

## СОЦИАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ И СОЦИАЛЬНЫЕ НАВЫКИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Л.С. Печникова, Е.В. Левикова

В 80-90-е годы XX века в лаборатории патопсихологии Научного Центра психического здоровья РАМН под руководством Юрия Федоровича Полякова был проведен цикл блестящих эталонных экспериментальных исследований (с тщательно продуманной процедурой, «красивым» стимульным материалом, четкостью и строгостью интерпретации полученных феноменов), направленных на изучение познавательных процессов, эмоциональной сферы и межличностного взаимодействия у больных шизофренией (1,2,3,4,8,10). Так, было доказано, что больные шизофренией испытывают трудности «считывания» эмоциональных состояний других людей (10). В экспериментах Н.С. Курека (3,4) было выявлено, что у больных шизофренией по мере нарастания эмоционального дефекта происходит снижение точности распознавания шести основных эмоций по невербальной экспрессии. Исследование Н.Н. Карловской (1) показало, что ослабление направленности на восприятие эмоционального состояния другого человека приобретает при шизофрении устойчивый характер и усиливается при наличии явного противоречия между вербальной и невербальной информацией в ситуации общения. В этом случае больные шизофренией выбирают в качестве основания для суждений систему вербальных значений, так как невербальная информация обладает рядом характеристик, осложняющих её декодирование (спонтанность, неуловимость, многозначность и т.п.).

Был получен богатый массив данных, позволивший сформулировать патопсихологический синдром при шизофрении, в котором ведущая роль отводится нарушению «потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции психической деятельности и поведения» (2, с. 185).

Также в серии исследований школы Ю.Ф.Полякова было показано, что характерные особенности психических процессов напрямую не связаны с «движением» шизофренического процесса, а, вероятнее всего, имеют predispositional характер и возникают до манифеста самого заболевания. Однако, это было показано прежде всего для такого механизма шизофренического

дефекта как нарушение избирательности. Остается открытым вопрос о времени и характере проявления патогенной роли нарушений социальной направленности.

Таким образом, целью нашего исследования явилось изучение особенностей социального функционирования подростков, больных шизофренией, которое в эксперименте конкретизировалось на модели изучения социального интеллекта и социальных навыков.

В исследовании приняли участие 100 подростков в возрасте от 13 до 16 лет.

В экспериментальную группу вошли 50 подростков (25 мальчиков и 25 девочек), находящихся на лечении в психиатрических больницах №№ 6 и 15 г. Москвы. Все подростки обучались в средней школе, но испытывали трудности в адаптации к школьной жизни и в общении с одноклассниками. Контрольную группу составили 50 подростков (25 мальчиков и 25 девочек), обучающихся в старших классах средней школы № 1230 г. Москвы.

В работе были использованы методика исследования социального интеллекта Дж.Гилфорда-М.Салливена и методика «социальных навыков» (Goldstein A.). Методика социального интеллекта Дж.Гилфорда – М.Салливена направлена на изучение коммуникативных способностей - причем, диагностирует преимущественно их когнитивный компонент (7).

В результате проведения двух методик было получено 7 количественных показателей, которые в дальнейшем подвергались статистическому анализу с помощью SPSS 10.1 for Windows, Statistica 6.0, NCSS 2004 and PASS 2002.

Проведенная нами математическая обработка полученных данных выявила, что подростки, больные шизофренией, имеют достоверно значимо ( $p < 0,05$ ) более низкий композитный показатель социального интеллекта по методике Дж. Гилфорда-М.Салливена.

Статистически значимых различий выполнения 1 субтеста («Истории с завершением») по методике Дж.Гилфорда-М.Салливена в клинической и нормативной группах не выявлено. Подростки обеих групп способны предвидеть последствия поведения людей в определенной ситуации и правильно оценивать возможности ее развития. Однако факторный анализ показал, что для здоровых подростков это умение является ведущим в структуре коммуникативных способностей.

