

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

С. Л. Руденко, О. В. Рычкова

*Московский научно-исследовательский институт психиатрии,
Главное бюро медико-социальной экспертизы по Белгородской области*

«Социальное функционирование» («social functioning»), отражающее адаптивные возможности личности, прочно завоевывает свое место в качестве самостоятельного предмета исследований.

Число работ по данной тематике возрастает и мотивирует исследователей на поиск предикторов нарушений у больных шизофренией. Ранее в качестве предикторов обосновывались преимущественно клинические симптомы шизофрении, чаще негативные [14], затем фокус исследовательской активности сместился на изучение роли когнитивных дефицитов [5, 11], иногда эти группы влияний сравнивались между собой [16]. Предлагались и более сложные модели, где факторами влияния обозначались не столько сами симптомы заболевания, сколько способность больных к их контролю, в свою очередь, зависящая от состояния когнитивной сферы [12], либо данные параметры рассматривались с учетом уровня социальной ангедонии [8].

На сегодняшний день на место главного фактора, предопределяющего нарушения социального функционирования при шизофрении, претендует дефицит социального познания («social cognition»); заметим, что содержательная трактовка этого дефицита варьирует. В качестве предиктора функционального снижения обозначают нарушения социальной (особенно эмоциональной) перцепции [6, 15], дефицит социально-релевантных знаний [7], нарушенную способность к пониманию намерений и переживаний другого человека [18]; используют и такие неожиданные для клинических исследований концепты, как «маккиавелизм» [19]. Обозначенное расхождение трактовок социального познания затрудняет изучение его связи с социальным функционированием [17], если же к этому добавить сложность измерения социального функционирования, отмечаемую многими авторами [9], то понятно, почему в обширных обзорных работах [10, 13] задача дальнейшего изучения связей между названными предметными полями обозначается как сохраняю-

щая свою актуальность. Эти и иные проблемы освещались в высоко эвристичных отечественных работах последних лет [1–4], что обуславливает наш собственный интерес к изучению в качестве предикторов снижения социального функционирования больных шизофренией нарушений социального интеллекта (СИ), включая его мотивационный компонент (социальная ангедония), обнаруживаемых у больных; это составило **цель** настоящей работы.

Материал и методы

Обследованы 60 больных шизофренией (F20 по МКБ-10), средний возраст $33,7 \pm 6,3$ лет, длительность заболевания варьировала в широком диапазоне (от 2 до 20 лет). *Критерии включения:* установленный диагноз шизофрении (F20), неоднократные госпитализации, при этом у 40 обследованных больных диагностирована шизофрения параноидная (F20.0), в 11 случаях – дезорганизованный тип (F20.3), у остальных – простая или кататоническая форма. *Критерии исключения:* больные с диагнозом шизоаффективное расстройство, длительность заболевания менее 2 лет, симптомы коморбидного органического или наркологического заболевания, возраст старше 50 лет, актуальное соматическое неблагополучие. Контрольную группу составили 40 психически здоровых лиц. Обе группы были уравновешены по гендерному составу и возрасту.

Для оценки психопатологической симптоматики использовались анамнестический метод, клинкопсихопатологическая оценка больного по шкале PANSS, шкала оценки уровня депрессии А.Бека (Beck A.T. и соавт., 1961). Для оценки параметров социального интеллекта, включая мотивацию к деятельности социального познания: методики «Социальный интеллект» Дж.Гилфорда, М.Салливена (адаптация Е.С.Михайловой, 1996), «Поза и жест» и «Распознавание эмоций» (Н.Г.Гаранян, Н.С.Курек, 1984), шкала социальной ангедонии (Revised social anhedonia scale – RSAS; M.L.Eckblad и соавт.,

1982), анкета «Удовольствие от общения» (5 шкал с 5-балльной оценкой). Для оценки параметров социального функционирования «Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных» (И.Я.Гурович, А.Б.Шмуклер, 2002), «Опросник социальной поддержки» (F-SOZU-22, адаптирован А.Б.Холмогоровой). Обработка результатов включала сравнительную статистику (U-критерий Манна-Уитни), корреляционный (ранговая корреляция Спирмена) и кластерный анализ на основе евклидовой метрики (SPSS, St.Vers. 11.5, Copyright © SPSS Inc., 2002).

Полученные результаты

В табл. 1 представлены средневзвешенные оценки по параметрам СИ в клинической и контрольной группах, причем средневзвешенные оценки групп различаются на высоком уровне значимости ($p < 0,01$); больные обнаруживают дефициты СИ по всем измеренным параметрам.

Параметры, характеризующие состояние эмоциональной сферы больных в сравнении с психически здоровыми, отражены в табл. 2.

