о трудностях при построении социальных отношений, замкнутости и отстраненности от окружающих, от социальной жизни, о привычном избегании общения, которое тяготит больных. Указанные проблемы, измененность больные осознают недостаточно, критика снижена.

Таблица 1

Показатели шкал тревоги и депрессии

Группы сравнения	Шкала депрессии	Шкала тревоги
Основная группа (больные)	$28,07 \pm 11,25$	$19,02 \pm 11,66$
Контрольная группа (здоровые)	$3,23 \pm 1,85$	$4,26 \pm 3,20$
Значение U	10	199
Уровень значимости	$p < 0,001$	$p < 0,001$

Был проведен также анализ показателей, характеризующих область аффективных расстройств.

Установлено (табл. 1) повышение показателей тревоги и депрессии по использованным шкалам: депрессия у большинства больных средневысокая или высокая по уровню, аналогично квалифицируется и показатель тревоги; результаты созвучны данным PANSS, клиническим наблюдениям.

В табл. 2 приведены данные, характеризующие ту часть эмоциональных переживаний больных, которая связана с их отношением к другим людям, к социуму, и находит отражение в показателях «Шкалы социальной ангедонии» и «Проективного теста враждебности». Для всех измеренных параметров показатели в группе больных значимо выше.

Данные отражают неспособность больных получать удовольствие от общения с другими людьми, восприятие общения как малопривлекательного. Одновременно у больных повышены показатели по использованному в исследовании тесту враждебности, проективному и потому относительно свободному от искажений. Его результат отражает восприятие больными других людей как «склонных возвышаться за счет принижения окружающих» (фактор 1), испытывающих «презрение к слабости» (фактор 2), «холодных и равнодушных» (фактор 3). Видение партнера как отвергающего, осуждающего, враждебного и невозможность испытать какое-либо удовлетворение от общения способствуют тому, что больные избегают социальных контактов.

Табл. 3 представляет результаты оценки эффективности распознавания больными шизофренией базовых эмоций по мимическим и парамимическим сиг-

Таблица 2

Показатели эмоционального отношения к другим людям

Группы сравнения	Социальная ангедония	Данные «Проективного теста враждебности»			
		1 фактор	2 фактор	3 фактор	Среднее по факторам
В группе больных	$21,7 \pm 7,65$	$45,74 \pm 19,62$	$55,38 \pm 16,81$	$57,83 \pm 14,63$	$52,98 \pm 13,35$
В группе здоровых	$4,73 \pm 1,84$	$27,27 \pm 11,83$	$47,77 \pm 10,52$	$41,43 \pm 11,20$	$38,87 \pm 9,27$
Значение U	19,5	389,5	634,5	336	342,5
Уровень значимости	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,05$	$p < 0,001$

Таблица 3

Эффективность распознавания эмоций испытуемыми

Тесты	Группы сравнения	Общий балл	Радость	Удивление	Страх	Страдание	Гнев	Презрение
«Распознавание эмоций»	Больные	$7,28 \pm 2,67$	$2,35 \pm 0,84$	$0,88 \pm 0,86$	$0,53 \pm 0,83$	$1,23 \pm 1,09$	$1,28 \pm 0,96$	$0,63 \pm 0,74$
	Здоровые	$14,7 \pm 2,02$	$2,9 \pm 0,31$	$1,97 \pm 0,85$	$2,63 \pm 0,61$	$2,3 \pm 0,84$	$2,73 \pm 0,52$	$2,16 \pm 0,87$
	Значение U	44	570	363	95,5	424	208,5	204,5
	Уровень значимости	$p < 0,001$	$p < 0,01$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$
«Поза и жест»	Больные	$5,1 \pm 3,13$	$1,5 \pm 1,03$	$0,85 \pm 0,84$	$0,63 \pm 0,86$	$0,85 \pm 0,66$	$0,82 \pm 0,85$	$0,43 \pm 0,56$
	Здоровые	$14,43 \pm 1,69$	$3,4 \pm 0,72$	$2,43 \pm 0,57$	$2,13 \pm 0,51$	$1,77 \pm 0,63$	$2,13 \pm 0,77$	$2,53 \pm 0,68$
	Значение U	11,5	148	151	176	331,5	263,5	47
	Уровень значимости	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$	$p < 0,001$

налам; сравнение с группой психически здоровых лиц свидетельствуют о значимо меньшей эффективности эмоциональной перцепции при шизофрении.

