



УДК 159.9 (075.8)

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

О. В. Рычкова
Н. А. Соина

*Белгородский
государственный
национальный
исследовательский
университет*

*e-mail:
rychkova@bsu.edu.ru
natalia.soina@yandex.ru*

Статья посвящена изучению нарушений эмоциональной сферы у больных шизофренией, проявлений социальной ангедонии с учетом клинической симптоматики. В статье представлен обзор различных теорий эмоций в психологии, включая современную модель «эмоционального интеллекта». Все большее внимание уделяется экспериментальному изучению патологии эмоциональной сферы, и данная работа следует указанной традиции. У больных шизофренией были выявлены значительные по интенсивности негативные эмоциональные переживания. Также были обнаружены дефициты социального познания, восприятия эмоций, запрет на выражение чувств; описан ряд связей, важных для понимания структуры нарушений эмоциональной сферы при шизофрении.

Ключевые слова: шизофрения, эмоциональный интеллект, социальная ангедония, депрессия, социальное познание, восприятие эмоций, запрет на выражение чувств.

На протяжении истории существования психологии как отдельной науки, одной из сложнейших проблем является психология эмоций. Реальность эмоциональной сферы, состоящая из переменчивых, всегда субъективных, крайне сложно измеряемых явлений, именуемых чувствами, эмоциями, переживаниями, плохо поддается описанию и систематизации. Попытки создания теории эмоций предпринимались неоднократно, причем авторами, стоящими на разных теоретических позициях. Первые концепции отчетливо абсолютизировали физиологический компонент эмоций, интерпретируя их в духе идеи Ч. Дарвина, а для него эмоции человека были рудиментами целесообразных приспособительных реакций животных, или У. Джемс и К. Г. Ланге, рассматривающих эмоции как следствие тех или иных фактически рефлекторных физиологических проявлений. В психоаналитической психологии З. Фрейд в качестве основного эмоционального переживания рассматривал аффект тревоги, выводимый им непосредственно из влечений (запретных, инстинктивных), и представляющий собой форму инстинктивной энергии. Такое сужение взгляда помешало психоанализу создать систематическую теорию аффектов, а понимание коммуникативного значения эмоций нашло отражение в психоаналитических разработках много позднее.

Важнейшим вкладом в психологию эмоций стали когнитивно-ориентированные теории эмоций как зарубежных (Arnold M., Pribram K., Schachter S., Lazarus, R.), так и отечественных авторов (П. В. Симонов). Наибольшее значение в этих моделях отводится процессам оценки и контроля, которые определяют знак эмоции. Роль эмоций в регуляции деятельности человека также зафиксирована в теоретических моделях - как признание эмоции в качестве актуального отражения потребности человека (С. Л. Рубинштейн), через отражение в эмоции смысла действия (А. Н. Леонтьев), признание их регулирующего или дезорганизирующего влияния (В. К. Вилюнас). Эвристичная идея о единстве интеллекта и аффекта сформулирована Л. С. Выготским, который говорил об «обобщении переживаний», «аффективном обобщении» или «логике чувств». Подчеркнем также, что у Л. С. Выготского умственные процессы, включая осознание переживаний («смысловое осознание»), то есть интеллектуализация чувств, проявляются в первую очередь во взаимодействии с людьми. Авторитетные западные исследователи также подчеркивают коммуникативные функции эмоций (К. Изард), их роль в межличностном взаимодействии и регуляторных процессах во внутреннем плане личности.