Данные «Опросника социальной поддержки» (табл. 3) говорят о слабой социальной включенности больных, отсутствии удовлетворяющих соци-

альных связей и неудовлетворенности имеющейся социальной сетью.

Типологический подход с классификацией больных для последующего анализа параметров социального функционирования был проведен на основе параметров СИ, социальной ангедонии и PANSS, причастных социальному поведению, и позволил выделить две подгруппы (рис. 1).

Оценки измеряемых параметров усреднены для выделенных подгрупп, проведен анализ значимости различий (табл. 4).

Для сравнения подгрупп по показателям социального функционирования, оцениваемых с использованием ненормализованных шкал, проведен качественный анализ.

Обсуждение результатов

Пациенты с шизофренией обследованной нами группы показали отчетливое клиническое неблагополучие – средний балл по шкале PANSS составил $70,1 \pm 9,2$, повышены показатели по шкале депрессии ($26,4 \pm 10,1$) и шкале социальной ангедонии ($20,5 \pm 6,2$). Для больных типичны устойчиво сниженное, подверженное колебаниям настроение, с превалированием тревожно-депрессивного оттенка, остаточные продуктивные симптомы и прояв-

Таблица 1

Средневзвешенные оценки по параметрам СИ

Группы сравнения	Данные теста «Социальный интеллект» (сырые баллы)					Балл т. «Распозн. эмоций»	Балл т. «Поза и жест»
	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Субтест 4	Общий балл		
Основная группа	4,7±1,5	4,0±1,8	5,0±2,0	2,5±1,4	16,2±4,2	6,1±3,1	6,9±2,9
Контрольная группа	9,5±2,4	8,8±2,0	9,1±2,2	7,6±2,1	35,2±6,6	13,5±2,3	14,6±2,2

Таблица 2

Средневзвешенные оценки по показателям депрессии, ангедонии и пунктам анкеты «Удовольствие от общения»

Группы сравнения	Шкала депрессии	Шкала социальной ангедонии	Анкета «Удовольствие от общения»				
			1	2	3	4	5
Основная группа	26,4±10,1	20,5±6,2	1,85±0,72	2,17±0,86	2,12 ±0,85	2,1±0,99	2,03±1,02
Контрольная группа	3,23±1,85	4,73±1,84	3,10±0,75	2,02 ±1,24	3,95 ±1,05	4,00±1,25	3,20±0,85
U и уровень значимости	10 $p < 0,001$	19,5 $p < 0,001$	217 $p < 0,001$	713,5 $p = 0,11$	411 $p < 0,001$	148 $p < 0,001$	534 $p < 0,001$

Таблица 3

Показатели теста F-SOZU-22

Группы сравнения	Параметры социальной поддержки (средневзвешенные оценки)				
	Эмоциональная поддержка	Инструментальная поддержка	Социальная интеграция	Удовлетворенность социальной поддержкой	Суммарный балл
Основная группа	23,6±9,30	13,9±3,60	18,1±5,95	5,4±1,96	61,0±16,23
Контрольная группа	38,6±1,56	16,8±1,18	27,8±2,22	7,0±1,66	90,1±3,8
U и уровень значимости	389,5 $p < 0,001$	181 $p < 0,001$	47 $p < 0,001$	601 $p < 0,01$	426,5 $p < 0,001$