Низкие результаты по использованным методикам свидетельствуют о значительном снижении способности больных определять эмоциональное состояние партнера по общению, и наибольшие затруднения вызывает распознавание больными выражений на лицах негативных чувств: страха, презрения, гнева (чуть лучше распознается радость). При решении задачи распознавания эмоций по позе и жесту затруднения также отмечались у больных повсеместно, наблюдались отказы от ответов, использование описательных формулировок и неэмоциональных суждений, уже описанные при шизофрении в ранее проведенных исследованиях [6]. То есть пациентам сложно понимать эмоциональное состояние другого человека; мимика и выразительные пантомимические движения партнера остаются для них неопределенными, неясными, что в ситуации реального и особенно сложного, конфликтного взаимодействия оставляет свободу для проекций (включая патологические), резко повышает уровень тревоги, затрудняет социальные взаимодействия.

Методика «Запрет на выражение чувств» позволила установить, что у больных параноидной шизофренией «запрет» осознавать, принимать и выражать испытываемые чувства присутствует в высокой степени, особенно – в отношении отрицательных эмоций (гнева, страха и печали) (табл. 4).

У психически здоровых испытуемых определенные «запреты» на спонтанное, непосредственное выражение эмоций тоже присутствуют, отражая культуральные влияния, при том, что сохранение способности выражать свои эмоции важно для успешного совладания со стрессом, сохранения психического здоровья [7]. «Запрет» на выражение чувств, присущий больным шизофренией в столь значительной степени, не дает возможности справляться с эмоциями, перерабатывать и отреагировать их, приводит к кумуляции переживаний, особенно негативных, экспрессии которых пациенты особенно отчетливо избегают; можно говорить об одном из механизмов стабилизации имеющихся нарушений эмоциональной сферы.

И, наконец, обратимся к данным факторного анализа (табл. 5).

Фактор 1 включил кроме показателей клинического неблагополучия больных исследованной группы параметры, характеризующие способность (у больных низкую) распознавать эмоции по парамимическим проявлениям (показатели методики «Поза и жест»). Больные при нарастании клинического неблагополучия игнорируют выразительные формы поведения другого человека, парамимические проявления как первичный и выразительный телесный язык; иногда эмоционально значимые парамимические проявления подвергаются болезненно искаженным интерпретациям. Мы полагаем, что фактор 1 отражает первичные дефекты восприятия другого человека, обусловленные клинической картиной заболевания и стоящими за ней эндогенными механизмами патогенеза, и сутью чего является фактический отказ от восприятия другого как носителя эмоционально-значимой, имеющей сигнальное значение для построения взаимодействия информации.

В Фактор 2 вошли показатели эмоционального состояния больных, характеризующие опыт актуальных переживаний; фактор может быть определен как результирующая совокупности переживаемых больными негативных эмоций, в числе которых смешаны переживания тоски, подавленности, раздражения, враждебности, с компонентами тревоги, страха. Эти переживания сцеплены между собой, трудноразличимы, утрачена их тонкость и дифференцированность.

Ядром Фактора 3 стали показатели методики «Запрет на выражение чувств», повышенные у больных шизофренией (табл. 4), и дефициты эмоциональной экспрессии; они являются относительно независимыми от других параметров эмоциональной сферы. Исключением стал показатель по «Шкале тревоги», вошедший в фактор с весомой нагрузкой. Учитывая отмеченное выше превалирование в структуре переживаний больных недифференцированных, генерализованных негативных эмоций, можно полагать отказ от выражения своих чувств особой защитной тактикой.

В структуру Фактора 4 в основном включены параметры, характеризующие распознавание эмоций по мимике, и такая тематическая очерченность легко интерпретируется как отражающая отдельную способность к эмоциональной перцепции, страдающая у больных шизофренией (табл. 3), но относительно независимая от иных нарушений эмоцио-

Таблица 4

Показатели готовности к эмоциональной экспрессии

Группы сравнения	Запрет на выражение отдельных эмоций				Общий запрет	Суммарный балл теста
	Печаль	Радость	Гнев	Страх		
Больные	11,17±2,57	10,73±2,72	12,37 ±2,29	11,9±2,18	11,05±2,26	57,2±6,88
Здоровые	10,03±2,17	9,83±2,63	10,3±2,18	10,83±1,70	10,33±1,56	51,33±3,40
Значение U	704	713,5	416	601	698,5	426,5
Уровень значимости	p=0,09	p=0,11	p<0,001	p<0,01	p=0,08	p<0,001