Логическим продолжением когнитивных теорий эмоций, представлений о некоем наборе операций, обеспечивающих эффективность оценки переживаний и успешную регуляцию своего эмоционального состояния, стала модель «эмоционального интеллекта». Эта модель имеет уже достаточную историю, формировалась постепенно на протяжении XX – XXI вв., начиная с обособленного рассмотрения эмоций и интеллекта, через понимание их связи, взаимовлияния, так или иначе отмечаемого многими авторами, до возникновения собственно данного понятия и его определения в качестве отдельного предмета психологического исследования. Родилось понятие «эмоциональный интеллект» в рамках модели более широкого концепта «социальный интеллект», предложенной P. Salovey, J. Mayer в 1990 г. (заметим, что понятие «социальный интеллект» известно психологии с 1920-х гг. XX в., с работ E. Thorndike, и также активно разрабатывается в современной психологии). Однако настоящую популярность и признание как предмета, достойного изучения, понятие «эмоциональный интеллект» приобрело с 1995 г., после выхода ставшей бестселлером одноименной книги D. Goleman. На сегодняшний день можно говорить об активных разработках с целью прояснения психологической сущности данного феномена, его соотнесения и разграничения с другими, более традиционными понятиями научной психологии, создания обобщающей концепции. Можно говорить о нескольких моделях эмоционального интеллекта, претендующих на статус интегративной и общепризнанной. Это модель автора концепта D. Goleman, который интерпретирует его как широкий набор компетенций и черт, необходимых для эффективного совладания и адаптации. Известной стала модель «эмоционально-социального интеллекта» R. Bar-On (3), которую иногда называют смешанной, поскольку автор рассматривает эмоциональный интеллект как широкий круг когнитивных, мотивационных, волевых, личностных черт, социальных умений и навыков, обеспечивающих адаптацию субъекта. Более признанной вследствие обоснованности и разработанности, равно как оснащенности измерительным инструментарием, является модель J. D. Mayer, P. Salovey, D. Caruso. Указанные авторы описывают (и измеряют) эмоциональный интеллект как ряд когнитивных способностей, ориентированных на переработку эмоциональной информации, выделяя способность воспринимать, понимать эмоции, использовать их для осуществления деятельности (как мышления, так и поведения), и сознательно управлять эмоциями.

Вопрос о том, почему шизофрения привлекла исследователей нарушений эмоционального интеллекта в последние годы, также требует своего освещения. Дело не только в высокой социальной значимости данного психического расстройства, обусловленной часто ранним началом болезненного процесса (шизофрения – болезнь молодых) и тяжелыми, несмотря на психофармакологическое лечение, социальными последствиями. Важнее другое – в психиатрии и клинической психологии идет постепенная смена модели самого шизофренического расстройства, с переходом от трактовки данного заболевания как имеющего сугубо биологическую основу, к пониманию психосоциальных механизмов развития расстройства, пусть даже и на эндогенно измененной почве. В связи со сменой биологической парадигмы на биопсихосоциальную, наиболее последовательно воплощаемую в диатез-стрессовой модели, правомерен отказ от фрагментированного описания изолированных дефектов у больных шизофренией, что ранее имело место как в феноменологически ориентированной психиатрии, сосредоточенной на описании симптомов и систематизации синдромов, так и в экспериментальной патопсихологии. Последняя всегда была более центрированной на изучении нарушений мыслительной сферы у больных, поскольку именно их полагали ядром патопсихологического шизофренического симптомокомплекса. В варианте отечественной патопсихологии это наиболее ярко отражено в подходе Ю. Ф. Полякова и его соавторов, описавших нарушения избирательности актуализации информации, в меньшей степени – в работах школы Б. В. Зейгарник, где нарушения мышления рассматривали в контексте личности больного. Необходим переход к пониманию заболевания в динамике, исходя из факторов, повышающих вероятность



развития психоза, и протективных факторов. И это касается как уже заболевших пациентов, так и имеющих высокий генетический риск. В этой связи роль эмоциональной жизни пациента, его способов реагирования на стресс и совладания с ним нельзя переоценить.

Зарубежные авторы (кроме психоаналитически ориентированных) также посвятили необозримое число работ изучению и описанию дефектов когнитивных процессов (часто именуемых «исполнительскими функциями»). Были описаны многочисленные дефициты познавательных процессов самых разных – от времени реакции, параметров внимания, памяти, интеллектуальных, регуляторных дефицитов. Что же касается нарушений эмоциональной сферы у больных шизофренией, они также нашли свое отражение в работах в первую очередь клинических, поскольку нельзя не заметить проявления сопутствующей основному заболеванию депрессии, равно как признаков оскудения, уплощения, своеобразия эмоциональной жизни больных шизофренией. Но изучение этих феноменов клиницистами всегда носило тенденциозный характер: они интерпретировались только как вторичные в структуре основного синдрома (галлюцинаторного, бредового, кататонического или иных), сопутствующие, а иногда и медикаментозно обусловленные, самостоятельного значения фактически не имели.