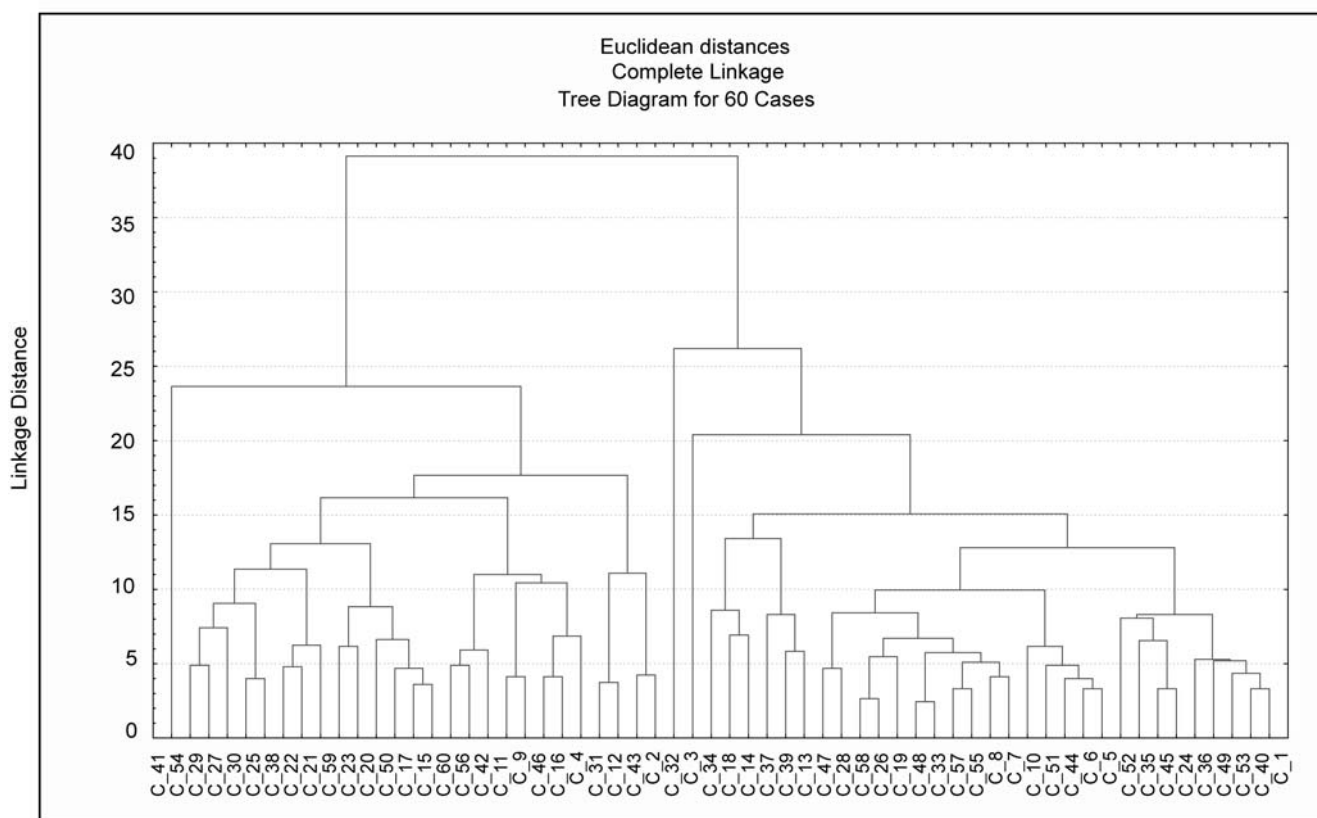


Рис. 1. Результаты кластеризации группы больных

Таблица 4

Средневзвешенные оценки для подгрупп испытуемых и показатель значимости различий (критерий Манна-Уитни)

	Подгруппа 1	Подгруппа 2	Значение U, уровень значимости
Число испытуемых	27	33	-
Из них мужчин	16	14	-
Из них женщин	11	19	-
Средний возраст	34,6 ± 4,9	33,1 ± 7,3	-
Поза и жест	4,8 ± 2,8	7,1 ± 2,9	261 при p<0,01
Социальная ангедония	26,2 ± 3,9	15,9 ± 3,2	2 при p<0,001
Депрессия	31,9 ± 9,3	21,9 ± 9,7	91 при p<0,001
Н-1 PANSS	3,0 ± 0,9	2,5 ± 0,9	312,5 при p<0,05
О-16 PANSS	3,5 ± 0,7	2,9 ± 0,8	292 при p<0,05
Эмоциональная поддержка	18,7 ± 6,5	27,5 ± 9,4	210 при p<0,001
Инструментальная поддержка	12,4 ± 3,5	15,1 ± 3,3	260 при p<0,01
Социальная интеграция	15,1 ± 4,4	20,5 ± 6,0	214 при p<0,001
Суммарный балл социальной поддержки	51,1 ± 9,1	69,0 ± 16,4	169,5 при p<0,001
Показатели по анкете «Удовольствие от общения»			
(1) Отношения с другими людьми	1,6 ± 0,6	2,3 ± 0,7	314 при p<0,05
(3) Общение с родственниками	1,8 ± 0,7	2,4 ± 0,9	269,5 при p<0,01
(4) Общение с друзьями	1,6 ± 0,7	2,5 ± 1,0	229,5 при p<0,001

Примечания: в таблице представлены только параметры, значимо различающиеся.

ления дезорганизации, симптомы постпроцессуального дефекта. Длительность психического заболевания значительна (в среднем $4,7 \pm 1,1$ год), пациенты признают себя давно болеющими, часто без надежды на выздоровление и при проведении клинической беседы передают тягостные размышления, переживания, связанные с заболеванием, отношением окружающих, проявлениями самостигматизации; последнее обнаруживает себя в формулировках, отражающих потерю уверенности, надежды, отказ от значимых целей, пессимистическую оценку перспектив.

