

8. Brune, M. Theory of mind and social competence in schizophrenia / M. Brune // *Clinical Neuropsychiatry*. – 2006. – V. 3. – N. 2. – P. 132–138.
9. Green, M.F. Social Cognition in Schizophrenia / M.F. Green, D.I. Leitman // *Schizophrenia bulletin*. – 2008. – V. 34. – N. 4. – P. 670–672.
10. Kettle, J.W. Impaired theory of mind in first-episode schizophrenia: comparison with community, university and depressed controls / J.W. Kettle, L. O'Brien-Simpson, N.B. Allen // *Schizophrenia Research*. – 2008. – V. 99. – N. 1-3. – P. 96-102.
11. Mazza, M. Selective impairment of theory of mind in people with schizophrenia / M. Mazza, A. De Rizio, L. Surian et al. // *Schizophrenia research*. – 2001. – V. 47. – N. 2-3. – P. 299-308.
12. Penn, D.L. Best practices: The development of the social cognition and interaction training program for schizophrenia spectrum disorders / D.L. Penn, D.L. Roberts, D. Combs et al. // *Psychiatric Services*. – 2007. – V. 58. – P. 449–451.
13. Penn, D.L. Social Cognition in Schizophrenia An Overview / D.L. Penn, L.J. Sanna, D.L. Roberts // *Schizophrenia bulletin*. – 2008. – V. 34. – N. 3. – P. 408-411.

### **«Социальный интеллект» в патопсихологической диагностике**

Рычкова О.В.\*, Холмогорова А.Б.\*\*

\* каф. общ. и клин. психол. БелГУ (Белгород), \*\* каф. клин. психол. и психотерапии МГППУ, Москва, Россия

Целью сообщения является привлечения внимания коллег к концепту «социальный интеллект» (СИ), который, как нам представляется, может стать полезным для решения задач дифференциальной диагностики и не только. Как мы полагаем, диагностика СИ близка к традиции отечественной патопсихологии, более, чем к психометрическому подходу. Приведем свои аргументы.

Во-первых, отечественная патопсихология, имея достойную, хоть и не простую историю, собственные традиции, известна особенностями используемых ею методов исследования и принципов организации психологической диагностики. Их известность отечественному психологу избавляет нас от необходимости подробного изложения таковых, но назовем ключевые признаки патопсихологического эксперимента. Как это представлено в классических работах Б.В.Зейгарник, С.Я.Рубинштейн, основой диагностики является наблюдение, проверенное с помощью эксперимента, и последний

представляет собой «искусственное изменение условий наблюдения с целью определения отношений между явлением и условиями его возникновения». Построение эксперимента в патопсихологии должно отвечать принципам:

- системного качественного анализа нарушений психической деятельности;

- оценки симптома в комплексе с данными патопсихологического исследования в целом (и в последние годы были осуществлены успешные попытки выделения и описания патопсихологических синдромов, типичных для разных психопатологических состояний);

- учета личностного отношения испытуемого к обследованию;

- совместной с экспериментатором деятельности, общения;

- выявления сохранных звеньев психики.

В методическом плане также важно учитывать невозможность полностью стандартизированного проведения исследования, необходимость анализа ошибок, реакции больного на оценку, критику, неуспех, на помощь, сочетания различных методических приемов для обеспечения полноты картины.

Во-вторых, необходимо подчеркнуть, что развитие психологии идет в том числе по пути расширения числа концептов, используемых для описания психических явлений и психопатологических феноменов. В настоящее время в качестве новых следует обозначить ряд концептов, имеющих отношение к описанию, квалификации не просто познавательных процессов, но к той их части, которая обеспечивает успешность действий личности в социальной сфере, ее адаптивные возможности. Это такие понятия как «социальный интеллект», «социальная компетентность», «эмоциональный интеллект», «интра- и интерличностный интеллект» «практический интеллект», «социальная когниция», «эмоциональный процессинг» и др. Заметим, что в общей, дифференциальной, возрастной и других разделах психологии интерес к данным концептам огромен, идет не только активная разработка теоретических моделей, но предлагаются, верифицируются все новые методические приемы – как опросники, так и тесты, ориентированные на диагностику и квалификацию указанных способностей.

Третий пункт, который нам хочется подчеркнуть, - смена парадигмы в психиатрии, где на место традиционной биологической модели генеза психических расстройств постепенно, но приходит биопсихосоциальная модель. В рамках последней особое значение приобретают аномалии развития, различные специфические дефициты (личности, эмоциональных процессов, когнитивных процессов, в том числе – социального познания), сложившиеся в

преморбиде и преопределяющие особого рода психопатологический диатез, позже результирующий в оформленные клинические состояния.

На наш взгляд, указанные три линии сошлись в отношении такого традиционно сложного для диагностики заболевания как шизофрения. Анализ работ последних лет (к сожалению, значительно более широко проводимых за рубежом) показал, что одной из актуальных стала тема нарушений социального познания при шизофрении. Источники идей о нарушениях социального познания при шизофрении достаточно обширны: это и клинический опыт, и психоаналитические модели шизофрении, данные экспериментальной психопатологии, концепция нейрокогнитивного дефицита и его последствий для социального функционирования больных, исследования госпитализма и другие.

Исследования Social cognition при шизофрении включают изучение:

1. Нарушений, затруднений восприятия лицевой экспрессии и эмоций;
2. Несформированности так называемой Theory of mind (ТоМ) или «Модели психического» – способности понимать состояние и мысли другого человека;
3. Сложности понимания социальных ситуаций и прагматики речи;
4. Нарушений атрибутивного стиля (особенно сопутствующих бреду);
5. Патология собственного «Я», его репрезентаций, идентичности.