Постепенно, в связи со сменой представлений о генезе шизофрении, особую роль приобрели дефициты, связанные не просто с познавательными процессами, но именно с познанием объектов социального мира: нарушения восприятия социальных стимулов, социальной компетентности, коммуникативных навыков, всего того, что препятствует адаптации. Нарушения социального познания перестали рассматриваться как часть более общего дефицита когнитивных способностей, но стали интерпретироваться как отдельный, особый вид нарушений, значимый для понимания шизофренического дефекта (P. W. Corrigan, D. L. Penn). Сложилось целое направление исследований, использующее для описания нарушений социального познания у больных шизофренией ряд моделей. В контексте темы настоящей статьи особое значение имеют исследования нарушений восприятия лицевой экспрессии, эмоций, как собственных, так и других лиц (Е. И. Елигулашвили, Д. Н. Хломов, Н. С. Курек, Н. Г. Гаранян, D. L. Penn, P. W. Corrigan, D. Combs, S. Mohamed, др.), автобиографической памяти, как тесно связанной с эмоциональным опытом и его переработкой, и потому претендующей на статус механизма, обуславливающего дефициты социального взаимодействия (S. Blairy, A. Neumann, F. Nutthals, L. Pierret), нарушения «прагматики речи», затрудняющие построения социального взаимодействия больными шизофренией (W. I. Fraser, K. M. King, P. Thomas, R. E. Kendell, R. Goldfarb, J. Eisenson). Термин «social cognition» (социальная когниция) приобрел широкое звучание и стал повсеместно использоваться для описания дефицитов и проблем больных шизофренией.

Именно в этом контексте все более широкую известность приобретает модель «эмоционального интеллекта», как соединяющая воедино когнитивные процессы, обслуживающие социальное познание и параметры эмоциональности. Эта модель привлекает четкостью, удивительной в такой плохо структурируемой области психологических феноменов, которой являются эмоции, чувства. Исследования эмоционального интеллекта при психопатологических состояниях только начались, но уже ведутся как за рубежом, так и в нашей стране (А. Ш. Тхостов, И. В. Плужников, С. D. Frith, T. A. Russell, K. Rubia, R. Bar-On, др.), хотя число работ невелико.

Как видно из краткого обзора, эмоциональный интеллект представляет собой способность к опознанию, пониманию эмоций и управлению ими, причем имеются в виду как собственные эмоции субъекта, так и эмоции других людей – распознавание и понимание их необходимо для успешного социального взаимодействия. Поэтому мы решили в качестве основных исследуемых аспектов эмоционального интеллекта на исследуемой нами выборке изучить, во-первых, способность адекватно проявлять свои чувства (*экспрессивный компонент эмоционального интеллекта*), что



дает возможность человеку донести до других информацию о своем состоянии, отношении, потребностях, а также научиться самому более полно осознавать свои эмоциональные состояния и управлять ими; во-вторых, способность определять эмоции других людей (**импрессивный компонент эмоционального интеллекта**) по различным проявлениям невербального поведения – выражению лица, взгляду, позе и жесту, – на чем базируется возможность правильно реагировать на эмоциональные состояния других людей и учиться изменять их, меняя свое поведение.

Проведенный анализ литературы позволил сформулировать ряд **гипотез**:

1. Нарушения эмоциональной сферы у больных шизофренией представлены широко и включают такие составляющие как проявления депрессии, тревоги, враждебности, социальной ангедонии;

2. У больных шизофренией значительно страдает эмоциональный интеллект как группа способностей, обеспечивающих распознавание эмоций – собственных и других людей, и регуляцию своего эмоционального состояния;

3. Весомым фактором стабилизации нарушений эмоциональной сферы больных является социальная ангедония как мотивационная установка, препятствующая социальному взаимодействию.

Целью проведенного исследования стало выявление нарушений эмоциональной сферы у больных шизофренией и индекорреляций внутри этих нарушений для проверки заявленных гипотез.

Материал и методы исследования:

Выборка включала 60 человек (30 мужчин, 30 женщин) больных шизофренией, находящихся в состоянии ремиссии, в возрасте от 20 до 55 лет. Критерием включения являлся установленный врачами-психиатрами диагноз «Шизофрения, параноидная форма», критерием исключения – наличие психотического состояния, диагностических сомнений. В качестве группы сравнения мы обследовали группу психически здоровых испытуемых (30 человек: 15 мужчин, 15 женщин), не имевших существенных отличий от больных по возрасту. Исследование проводилось на базе филиала № 5 МСЭ по г. Белгороду.