Нарушения когнитивного аспекта СИ у больных исследованной группы (показатели теста «Социальный интеллект» и тестов на социальную перцепцию) значительны, о чем свидетельствуют приведенные в табл. 1 результаты. Налицо низкие значения – в сравнении со здоровыми людьми – по всем показателям, начиная от социальной перцепции, заканчивая мышлением, предметом которого являются социальные объекты. Очевидны неточность, неполнота, стереотипизированность при восприятии личности другого человека, нечувствительность к его эмоциональному состоянию, трудности ориентации в сложных социальных ситуациях. Ограниченный объем статьи не позволяет подробно рассмотреть общегрупповые тенденции, но один важный результат необходимо отметить: выделенные при кластеризации подгруппы не различаются значимо по операциональным характеристикам СИ, то есть когнитивные навыки, обеспечивающие процесс социального познания – адекватное декодирование и восприятие социальных связей и объектов – представляются равномерно нарушенными у всех обследованных пациентов.

Перейдем к анализу выделенных при кластеризации групп. В I группу вошли 27 пациентов (16 муж. и 11 жен.), средний возраст $34,6 \pm 4,9$ лет. Данные позволяют говорить о несколько более выраженном клиническом неблагополучии, так как показатели PANSS чуть выше для негативной симптоматики (фактор 1 по 5-факторной модели), и в состав группы вошли больные с простой формой шизофрении (4 чел.) и с дезорганизованной шизофренией (7 чел.).

У пациентов I подгруппы выше показатели социальной ангедонии и депрессии, отчетливее признаки притупления аффекта (Н-1 PANSS) и активной социальной устранимости (О-16 PANSS). Данные анкеты «Удовольствие от общения» свидетельствуют о том, что больные признают отсутствие переживаний удовольствия практически при всех вариантах общения: низкая оценка по параметру (1) анкеты «Удовольствие от общения», измеряющему «Отношения с другими людьми» в целом, конкретизируется в низких же оценках по параметрам (3) «Общение с родственниками» и (4) «Общение с друзьями». Вывод о глобальном снижении способности переживать удовольствие от социальных вза-

имодействий оправдан, налицо значительные нарушения мотивационного компонента СИ.

«Опросник социальной поддержки» – F-SOZU-22 – оригинальный инструмент, позволяющий оценить ряд параметров, значимых для понимания социальной включенности субъекта, наличия (или отсутствия) удовлетворяющих его связей; эти параметры косвенно отражают состояние социального функционирования больных, раскрывая характеристики коммуникаций. Низкий балл «Эмоциональной поддержки» (табл. 4) позволяет говорить об отсутствии у больных доверительных, глубоких контактов, близких и поддерживающих отношений, которое могли бы дать ощущение комфорта и удовлетворения. Шкала «Инструментальная поддержка» определяет наличие практической, информационной или материальной помощи, отражает наличие вокруг больного устойчивого круга лиц, готовых принимать участие в его судьбе, заботиться о нем «делом». Больные I подгруппы признают наличие опыта такого рода поддержки, но в недостаточном объеме. Шкала «Социальной интеграции» отражает включенность человека в сеть социальных взаимодействий, в референтную группу, представляющую для него ценность; в I группе речь идет об отсутствии чувства такой принадлежности, больные ощущают себя аутсайдерами, отделенными и отдаленными от людей. Анализ реальной жизни пациентов, данных, полученных при оценке социального функционирования, подтверждает результаты: у больных фактически разрушена социальная сеть, они выключены из стабильных и продуктивных социальных взаимодействий, что усиливает ощущение собственной инакости, ущербности и непродуктивности. Низкий показатель по шкале «Удовлетворенность социальной поддержкой» характерен для обеих подгрупп, отражает переживаемые больными страдания вследствие слабой своей интеграции в общество. В итоге, суммарный балл воспринимаемой социальной поддержки у больных I группы очень низкий, потребности в близости, защите, успокоении, помощи привычно фрустрированы.

Группа 2 включает 33 пациента (14 муж. и 19 жен.), у 7 из них диагностирована «Шизофрения, эпизодический ремиттирующий тип течения» F20.23, то есть можно говорить о некотором преобладании в данной подгруппе больных с относительно благоприятным течением заболевания. Клинические характеристики близки к группе 1, чуть ниже показатели по субшкалам Н-1 и О-16 PANSS. Значения по шкале депрессии и шкале социальной ангедонии (см. табл. 4) также высокие, но чуть менее выражены, и с учетом данных анкеты «Удовольствие от общения» свидетельствуют о том, что пациентам из группы 2 доступно переживание если не удовольствия, то комфорта – при взаимодействии с людьми, в разных социальных ситуациях.