Результаты выполнения субтестов № 2, 3 и 4 значимо ниже у подростков, больных шизофренией, которые в первую очередь испытывают затруднения в понимании эмоционального состояния других людей (субтест № 2), обладают низкой способностью понимать изменение значения вербальных реакций человека в зависимости от контекста ситуации (субтест № 3) и с трудом распознают логику развития ситуации взаимодействия (субтест № 4). Необходимо заметить, что субтесты № 2, 3, 4 являются не только более сложными по представленным в них ситуациям межличностного взаимодействия, но и отличаются от субтеста № 1 большим количеством стимульного материала - к трем картинкам надо подобрать одну из 3-4-х, в то время как в первом субтесте - к одной картинке надо подобрать подходящую из трех. Проведенный факторный анализ показал, что для больных шизофренией подростков результаты выполнения 2, 3 и 4 субтестов представляют собой отдельный наиболее значимый фактор, т.е. усложнение задания (по форме и содержанию) приводит к нарушениям структурных связей их коммуникативных способностей.

Способность индивида правильно понимать состояние, чувства, намерения людей по невербальным проявлениям (мимике, позе, жестам) онтогенетически является наиболее ранним и значимым фактором в эмоциональном развитии ребенка (5). С помощью паралингвистических средств (интонации, мимики, выражения глаз, определенных поз) осуществляется «обмен эмоциями от элементарного заражения своим состоянием до передачи самых сложных переживаний» (7), что способствует налаживанию эмоционального взаимодействия с другим человеком. В дальнейшем при хорошем интеллекте возможна компенсация недостаточной способности к непосредственному считыванию эмоций за счет когнитивного анализа и синтеза всей доступной информации. Включение в аффективный процесс интеллектуальных операций приводит к развитию обобщения эмоционального опыта, что позволяет более эффективно общаться с окружающими. Индивиды, которые плохо понимают невербальный язык общения, стараются ориентироваться на вербальную экспрессию, что позволяет им лучше понимать содержание сообщений. Однако опора только на вербальную информацию может приводить к ошибкам в понимании смысла слов говорящего, если не учитываются сопровождающие их

невербальные реакции. Подростки, больные шизофренией, плохо владеют языком телодвижений, взглядов и жестов, но также плохо распознают различные смыслы, которые могут принимать одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей и контекста ситуации общения. Вербальная информация для них в большинстве случаев представляется противоречивой и сложной для понимания, они часто ошибаются в интерпретации слов собеседника и «говорят невпопад». В результате эти подростки испытывают трудности при необходимости интегрировать два вида информации (вербальную и невербальную) в единый поток для более правильного понимания ситуации межличностного общения. Больным подросткам трудно понимать ситуацию общения в динамике, воспринимать и сопоставлять между собой разнообразные эмоциональные проявления ее участников, а также вырабатывать правильное суждение и адаптироваться к различного рода взаимоотношениям между людьми (семейным, деловым, дружеским и др.).

Проведенный статистический анализ результатов выполнения методики социальных навыков А.Голдштейна значимых различий между клинической и нормативной группой не выявил: в обеих группах оценки собственных социальных навыков и социальных навыков сверстников сформированы. Однако, подростки, больные шизофренией, склонны занижать оценки социальных навыков сверстников по сравнению с собственными.

Развитие собственных социальных навыков - трудная задача для подростков, так как высокая потребность в общении вступает в противоречие с недостаточным опытом социального взаимодействия, который предполагает умение слушать другого человека, поддерживать разговор, выражать свои чувства, реагировать на критику и критично оценивать высказывания и действия других людей.

Подростки группы нормы оценивают собственные социальные навыки и навыки сверстников в зависимости от развития той или иной коммуникативной способности. Так, мальчики из этой группы выше оценивают собственные социальные навыки, если они демонстрируют высокие показатели способности предвосхищать дальнейшие поступки людей на основе анализа реальных ситуаций общения (субтест №1). Кроме того, чем лучше они ориентируются в

общей ситуации общения (субтест № 4), тем ниже они оценивают социальные навыки своих сверстников. Аналогичным образом у девочек этой группы, чем лучше они прогнозируют общее направление развития ситуации общения (субтест № 1) и связывают вербальную экспрессию с контекстом ситуации (субтест № 3), тем ниже они оценивают социальные навыки своих сверстников.