В исследовании нами использовались следующие группы методик:

1. Для оценки психопатологической симптоматики – Шкала позитивной и негативной симптоматики PANSS (оценка проводилась клиницистом);

2. Для квалификации параметров эмоционального состояния больных: Шкала депрессии (А. Бек), Шкала тревоги (А. Бек), Шкала оценки уровня социальной ангедонии (M. L. Eckblad, L. J. Chapman, J. P. Chapman, M. Mishlove), Проективный тест враждебности (А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян);

3. Для выявления нарушений эмоционального интеллекта: Опросник «Запрет на выражение чувств» (В. К. Зарецкий, А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян), методики Н. С. Курека «Распознавание эмоций» (стимульный материал – лицо человека, переживающего определенную эмоцию) и «Поза и жест» (эмоции должны распознаваться по выразительному жесту); «Тест глаз» (S. Baron-Cohen).

Статистическая обработка эмпирических данных проводилась путем сравнительного, корреляционного, кластерного и факторного анализа. Использовались программы: Microsoft Office Excel, Stadia, SPSS.

Результаты исследования:

Начальным этапом оценки результатов стал анализ психопатологического состояния больных исследованной группы. На основе усредненных показателей по субшкалам PANSS можно видеть, что позитивная симптоматика у больных исследованной группы присутствует в минимальной степени, поскольку суммарный показатель по «Шкале позитивных симптомов» чуть превышает 11 баллов. Это понятно, поскольку больные обследованы в состоянии ремиссии, многие принимают поддерживающую психофармакотерапию, признаков обострения симптоматики никто из них не обнаруживал. По «Шкале негативных симптомов» показатель выше – 20, 2 балла, причем повышение достигается в основном за счет субшкал Н1 («Притупленный аффект») и



Н6 («Нарушения спонтанности и плавности речи»), где средние значения достигают 3 баллов, субшкал Н2 («Эмоциональная отгороженность») и Н3 («Трудности в общении») - соответственно 2,5 балла. По «Шкале общепатологических симптомов» показатель довольно высокий – около 57 баллов, и повышение достигается за счет таких субшкал как О6 («Депрессия»), О7 («Моторная заторможенность»), О11 («Нарушения внимания»), О12 («Снижение критичности к своему состоянию»), О13 («Расстройство воли»), О15 («Загруженность психическими переживаниями»), О16 («Активная социальная устраненность»), усредненные значения по которым около 3 баллов. Приведенные данные свидетельствуют о значительном фоновом клиническом неблагополучии больных исследованной группы, хотя параметры не выходят за пределы обычных для данного заболевания значений. Содержательный анализ указанных шкал позволяет оценить пациентов исследованной группы как замкнутых, отстраненных от окружающего, в том числе – от социальной жизни, избегающих общения, которое тяготит их, с устойчиво сниженным настроением. При этом свои проблемы, собственную измененность больные осознают недостаточно, критика снижена.

Проведем более детальный анализ состояния эмоциональной сферы с использованием Шкалы депрессии и Шкалы тревоги А. Бека (табл.1).

Таблица 1

Усредненные показатели эмоционального состояния больных шизофренией исследованной группы

Испытуемые	Показатель по Шкале депрессии	Показатель по Шкале тревоги
<i>Больные</i>	<i>28,63±11,8**</i>	<i>19±11,66**</i>
<i>Здоровые</i>	<i>3,23±1,85</i>	<i>5,97±8,16</i>

*** степень достоверности различий по U-критерия Манна-Уитни $p < 0,01$.*

При статистическом сравнении уровня тревоги и депрессии больных и здоровых людей были обнаружены существенные различия: эмоциональное состояние больных шизофренией характеризуется резким повышением измеряемых параметров, за которым стоит преобладание негативных переживаний в виде чувства потери энергии, безрадостности, утраты прежних интересов, утомляемости, раздражительности, безнадежности, с пессимистической оценкой перспектив. Также больные часто испытывают беспокойство, неспособность расслабиться, ощущение страха или даже ужаса перед окружающим миром. Наши данные подтверждают как приведенные выше показатели по общепатологическим шкалам, так и данные клинических наблюдений, свидетельствующих об эмоциональном неблагополучии больных шизофренией.