Анализ воспринимаемой социальной поддержки наиболее отчетливо различается по параметру эмо-

циональной поддержки, то есть у пациентов группы 2 есть доверительные отношения с кем-либо из близких, и эти отношения ценны для больных. Ощущают пациенты практическую помощь от окружающих, причастность к референтной группе; в целом это заметно повышает общий уровень социальной интеграции больных.

Данные «Опросника социального функционирования» анализировались в сравнительном аспекте для выделенных подгрупп по всем параметрам – как отражающим различные аспекты жизни больных, то есть собственно параметры «социального функционирования», так и по показателям удовлетворенности и субъективного восприятия пациентами своего положения в жизни, то есть «качество жизни».

Практически во всех сферах функционирования больных наблюдаются признаки снижения; это касается трудовой, семейной, материально-бытовой сфер, социальных контактов, проведения досуга. Наиболее значительно оказалась сниженным трудовой статус пациентов: все 100% больных имеют группу инвалидности, из них 28,3% (17 чел.) третью, и остальные 62,7% – вторую группу, при этом 68,3% больных (41 чел.) имеют группу более 2 лет. Причиной оформления группы инвалидности в подавляющем большинстве случаев стала рутинная практика направления на МСЭК после очередного стационарного лечения.

Материальное положение у исследованных пациентов чаще является удовлетворительным (34 чел. или 56,7%) или бедственным (25 чел. или 41,7%), с соответствующими ограничениями в питании, обеспеченности одеждой, и низкими возможностями иных трат. Частные оценки больными своего материального положения, жилищных условий, питания и одежды в группе различны, что, с одной стороны, позволяет сохранить уверенность в объективности полученных оценок, с другой, разброс данных в пределах групп не позволил четко обозначить групповые различия. Подчеркнем, что трагически плохого положения дел у обследованных больных нет.

Досуг больных характеризуется бедностью, однообразием, пассивностью времяпрепровождения, преобладанием бессистемного просмотра телепередач, реже – чтения. Более активное проведение досуга (посещение мест отдыха вне дома, прогулки, работа на дачном участке) обуславливалось инициативой окружающих, характеризовалось стереотипностью, формальностью, было скорее вынужденным; значимых различий между подгруппами нет.