В числе ведущих исследователей - С.Д. Frith, М.Ф. Green, D.L. Penn, Р.В. Corrigan, D. Combs, S. Baron-Cohen, R. Corcoran, М. Brüne и многие другие.

Важно подчеркнуть, что в отечественной патопсихологии еще в 80—90-е г.г. был проведен ряд высоко эвристичных исследований понимания больными шизофренией социальных ситуаций, выявившее недостаток данной способности, их неумение предвидеть развитие взаимодействия, строить адекватные ситуации реплики, отсутствие сценариев развития ситуаций, трудностей распознавания эмоций (Н.С. Курек, Н.Г. Гаранян, Д.Н. Хломов, Е.И. Елигулашвили, др.). В ряде отечественных работ удалось содержательно раскрыть механизмы такого рода нарушений, связанные с неспособностью больных принять роль другого человека и использовать культурный опыт (Б.В. Зейгарник, А.Б. Холмогорова, В.П. Критская, Т.К. Мелешко, Ю.Ф. Поляков, др.). К сожалению, в дальнейшем эти работы были прерваны на длительный период, и сейчас настало время продолжить исследования. В то же время, продолжение исследований должно опираться на уже накопленный багаж знаний, эмпирических данных и концептуализаций, в том числе

представляемых мировым научным сообществом, при адекватной теоретической и методологической оценке работ, выполненных в другой традиции.

И как показывает анализ, такого рода интегрирующие работы появляются в области исследования социальной компетентности больных шизофренией (Левикова Е.В.), изучения эмоционального интеллекта (ЭИ) при психопатологических состояниях (Тхостов А.Ш., Плужников И.В.), нарушений ТоМ при расстройствах аутистического спектра (Лебедева Е.И., Прусакова О.А.). Весьма интересные теоретические разработки в области СИ и ЭИ проводятся рядом отечественных авторов (Д.В.Ушаков, Д.В.Люсин, С.С.Белова и др.), не говоря уже о многочисленных эмпирических исследованиях СИ, проводимых на неклинических группах.

Методический инструментарий, используемый в различных исследованиях, столь широк и разнообразен, что позволяет новации, но требует и работы по валидации методик. Нам же хотелось бы подчеркнуть, что проведенные нами исследования показали не только наличие нарушений СИ при шизофрении, но столь значительную их выраженность, тотальность и независимость от клиники и динамики состояния, что идея об их трактовке как основы психопатологического диатеза ничуть не кажется нам чрезмерной. Для больных вследствие нарушений критичности неприменимы опросниковые методы оценки СИ, поэтому мы используем методические приемы по типу проблемных ситуаций, задач, связанных с необходимостью оценки социальных стимулов, их интерпретации, прогнозирования развития событий, а также внешнюю, экспертную оценку СИ пациентов. Также мы использует показатель социальной ангедонии, измеряемый с помощью теста-опросника (или шкал самооценивания), отражающей нарушения мотивационной составляющей межличностного взаимодействия, которые всегда присутствуют при шизофрении. В итоге можно выйти на синдромальное описание состояния больного, где дефициты несоциального познания как правило много менее выражены и менее фатальны, чем СИ. Необходимость качественного анализа, учета личного отношения больного к стимульному материалу, наличие (или отсутствие) осознания ошибок, моделирование межличностного взаимодействия во время оценки СИ – это то, в чем мы видим точное следование традициям отечественной патопсихологии. Мы убеждены в необходимости и возможности интеграции в патопсихологический инструментарий концепта «социальный интеллект». Более того, в завершение сообщения отметим, что этот концепт, и диагностика его нарушений

представляется нам высоко эвристичным не только в клинике шизофрении. Сейчас можно найти работы на основе изучения нарушений социального интеллекта при наркологических заболеваниях (Сирота Н.А.), также мы видим перспективу таких исследований в экспертной практике.

### **Влияние хронического соматического заболевания гинекологического профиля на временную перспективу личности и методы его диагностики<sup>1</sup>**

Селин А.В., Сотников В.А.

КГМУ, Курск, Россия,

В современном мире проблема человека, находящегося в ситуации соматического заболевания (как острого, так и хронического), является не только медицинской, но также социальной и психологической. Увеличивающееся с каждым годом количество соматических заболеваний, обращает всё более пристальное внимание психологов к этой проблеме и тем изменениям в личностной организации, которые их сопровождают.

В ситуации хронического заболевания человек сталкивается с серьезной проблемой – осложнения в реализации собственного жизненного плана. Перед ним встает вопрос об адекватном отражении собственной личности, окружающего мира и своего места и роли в нем. В ситуации гинекологического заболевания происходит деформация четкой временной, жизненно-смысловой перспективы, заболевание «сужает свободу существования человека не только в настоящем, но и в перспективе будущего» [4]. Как правило, человек ориентирован в большей степени на настоящий момент и прошлое, и в меньшей степени на будущее.

В настоящее время проблема временной перспективы у больных с соматической патологией изучена недостаточно, хотя привлекает все большее внимание психологов, т.к. непосредственно связана с проблемой понимания личности и природы человека в целом.

Мы в своей работе делаем попытку эмпирически изучить особенности временной перспективы больных хронической соматической патологией гинекологического профиля.

Наше исследование проводится в области психологии временной организации личности [1, 3, 6, 8] и психологии телесности [2, 5, 9].

Центральной гипотезой выступило предположение о том что, хроническая соматическая патология изменяет временную перспективу. Для изучения

---

<sup>1</sup> Работа поддержана Грантом Президента РФ № МК- 4130.2011.6 «Структура и динамика жизненного пути личности в социальной ситуации тяжелого соматического заболевания (на примере кардиологической, гастроэнтерологической, гинекологической и онкологической патологии)»