На следующем этапе мы изучили показатели Шкалы социальной ангедонии. Эта практически не применяемая в отечественных исследованиях методика определяет готовность (а в случае нашей выборки, неготовность) получать удовольствие от общения с другими людьми. Концепция социальной ангедонии как основного предиктора психоза (в том числе шизофренического) была предложена довольно давно (Meehl P. E., Rado S.), и, как любая односторонняя концепция, впоследствии отвергнута. Однако на наш взгляд, вместе с водой выплеснули и ребенка, поскольку идея невозможности получения больными шизофренией удовольствия от общения с другими людьми прекрасно дополняет модель шизофрении, основанную на констатации дефицита социальных навыков и социального познания. Социальная ангедония здесь выполняет роль мотивационной составляющей нарушенной деятельности межличностного общения, находится в круговой каузальной связи с иными социальными дефицитами. Расшифровать кольцевую причинность в данном случае можно так: ситуация неуспеха в межличностных отношениях, обусловленного дефицитами социального познания, препятствует построению больными удовлетворяющих их отношений и приводит к переживанию неудовольствия (социальной ангедонии), что, в свою очередь, ведет к отказу от общения, и лишает возможности получения больными нового



опыта, совершенствованию своих социальных навыков, и вновь ведет к неудаче. Именно поэтому мы сочли необходимым изучить параметр социальной ангедонии и его связи с другими нарушениями эмоциональной сферы у больных.

Приведенные ниже данные (табл. 2) свидетельствуют о том, что у больных резко повышен уровень социальной ангедонии и довольно заметно повышены показатели по проективному тесту враждебности. Использованный нами тест, основанный на проективной процедуре и потому относительно свободный от искажений, позволяет определить вклад в показатель враждебности таких параметров как видение других людей как «склонных возвышаться за счет принижения окружающих» (фактор 1), как приписывание другим «презрения к слабости» (фактор 2), и как «холодных и равнодушных» (фактор 3). Полученные на выборке больных результаты очевидно свидетельствуют о наличии у больных приписываний всех трех типов характеристик, что предопределяет значительные искажения в мотивации межличностного взаимодействия – с фактически неизбежным отказом от него.

Таблица 2

Показатели социальной ангедонии и враждебности больных шизофренией

Испытуемые	Данные «Проективного теста враждебности»			Показатель шкалы «Социальная ангедония»
	1 фактор	2 фактор	3 фактор	
Больные	45,75* ± 19,62	56,78** ± 17,71	57,83* ± 14,63	23,75 ± 8**
Здоровые	27,27 ± 11,83	47,77 ± 10,52	41,43 ± 11,2	4,87 ± 1,98

** степень достоверности различий по U-критерия Манна-Уитни $p < 0,01$.

* степень достоверности различий по U-критерия Манна-Уитни $p < 0,05$.

В рамках нашей работы был проведен анализ импрессивного компонента эмоционального интеллекта – по данным трех тестов, направленных на оценку способности распознавать эмоции другого человека. Ниже (табл. 3) мы видим не просто плохие, но катастрофически плохие результаты по всем использованным методикам, что свидетельствует о резком снижении способности больных определять эмоциональное состояние партнера по общению. Качественный анализ данных (не приведен в статье подробно) показал, что наибольшие затруднения вызывает распознавание таких негативных чувств, как страх, презрение, гнев, и гораздо меньше ошибок больные допускают при распознавании радости. Аналогичные по сути, но еще более низкие показатели были получены у больных при решении задачи распознавания эмоций по позе и жесту. Здесь повсеместно отмечались затруднения, отказы от ответов, использование описательных формулировок и неэмоциональных суждений, типичное для больных по данным ранее проведенных исследований. «Тест глаз» как оригинальная, ранее не апробированная на российской выборке методика, отличается более широким набором предложенных для распознавания чувств, но результаты ее аналогичны, и число верно распознанных пациентами, больными шизофренией, эмоций крайне мало.

Таблица 3

Показатели импрессивного компонента эмоционального интеллекта у больных шизофренией

Испытуемые	«Распознавание эмоций»	«Поза и жест»	«Тест глаз»
Больные	7 ± 3,03**	4,85 ± 3,21**	10,7 ± 6**
Здоровые	14,7 ± 2	14,43 ± 1,7	24,6 ± 3,08

** степень достоверности различий по U-критерия Манна-Уитни $p < 0,01$.

* степень достоверности различий по U-критерия Манна-Уитни $p < 0,05$.



Экспрессивный компонент эмоционального интеллекта оценивался нами на основе методики, измеряющей запрет на выражение чувств, поскольку очевидно, что чем более отчетливо выражен запрет, тем менее вероятным будет как спонтанное, непосредственное, так и произвольное выражение эмоций. Данные по тесту ЗВЧ (табл. 4) демонстрируют выраженный, в части случаев почти предельный запрет на выражение базовых эмоций, особенно гнева, страха и печали, а также общий запрет на выражение чувств.