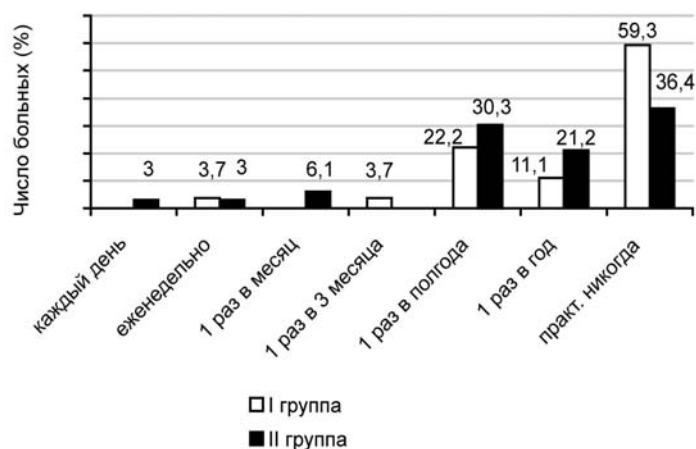


Рис. 2. Общение с друзьями и знакомыми

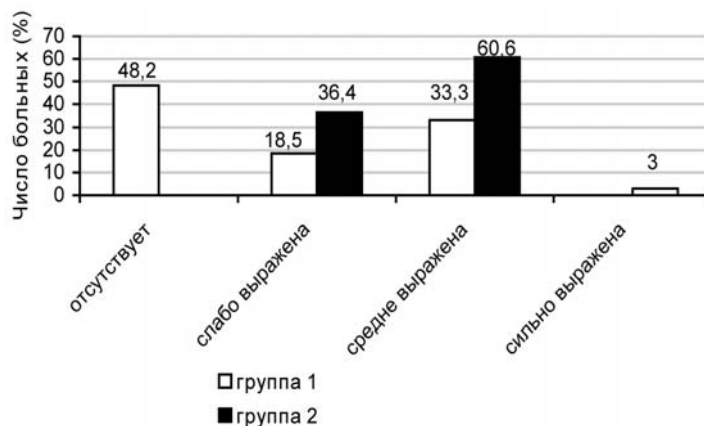


Рис. 3. Потребность иметь друзей

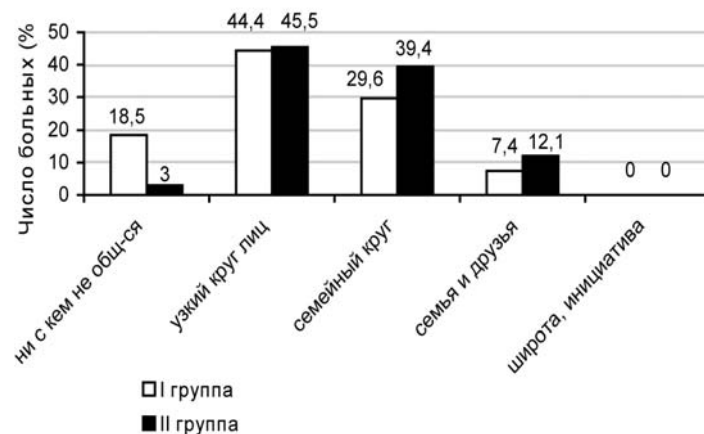


Рис. 4. Характеристика круга общения

Более отчетливыми оказались различия в показателях социальной жизни. Так, параметр «Общение с друзьями и знакомыми» показал, что в группе 1 такое является чрезвычайно редким, «Потребность иметь друзей» – часто отсутствует; во группе 2 показатели средней выраженности (рис. 2, 3).

По параметру «Характеристика круга общения» заметных отличий нет, в большинстве случаев круг общения узкий в обеих группах, общение происходит преимущественно в семье; при этом в группе 1 есть ряд лиц, категорично утверждающих, что «ни с кем не общаются» (рис. 4). Характер отношений с окружающими для боль-

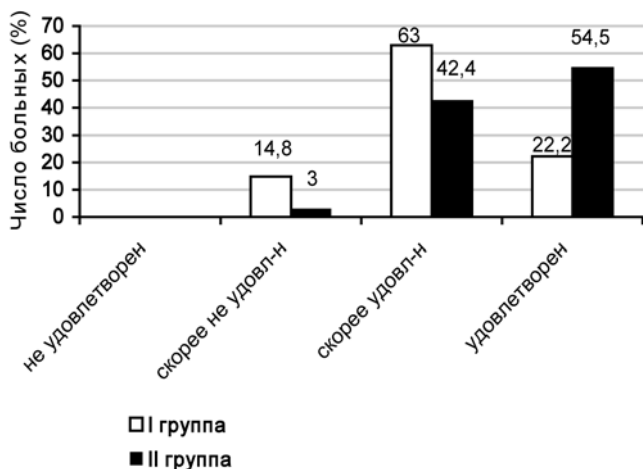


Рис. 5. Удовлетворенность широтой круга общения

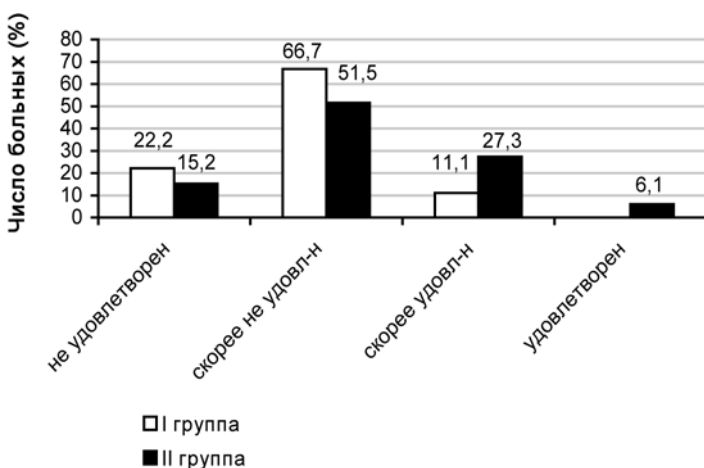


Рис. 6. Удовлетворенность жизнью в целом

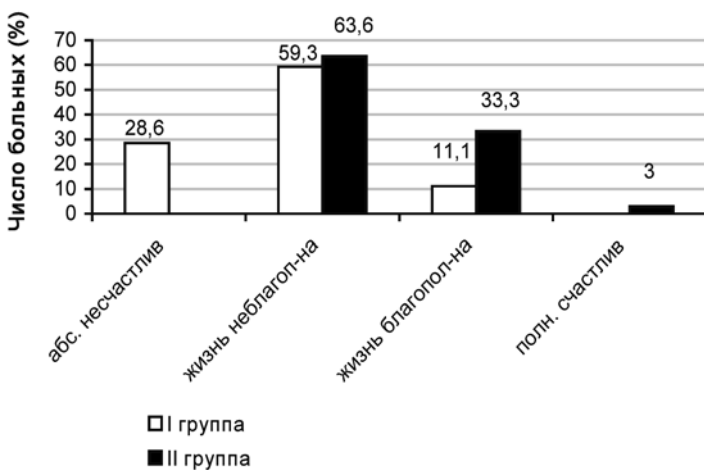


Рис. 7. Ощущение благополучия

ных группы 1 чаще описывается как конфликтный, сопровождающийся переживаниями раздражения, тогда как для пациентов группы 2 их общение представляется более комфортным.