Данные факторного анализа

	Фактор 1 «Клиническая симптоматика и дефицит социальной перцепции»	Фактор 2 «Содержание переживаний»	Фактор 3 «Дефициты эмоциональной экспрессии»	Фактор 4 «Нарушения восприятия эмоций по мимике»
Поза и жест (Гнев)	0,675			
Ф-1 Негативная симптоматика	- 0,667	0,348		
Ф-4 Враждебность и возбуждение	- 0,665		0,340	
Поза и жест (Страх)	0,612			
Распознавание эмоций (Удивление)	0,597			
Поза и жест (Радость)	0,569		0,304	
Ф-2 Продуктивная симптоматика	- 0,558	0,406	0,367	0,330
Поза и жест (Удивление)	0,541			
Поза и жест (Страдание)	0,502			
Поза и жест (Презрение)	0,462			
Распознавание эмоций (Презрение)	0,446			0,430
Ф-5 Тревога и депрессия	- 0,381		0,333	
Показатель «Шкалы депрессии»		0,766		
Враждебность (фактор 1)		0,669		
Враждебность (фактор 3)		0,666		
ЗВЧ (Общий запрет)		0,568		
Показатель «Шкала соц. ангедонии»		0,518		
ЗВЧ (Радость)		0,511		- 0,321
Враждебность (фактор 2)		0,469		
ЗВЧ (суммарный балл)		0,389	0,847	
ЗВЧ (Печаль)			0,669	
ЗВЧ (Страх)			0,664	
ЗВЧ (Гнев)			0,553	
Показатель «Шкалы тревоги»		0,371	0,513	
Ф-3 Дезорганизация мышления	- 0,358			0,698
Распознавание эмоций (Радость)				0,520
Распознавание эмоций (Страх)				0,469
Распознавание эмоций (Гнев)	0,376			0,419
% дисперсии	16,09 %	12,23 %	10,87 %	7,15 %

нальной сферы. Установленную положительную (!) связь с показателем «Дезорганизация мышления» из 5-факторной модели PANSS мы расшифровываем, обратившись к анализу субшкал, вошедших в показатель (П-4 «Возбуждение», П-7 «Враждебность», О-8 «Малоконтактность, отказ от сотрудничества», О-14 «Ослабление контроля импульсивности»). Скорее негативное отношение к эмоциям другого человека, отказ от взаимодействия с ним как носителем чувств здесь конкретизируется в виде усиления враждебности, агрессивности и отказа от сотрудничества в случае, если чувствительность к эмоциям другого человека повышается.

Выводы

1. Нарушения эмоциональной сферы при шизофрении представлены широким диапазоном проявле-

ний и касаются области непосредственных переживаний, нарушений способности воспринимать эмоции других людей по мимическим и пантомимическим проявлениям, недостаточной готовности больных к проявлениям собственных чувств.

2. Проявления тревоги и депрессии у больных параноидной шизофренией сопряжены с выраженной враждебностью по отношению к другим людям и социальной ангедонией, как отражающими искажение мотивационной установки при шизофрении в форме отказа от общения.