Подростки, больные шизофренией, имеют сформированные представления о том, когда сказать что-то кому-то или как действовать, чтобы достичь поставленной цели и эффективно осуществить коммуникацию, однако в отличие от группы нормы собственные социальные навыки и навыки сверстников представляют собой отдельный фактор, который является вторым по значимости в структуре их коммуникативных способностей. Результаты выполнения методики и факторный анализ показали, что подростки клинической группы обладают достаточными общими знаниями о социальных навыках, но затрудняются в оценке своих и чужих возможностей по их использованию в реальных ситуациях общения.

В целом результаты проведенного исследования показали, что подростки, больные шизофренией, обладают достаточно развитой способностью предвидеть последствия поведения людей в определенной ситуации и знанием норм-ролевых моделей и правил, регулирующих ситуации общения. Однако эти умения и социальные навыки могут успешно применяться ими только в простых, достаточно ясных ситуациях часто формальным образом. Любое усложнение ситуации общения, когда необходимо ориентироваться на особенности невербальной экспрессии человека, понимать изменение значения вербальных реакций в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации, а также распознавать логику развития взаимодействия и значение поведения людей в этих ситуациях, приводит этих подростков к растерянности и невозможности правильно оценить складывающуюся ситуацию, а значит и проявить адекватное ей поведение.

Таким образом, наши результаты дополняют экспериментальные данные, полученные в школе Ю.Ф.Полякова. Возможно, это указывает на то, что в основе снижения показателей социального интеллекта и нарушения межличностного общения лежит единый фактор, в качестве которого может выступать нарушение

невербальной коммуникации в раннем детстве с последующими трудностями распознавания эмоций. Нельзя исключить и вклад органической мозговой дисфункции, затрудняющей восприятие и переработку любой сложной информации, в частности коммуникативной.

Все выявленные особенности больных шизофренией подростков приводят к нарушениям социальной адаптации и к нарастанию их социальной изоляции. Педагогические и психокоррекционные реабилитационные программы должны строиться так, чтобы помочь подростку приспособиться к требованиям школы или работы. Для этого в них обязательно должны быть включены обучение социальным навыкам и их использованию в ситуациях реального общения, а также психологические техники, направленные на развитие способности распознавания невербальных (жесты, мимика, интонации) характеристик участников межличностного взаимодействия.

#### Литература

1. Карловская Н.Н. Восприятие эмоций больными шизофренией в зависимости от согласованности информации вербального и невербального каналов общения// Журнал невропатологии и психиатрии им.Корсакова, 1986г., №8.
2. Критская В.П., Мелешко Т.К. , Поляков Ю.Ф. Особенности нарушения познавательной деятельности у больных шизофренией, Москва, издательство МГУ, 1991г.
3. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофрении на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии//Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1986, №12
4. Курек Н.С. Психологическое исследование когнитивного аспекта эмоциональных процессов у больных шизофренией// Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1988, №7.
5. Лебединская К.С., Лебединский В.В. Нарушения психического развития в детском и подростковом возрасте. М., Академический проект, 2011.
6. Михайлова Е.С. Руководство по использованию методики Дж.Гилфорда и М.Салливена. - Санкт-Петербург, 1996 г.
7. Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия в 2 томах / под редакцией В.В. Лебединского и М.К. Бардышевской. Т. II. – М.: ЧеРо: Высшая школа: Изд-во МГУ, 2002г.
8. Хломов Д.Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией// Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова, 1984, №12.
9. Хломов Д. Н., Баклушинский С. А., Казьмина О. Ю. Руководство по оценке уровня развития социального поведения старшекласников. — М.: Центр социологии образования РАО, 1993.
10. Щербакова Н.П., Хломов Д.Н., Елигулашвили Е.И. Изменение перцептивных компонентов общения при шизофрении// Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. Москва, 1982 г.