Семейное положение пациентов различается, поэтому внутригрупповые отличия нивелируют различия

групп, несколько чаще в группе 2 отмечено проживание с родителями и отсутствие собственной семьи.

Больные исследованных групп не различаются значительно по параметрам «Оценка своего психического здоровья», «Оценка здоровья в целом», «Физическая работоспособность» и «Интеллектуальная продуктивность»; в большинстве случаев ответы свидетельствуют об умеренно-негативной или удовлетворительной оценках по данным параметрам. В числе параметров, отражающих «качество жизни» больных, то есть удовлетворенность разными аспектами своего состояния, идентичными для обеих групп явились оценки удовлетворенностью физическим состоянием и работоспособностью, психическим состоянием и умственной продуктивностью.

Проведен анализ параметров, отражающих «качество» социальной жизни пациентов и удовлетворенности ею в целом больных обеих групп (рис. 5–7).

Выявлено, что по указанным параметрам («Удовлетворенность жизнью в целом», «Удовлетворенность своим психическим состоянием», «Удовлетворенность широтой круга общения», «Удовлетворенность характером общения») показатели выше в группе 2, для инвертированных пунктов отмечена обратная закономерность («Удовлетворенность отсутствием семьи»). Важно отметить, что результат второй подгруппы – более высокая степень удовлетворенности при невысоком уровне социального функционирования – не является однозначно позитивным и требует своего учета при организации реабилитационной работы, поскольку относительно позитивная оценка своего положения может стать как ресурсом для изменений, так и формой сопротивления, причиной сохранения *status quo*.

Выводы

1. Нарушения операционального аспекта СИ не определяют линейно нарушений социального функционирования при шизофрении; такая связь существует, но требует своего рассмотрения в более широком контексте иных (биологических, клинических, социальных) влияний.

2. В настоящем исследовании подтверждена роль социальной ангедонии как мотивационного фактора, причастного как к хронификации нарушений СИ у больных шизофренией, так и к снижению социального функционирования.

3. У пациентов с шизофренией выявлено значительное снижение уровня воспринимаемой социальной поддержки (эмоциональной, инструментальной, отсутствие удовлетворяющих

отношений и устойчивой социальной сети). Мотивационная составляющая СИ (социальная ангедония) в наибольшей степени предопределяет неудовлетворенность социальной поддержкой, отказ от

активного социального взаимодействия, неспособность чувствовать удовлетворение от различных аспектов жизни и снижение показателя «качества жизни».