3. Установлены влияния клинических симптомов заболевания на ряд параметров эмоциональной перцепции. Выявленные в структуре эмоциональных нарушений три блока (собственно настроения, эмоциональной перцепции и эмоциональной экспрессии) являются относительно независимыми.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гараян Н.Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: Автореф. дисс. канд. психол. наук. М., 1986. 23 с.
2. Елигулашвили Е.И. Роль общения в процессе взаимодействия личности с реальностью: Дисс. ... канд. психол. наук. Тбилиси, 1982. 170 с.
3. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии // Журн. невропатол. и психиатр. 1986. № 12. С. 1831–1836.
4. Курек Н.С. Психологическое исследование когнитивного аспекта эмоциональных процессов у больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. 1988. № 7. С. 109–113.
5. Плужников И.В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах. Автореф. дисс. канд. психол. наук. М., 2010. 34 с.
6. Рычкова О.В., Сильчук Е.П. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. 2010. Т. 20, № 2. С. 5–15.
7. Холмогорова А.Б., Гараян Н.Г., Шайб П., Виршинг М. Эмоции и психическое здоровье в социальном и семейном контексте (на модели соматоформных расстройств). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2011. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)
8. Blanchard J.J., Horan W.P., Brown S.A. Diagnostic differences in social anhedonia: A longitudinal study of schizophrenia and major depressive disorder // J. Abnorm. Psychol. 2001. Vol. 110, N 3. P. 363–371.
9. Davis P., Gibson M.G. Recognition of posed and genuine facial expressions of emotion in paranoid and nonparanoid schizophrenia // J. Abnorm. Psychol. 2000. Vol. 109. P. 445–450.
10. Eack S.M., Greeno C.G., Pogue-Geile M.F. et al. Assessing social-cognitive deficits in schizophrenia with the Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test // Schizophr. Bull. 2010. Vol. 36, N 2. P. 370–380.
11. Edwards J., Jackson H.J., Pattison P.E. Emotion recognition via facial expression and affective prosody in schizophrenia: a methodological review // Clin. Psychol. Rev. 2002. Vol. 22. P. 789–832.
12. Gard D.E., Kring A.M., Gard M.G. et al. Anhedonia in schizophrenia: Distinctions between anticipatory and consummatory pleasure // Schizophr. Res. 2007. Vol. 93. P. 253–260.
13. Hooker C., Park S. Emotion processing and its relationship to social functioning in schizophrenia patients // Psychiatr. Res. 2002. Vol. 112. P. 41–50.
14. Kring A.M., Moran E.K. Emotional response deficits in schizophrenia: Insights from affective science // Schizophr. Bull. 2008. Vol. 34, N 5. P. 819–834.
15. Lewis S.F., Garver D.L. Treatment and diagnostic subtype in facial affect recognition // J. Psychiatr. Res. 1995. Vol. 29. P. 5–11.
16. Loas G., Noisette C., Legrand A., Boyer P. Is anhedonia a specific dimension in chronic schizophrenia? // Schizophr. Bull. 2000. Vol. 26, N 2. P. 495–506.
17. Maggini C., Raballo A. Alexithymia and schizophrenic psychopathology // Acta Biol. Med. 2004. Vol. 75. P. 40–49.
18. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D. Models of emotional intelligence // Handbook of intelligence / R.J. Sternberg (Ed.). Cambridge, UK: Cambridge University Press, 2000.
19. Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // Am. Psychol. 1962. Vol. 17. P. 827–838.
20. Parker J.D.A., Taylor R.N., Eastabrook J.M. et al. Problem gambling in adolescence: Relationships with internet misuse, gaming abuse and emotional intelligence // Pers. Ind. Diff. 2008. Vol. 45. P. 174–180.
21. Rado S. Psychoanalysis of behavior: The collected papers of Sandor Rado. Vol. 2. New York: Grune and Stratton, 1962.
22. Schneider F., Gur R.C., Koch K. et al. Impairment in the specificity of emotion processing in schizophrenia // Am. J. Psychiatry. 2006. Vol. 163. P. 442–447.
23. Social Cognition and Schizophrenia / P.W.Corrigan, D.L.Penn (Eds.). Washington, DC: APA, 2001. 327 p.
24. Todarello O., Porcelli P., Grilletti F., Bellomo A. Is alexithymia related to negative symptoms of schizophrenia? // Psychopathology. 2005. Vol. 38. P. 310–314.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ НАРУШЕНИЙ СОЦИАЛЬНОЙ ПЕРЦЕПЦИИ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

О. В. Рычкова

Понимание эмоциональных проблем, имеющих у больных шизофренией, существенно углубилось за последние годы, что находит свое отражение в проводимых исследованиях. Ранее исследователи сосредотачивали свое внимание преимущественно на изучении клинических симптомов и депрессии при шизофрении. Только недавно началось изучение тонких эмоциональных нарушений у больных шизофренией экспериментальными методами. Целью настоящей работы стало изучение нарушений эмоциональной сферы у больных, проявлений социальной анедонии, трудностей восприятия эмоций других людей, с учетом клинической симптоматики. Были обследо-

ваны 60 пациентов, страдающих шизофренией, и 40 психически здоровых лиц. У больных шизофренией были выявлены значительные по интенсивности негативные эмоциональные переживания. Также были обнаружены дефициты социального познания, восприятия эмоций, запрет на выражение чувств. Используя факторный анализ, автору удалось описать ряд важных для понимания структуры нарушений эмоциональной сферы связей при шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, нарушения эмоциональной сферы, социальная анедония, депрессия, восприятие эмоций, запрет на выражение чувств.

THE EMOTIONAL COMPONENT OF DISORDERED SOCIAL PERCEPTION IN SCHIZOPHRENIA

O. V. Rychkova

Recently, the knowledge about emotional problems of schizophrenic patients has significantly increased. Previously researchers focused mainly on investigation of clinical symptoms and depression in schizophrenia. Nowadays they become actively involved in investigation of fine emotional disturbances of schizophrenics in experimental conditions. This investigation is aimed at studying the disturbances of emotional sphere in schizophrenic patients, like social anhedonia manifestations and difficulties in perceiving other peoples' emotions, with regard for their clinical symptoms. Material: 60 patients

with schizophrenia and 40 mentally healthy controls. Schizophrenic patients happen to experience rather intense negative emotions. They also show insufficient levels of social cognition and perceived emotion, and 'prohibition' to express emotions. With the help of factor analysis, the author draws important conclusions concerning the structure of emotional problems in schizophrenia and significant associations involved.

Key words: schizophrenia, disturbances in emotional sphere, social anhedonia, depression, perceived emotion, prohibition to express emotions.

Рычкова Ольга Валентиновна – ведущий научный сотрудник ФГБУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздрава России; e-mail: rychkovao@bk.ru