Таблица 4

**Показатели экспрессивного компонента эмоционального интеллекта
больных шизофренией**

Испытуемые	Запрет на выражение отдельных эмоций				Общий запрет
	Печаль	Радость	Гнев	Страх	
<i>Больные</i>	2,16** ± 0,65	1,9 ± 0,8	2,47** ± 0,59	2,27** ± 0,58	1,81* ± 0,68
<i>Здоровые</i>	1,8 ± 0,73	1,59 ± 0,72	1,72 ± 0,47	1,83 ± 0,5	1,75 ± 0,63

** степень достоверности различий по U-критерия Манна-Уитни $p < 0,01$.

* степень достоверности различий по U-критерия Манна-Уитни $p < 0,05$.

Мы полагаем необходимым проинтерпретировать приведенные в таблице результаты следующим образом. Запрет на выражение гнева отражает, на наш взгляд, боязнь больными собственных агрессивных импульсов, своей враждебности и ее разрушительных последствий, в том числе – в виде ответной агрессии, осуждения со стороны окружающих. Также высок уровень запрета на выражение страха, который расценивается больными как проявление слабости, неуверенности, возможно – свидетельство психической патологии. Если учесть удельный вес переживаний страха и смежной с ним тревоги в психическом состоянии больных, то данный запрет представляется еще более фатальным по своим последствиям. Наименьшим оказался уровень запрета на выражение радости как положительной эмоции, проявление которой достаточно безопасно и не влечет за собой негативных последствий. Относительно невысокий показатель общего запрета на выражение чувств при измерении с помощью данной методики не является результирующей других показателей, но зависит от признания того, что эмоции в целом вредят здоровью, затрудняют общение и мешают продуктивной деятельности. Больные не склонны соглашаться с этими высказываниями, что еще раз подтверждает значимость для них эмоциональной сферы.

Возвращаясь к данным по частным эмоциям и запрету на их выражение, отметим, что отчуждение большого пласта своих генуинных, внутренних переживаний, отрицание их не могут не сказываться на психическом состоянии больных, порождая дискомфорт, растерянность из-за невозможности точного осознания собственного состояния, а в тяжелых случаях – симптомы деперсонализации. Кроме того, запрет на выражение чувств не дает возможности справляться с ними, перерабатывать и отреагировать эмоции, что приводит к эффекту кумуляции, особенно негативных переживаний, запрет на выражение которых выше. Тем самым вновь ухудшается эмоциональное состояние больных, стабилизируются и хронифицируются нарушения эмоциональной сферы.

На следующем этапе анализа полученных данных мы оценили значимость корреляционных связей между измеряемыми параметрами, используя коэффициент ранговой корреляции Спирмена (поскольку данные использованных шкал не являются нормализованными). Были выявлены многочисленные значимые связи между показателями, характеризующими эмоциональное состояние больных (ангедонией, депрессией, тревогой), шкалами психопатологических симптомов, а также отдельных параметров эмоционального интеллекта. С целью интеграции корреляционных связей мы осуществили факторный анализ, позволивший выделить четыре основных по на-



грузке фактора. Это дало нам возможность выделить основные группы параметров нарушения эмоциональной сферы у больных шизофренией, объединенных отдельными факторами, и выявить наиболее значимые для каждой группы показатели.

Группа параметров, объединенных влиянием **первого фактора**, включает в себя показатели распознавания всех видов эмоций, оказавшиеся тесно связанными между собой, что логично, поскольку они отражают одну способность – к перцепции социальных эмоциональных стимулов. Однако еще интереснее то, что в данный фактор с отрицательным знаком и максимальным значением вошел параметр социальной ангедонии (-0,639). Этот факт доказывает, что точность распознавания эмоций других людей по мимическим и пантомимическим проявлениям снижается у больных шизофренией по мере повышения уровня социальной ангедонии. Поэтому мы условно назвали данную группу параметров «Социальная ангедония как фактор нарушения эмоционального интеллекта», и роль социальной ангедонии как мотивационной составляющей нарушенной деятельности межличностного общения также нашла свое подтверждение. Справедливости ради скажем, что кроме социальной ангедонии в данный фактор с отрицательным знаком вошли показатели клинического неблагополучия больных (шкалы общепсихопатологических (-0,52) и негативных (-0,48) симптомов) и депрессии (-0,469). Однако для нас роль социальной ангедонии имеет особое значение, и в том, что ее повышению сопутствуют депрессия и нарастание негативной симптоматики противоречия мы не видим. В отношении содержательных связей перцептивных способностей больных и социальной ангедонии можно указать на данное выше пояснение о кольцевых закономерностях или «порочном круге», где каждый компонент состояния усиливает и стабилизирует иные составляющие, хронифицируя патологические феномены (в данном случае социальная ангедония, депрессия препятствуют осуществлению деятельности и совершенствованию навыков социальной перцепции эмоционального состояния).