ЛИТЕРАТУРА

1. Гурович И.Я., Семенова Н.Д. Психосоциальные подходы в практике лечения и реабилитации шизофрении: современные тенденции // Социальная и клиническая психиатрия. 2007. Т.17, № 4. С. 78–85.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика, 2004. 492 с.
3. Иванов М.В., Незнанов Н.Г. Негативные и когнитивные расстройства при эндогенных психозах: диагностика, клиника, терапия. СПб.: Изд. НИПНИ им. В.М.Бехтерева, 2008. 288с.
4. Первый психотический эпизод (проблемы и психиатрическая помощь) / Под ред. И.Я.Гуровича, А.Б.Шмуклера. М.: ИД «МЕДПРАКТИКА-М», 2010. 544 с.
5. Addington J., Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5-year follow-up // Sch. Res. 2000. Vol.44. P. 47–56.
6. Addington J., Saeedi H., Addington D. Facial affect recognition: a mediator between cognitive and social functioning in psychosis? // Sch. Res. 2006. Vol. 32. P. 171–181.
7. Addington J., Saeedi H., Addington D. Influence of social perception and social knowledge on cognitive and social functioning in early psychosis // Br. J. Psych. 2006. Vol. 189. P. 373–378.
8. Blanchard J.J., Mueser K.T., Bellack A.S. Anhedonia, Positive and Negative Affect, and Social Functioning in Schizophrenia // Sch. Bull. 1998. Vol. 24, N 3. P. 413–424.
9. Burns T., Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies // Acta Psychiatr. Scand. 2007. Vol. 116, N 6. P. 403–418.
10. Couture S.M., Penn D.L., Roberts D.L. The Functional Significance of Social Cognition in Schizophrenia: A Review // Sch. Bull. 2006. Vol. 32. P. 44–63.
11. Green M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? // Am. J. Psychiatry. 1996. Vol. 153. P. 321–330.
12. Guaiana G., Tyson P., Roberts K., Mortimer A. Negative symptoms and not cognition predict social functioning among patients with schizophrenia // Schweizer archiv für neurologie un psychiatrie. 2007. Vol. 158, N 1. P. 25–31.
13. Harvey P.D., Penn D. Social Cognition. The Key Factor Predicting Social Outcome in People with Schizophrenia? // Psychiatry (Edgmont). 2010. Vol. 7, N 2. P. 41–44.
14. Herbener E.S., Harrow M. Are Negative Symptoms Associated With Functioning Deficits in Both Schizophrenia and Nonschizophrenia Patients? A 10-Year Longitudinal Analysis // Sch. Bull. 2004. Vol. 30, N 4. P. 813–825.
15. Kee K.S., Qreen M.F., et al. Is Emotion Processing a Predictor of Functional Outcome in Schizophrenia? // Sch. Bull. 2003. Vol. 29, N 3. P. 487–497.
16. Kurtz M.M., Moberg P.J., Ragland J.D. et al. Symptoms Versus Neurocognitive Test Performance as Predictors of Psychosocial Status in Schizophrenia: A 1- and 4-Year Prospective Study // Sch. Bull. 2005. Vol. 31, N 1. P. 167–174.
17. Penn D.L., Combs D., Mohamed S. Social cognition and social functioning in schizophrenia // Social cognition and schizophrenia / P.W.Corrigan, D.L.Penn (Eds.). Washington, DC: Am. Psychol. Ass. 2001.
18. Roncone R., Falloon R.H., Mazza M., et al. Is theory of mind in schizophrenia more strongly associated with clinical and social functioning than with neurocognitive deficits? // Psychopathology. 2002. Vol. 35. P. 280–288.
19. Sullivan R.J., Allen J.S. Social deficits associated with schizophrenia in terms of interpersonal Machiavellianism // Acta Psych. Scand. 1999. Vol. 99. P. 148–154.

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

С. Л. Руденко, О. В. Рычкова

В статье представлены результаты изучения влияния нарушений социального интеллекта и социальной ангедонии на снижение уровня социального функционирования больных шизофренией. Обследовано на основе ряда психологических тестов и методик для оценки уровня социального функционирования 60 больных шизофренией, находящихся на амбулаторном лечении; группа контроля – 40 психически здоровых лиц. Анализ подтвердил ряд значительных нарушений социального интеллекта, эмоциональной сферы и клиническое неблагополучие больных, существенное снижение уровня их социального функционирования. Линейных связей между показателями социального интеллекта и социальным функционированием выявить не уда-

лось, поэтому был использован кластерный анализ, позволивший разделить исследуемую группу на две подгруппы – на основе показателей социального интеллекта. В результате удалось продемонстрировать, что параметр «качества жизни» связан с параметром социальной ангедонии и недостаточностью социальной поддержки; социальная ангедония и социальная поддержка опосредует отношения между нарушениями социального интеллекта и социального функционирования.

Ключевые слова: социальный интеллект, социальная ангедония, социальное функционирование, социальная поддержка, шизофрения.

DISORDERED SOCIAL INTELLIGENCE AND SOCIAL FUNCTIONING IN SCHIZOPHRENIA

S. L. Roudenko, O. V. Rychkova

This article reports the results of an investigation concerning the effects of social intelligence and social anhedonia on decreased social functioning in schizophrenics. The authors used a number of psychological tests for assessment of social functioning in 60 patients with schizophrenia involved in outpatient treatment programs and 40 healthy controls. Their analysis shows significant impairment of the patients' social intelligence, their emotional sphere and clinical wellbeing as well as their noticeably decreased social functioning. As no linear relations have been found

between the parameters of social intelligence and social functioning, the researchers use the cluster analysis and divide the patients investigated into two groups on the basis of social intelligence. They show that the 'quality of life' parameter is associated with 'social anhedonia' and 'insufficient social support'. Social anhedonia and social support happen to influence the relations between shortage of social intelligence and social functioning.

Key words: social intelligence, social anhedonia, social functioning, social support, schizophrenia.

Руденко Светлана Львовна – клинический психолог-эксперт, Главное бюро медико-социальной экспертизы по Белгородской области; e-mail: Svetlana.R1@mail.ru

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