Второй фактор объединил практически все составляющие экспрессивного компонента эмоционального интеллекта, и запрет на выражение основных эмоций, включая общий запрет (0,727), оказались связаны значимыми корреляционными связями. Также в данную группу параметров вошли показатели депрессии (0,332) и тревоги (0,576), что дало нам возможность условно назвать ее «Нарушения экспрессивного компонента эмоционального интеллекта вследствие аффективных расстройств». Исходя из анализа составляющих данной группы параметров, можно утверждать, что больные вследствие высокого уровня тревоги склонны воспринимать большинство ситуаций как угрожающие, что вновь ведет к повышенной настороженности и замкнутости в общении. Депрессивные переживания, во многом связанные с собственным болезненным состоянием, а также опытом прошлых неудач в межличностном взаимодействии, также способствуют повышению запрета на выражение разных видов эмоций, в частности, страха и гнева. При анализе составляющих данной группы стоит заметить, что тревожно-депрессивные состояния, способствующие нарушению экспрессивного компонента эмоционального интеллекта, и сами усугубляются по мере усилению запрета на выражение чувств, так как больные, боясь выразить через проявление чувств свое отношение к происходящему, теряют возможность отреагировать собственные эмоции, повлиять на поведение окружающих и изменить ситуацию.

Следует отметить, выделение первого фактора, объединившего практически все показатели распознавания эмоций, и второго фактора, влияющего на все показатели запрета на выражение чувств, подтверждает правомерность предложенной нами модели эмоционального интеллекта, включающей его импрессивный и экспрессивный компоненты.

Третий фактор обуславливает группу «Клинической симптоматики», состоящей из связанных между собой психопатологических симптомов разных групп, которые характеризуют общее клиническое неблагополучие больных исследуемой выборки. Клинические симптомы также связаны положительной корреляционной связью



с распознаванием эмоции страдания (0,392), что вполне объяснимо восприятием больными своего состояния как болезненного, неприятного, и отрицательно связано с видением окружающих как «презирающих слабость» (один из показателей Теста враждебности (-0,453)). Полагаем, что больные, переживающие клиническое неблагополучие как собственную слабость и беспомощность, легче распознают страдания другого человека, и в меньшей степени боятся презрения других людей по отношению к себе. Можно предполагать возрастание готовности принимать помощь других людей по мере ухудшения клинического состояния, и болезнь может иметь некое коммуникативное значение для наших пациентов, становится определенным «мостиком» между ними и другими людьми. Положительное значение такой роли клинической симптоматики вызывает сомнения.

Но значение третьего фактора мы видим еще и в относительной независимости параметров эмоционального интеллекта от клинической картины основного заболевания. Установленная в исследовании независимость подтверждает для нас невозможность понимания состояния больного и оценку его проблем только на основании клинических характеристик, требует учета собственно психологических составляющих дефицита различных составляющих эмоциональной сферы. Фактически это требует иной организации помощи больным, с опорой на обязательную психологическую, психотерапевтическую поддержку, которые не могут быть заменены психофармакотерапией, поскольку имеют различные по сути мишени воздействия.

Под влиянием **четвертого фактора** оказались отдельные параметры эмоционального интеллекта, характеризующие распознавание негативных эмоций – гнева (0,632), презрения (0,482), показатели социальной ангедонии (0,341), депрессии (0,51), два фактора теста враждебности («видение других людей как «доминантных и завистливых»» (0,449) и «видение других людей как «холодных и равнодушных»» (0,444)), а также суммарный показатель общих психопатологических симптомов (0,322). Поскольку все перечисленные показатели связаны положительной корреляцией, можно видеть, что улучшение распознавания негативных эмоций других лиц, безусловно не доставляющее больным удовольствия, обязательно будет сопровождаться нарастанием социальной ангедонии, видением окружающим как «холодных и равнодушных», «доминантных и завистливых». Также этому будут сопутствовать экзацербация клинических симптомов, включая депрессию. Эти данные видятся нам интересными по двум причинам. Во-первых, это подтверждает большую роль связанного с межличностными отношениями стресса в ухудшении клинического состояния больных. Во-вторых, роль клинической симптоматики здесь может быть истолкована особым образом – как защитного маневра, призванного ухудшить восприятия социальной информации, травмирующей пациента. Мы полагаем поэтому возможным назвать обусловленную четвертым фактором группу показателей «Клинические симптомы как защита от негативных переживаний», и данная функция относится по крайней мере к части выявленных у больных симптомов из числа общепсихопатологических. Понимая полемический характер сделанного утверждения, отметим, что уточнение и детализация его требует дальнейших исследований.

Выводы

1. У больных шизофренией по сравнению со здоровыми испытуемыми наблюдаются значительные повышения показателей по шкалам тревоги, депрессии, враждебности и выраженные проявления социальной ангедонии. Данные показатели связаны корреляционными связями между собой, отражают глобальный испытываемый больными эмоциональный дискомфорт, причастны к его хронификации, способствуют отказу больных от активного социального взаимодействия;

2. У больных параноидной шизофренией выявлены резко выраженные нарушения импрессивного компонента эмоционального интеллекта, представленные за-



трудностями в распознавании эмоций других людей по мимическим и пантомимическим проявлениям;

3. Для больных шизофренией характерны высокие показатели по методике «Запрет на выражение чувств», особенно часто наблюдается запрет на выражение эмоций отрицательного спектра, что свидетельствует о нарушении экспрессивного компонента эмоционального интеллекта;

4. Снижение показателей эмоционального интеллекта у больных параноидной шизофренией имеет связь с отдельными клиническими проявлениями болезни, в частности, с позитивными симптомами (подозрительность, враждебность), негативными симптомами (притупленный аффект, эмоциональная отгороженность, малоCONTACTность, пассивно-апатическая социальная отгороженность), общими психопатологическими проявлениями (тревога, вина, напряженность, депрессия);

5. Тревожно-депрессивные состояния, выявленные у исследованных пациентов, и часто трактуемые как клинические проявления болезни, в большей степени связаны с нарушениями эмоционального интеллекта и сопутствующей им социальной неуспешностью больных. Такой подход к пониманию генеза нарушений требует обязательного психологического сопровождения медикаментозного ведения больных, использования специализированных психокоррекционных вмешательств;

6. Изучение нарушений эмоционального интеллекта и анализ их связей с клинико-психологическими параметрами исследуемой группы является адекватным способом описания нарушений эмоциональной сферы больных шизофренией и дает возможность расшифровать механизмы стабилизации нарушений эмоциональной сферы.

Список литературы

1. Андреева И. Н. Об истории развития понятия «эмоциональный интеллект» // И. Н. Андреева. Вопросы психологии, № 5. – М, 2008 – С. 14 – 19.
2. Плужников И. В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах. Авт. дисс ... к. псих.н., М., 2010 – 34 с.
3. Bar-On R. Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i). In R. Bar-On and J. D. A. Parker (Eds.), Handbook of emotional intelligence. San Francisco: Jossey-Bass.
4. Corrigan P. W., Penn, D. L. (Eds.). «Social Cognition and Schizophrenia». – Washington: APA, 2001 – 332 p.
5. Goleman D. Emotional intelligence. New York: Bantam Books. 1995
6. Mayer J. D., Salovey P., Caruso D. Models of emotional intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), Handbook of intelligence. Cambridge, UK: Cambridge University Press. 2000.
7. Meehl P. E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. American Psychologist, 1962, 17, – P. 827 – 838.
8. Rado S. Psychoanalysis of behavior: The collected papers of Sandor Rado (Vol. 2). New York: Grune and Stratton. 1962.

EMOTIONAL INTELLIGENCE IN SCHIZOPHRENIA

O. V. Rychkova
N. A. Soina

*Belgorod National
Research University*

*e-mail:
rychkova@bsu.edu.ru
natalia.soina@yandex.ru*

This article is devoted to investigation of emotional symptoms and social anhedonia in the clinical context. The article describes the most important theories of emotion including modern concept of “emotional intelligence”. Growing attention is paid to investigation of the emotional experience in laboratory settings, and the study follows this tradition. Schizophrenia subjects experienced more intense and more variable negative emotions than controls. Our findings suggest that patients with schizophrenia have social cognitive deficits, difficulties in perception of emotions and high level blocking of emotions. Finally, analyses of results suggested the possibility of a shift in the structure of emotional diseases in schizophrenia.

Key words: schizophrenia, emotional intelligence, social anhedonia, depression, social cognition, perception of emotions, blocking of emotions.