

English version: [Levikova E.V. Social competence in adolescents with schizophrenia. Part 2: An empirical study](#)

Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова, Москва, Россия

[Сведения об авторе](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Исследуются факторы нарушения успешного социального функционирования у подростков, больных шизофренией. Анализируются понятия «социальный интеллект» и «социальная компетентность». Представлены результаты изучения особенностей социальной компетентности подростков, больных шизофренией; сравнительного исследования социального интеллекта и социальных навыков подростков, больных шизофренией, и подростков, обучающихся в массовых школах, не имеющих психических заболеваний. Выделены и описаны основные мишени психотерапии и психокоррекции нарушения социальной адаптации у больных шизофренией.

Ключевые слова: социальная компетентность, социальный интеллект, социальные навыки, психически больной, подросток, шизофрения

## Постановка проблемы

По мнению многих авторов, основной причиной нарушения общения у больных шизофренией является дефицит в звене мотивации, приводящий к существенному снижению коммуникативных способностей и навыков. С целью изучения особенностей социального функционирования больных шизофренией подростков нами было проведено эмпирическое исследование их социальной компетентности.

Под социальной компетентностью нами понимается способность индивида эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений. Для этого требуется умение правильно ориентироваться в социальных ситуациях; правильно оценивать личностные особенности и эмоциональные состояния других людей и выбирать адекватные способы обращения с ними. Проанализировав литературные данные, мы предложили теоретическую модель социальной компетентности, в состав которой входят: социальный интеллект, социальные навыки, а также свойственный человеку паттерн поведения в ситуации межличностного общения.

В данной работе описываются результаты сравнительного анализа социальной компетентности психически здоровых и больных шизофренией подростков. Проверялась гипотеза о связи уровня социальной компетентности и успешности социального функционирования у подростков, больных шизофренией.

## Организация и методы исследования

Всего в исследовании приняло участие 92 подростка в возрасте от 13 до 16 лет. В экспериментальную группу вошли 30 подростков с диагнозом «шизофрения» (15 мальчиков и 15 девочек), находящиеся на лечении в психиатрических больницах N 6 и N 15 г. Москвы (3, 4, 10 и 12-е отделения). Все подростки обучались в средней школе, но многие из них испытывали трудности либо в обучении, либо в адаптации к школьной жизни и в общении с одноклассниками. Контрольную группу составили 62 здоровых подростка (44 мальчика и 18 девочек), не имеющих психических заболеваний и обучающихся в старших классах средней школы N 1230 и в СДЮШОР N 1 Центра образования «Спарта» г. Москвы.

Психически здоровые (далее – «здоровые») и больные шизофренией подростки были разбиты на подгруппы в зависимости от пола:

- группа 1 – здоровые девочки (нормативная группа),
- группа 2 - больные шизофренией девочки (клиническая группа),
- группа 3 – здоровые мальчики (нормативная группа),
- группа 4 - больные шизофренией мальчики (клиническая группа)

Обследование подростков из клинической группы проводилось индивидуально, а в нормативной группе стимульный материал предъявлялся во время учебных занятий с помощью персонального компьютера и проектора с использованием программы MS Power Point.

Использовались две методики, позволяющие охарактеризовать основные составляющие социальной компетентности: социальный интеллект и уровень сформированности социальных навыков. Это Опросник социальных навыков А.Гольдштейна и Тест социального интеллекта Гилфорда–Салливена.

1. Опросник социальных навыков А.Гольдштейна (A.P.Goldstein) [Казьмина, 1997] позволяет за короткое время определить уровень сформированности социальных навыков и оценить, какие навыки являются для испытуемого наиболее простыми, а какие – наиболее сложными. Материалом служит список из 37 утверждений, описывающих основные навыки социального поведения. Испытуемому дается список утверждений и специальный бланк, в котором он должен отметить, как часто ему удастся успешно применить тот или иной социальный навык: никогда, редко, иногда, часто или всегда.

Опросник включает в себя две серии. В первой серии испытуемый должен оценить, насколько ему самому удаются эти навыки. Ему дается следующая инструкция: «Сейчас Вам будет представлен ряд утверждений, связанных с навыками, которые человек использует в повседневной жизни. Отметьте кружком, в какой степени Вам удаются указанные навыки. Отвечайте, не задумываясь надолго, поскольку правильных и неправильных ответов нет». Во второй серии дается следующая инструкция: «Теперь постарайтесь так же ответить, какие из навыков удаются Вашим сверстникам». Таким образом, испытуемый оценивает те же самые навыки, которые

теперь применяются его сверстниками.

Далее ведется обработка полученных результатов: определяется среднее арифметическое оценок успешности социальных навыков для себя. Ответам приписываются значения от 1 до 5 баллов в зависимости от характера ответа (никогда – 1 балл, редко – 2 балла, иногда – 3 балла, часто – 4 балла, всегда – 5 баллов). Нормативная зона среднего арифметического для этого показателя, то есть зона, куда попадает большинство ответов здоровых испытуемых – . Зоны незначительных отклонений – , ; , – зоны заметных отклонений; , – зоны чрезвычайных отклонений.

Аналогично определяется среднее арифметическое по уровню сформированности социальных навыков сверстников. Нормативная зона среднего арифметического для этого показателя – . Зоны отклонений аналогичны предыдущим.

Отметим, что не во всех случаях полученные данные могут считаться достоверными и подлежат обработке. Например, возможен вариант ухода от выполнения задания путем фиксации в бланке одной произвольно выбранной отметки. Не подлежат также анализу бланки, в которых более девяти высших или низших оценок, так как в этом случае речь может идти о неадекватном восприятии собственного социального поведения или социального поведения окружающих [Казьмина, 1997].

2. Тест социального интеллекта Дж.Гилфорда–М.Салливена (G.Gilford, M.Sullivan) [Михайлова, 1996] рассчитан на весь возрастной диапазон, начиная с 9 лет. Стимульный материал представляет собой набор из 4 тестовых тетрадей. Из них 3 субтеста составлены на невербальном стимульном материале, а один субтест – на вербальном. Каждый субтест содержит от 12 до 15 заданий. Время проведения субтестов ограничено. В зависимости от целей исследования методика допускает как проведение полной батареи, так и использование отдельных субтестов. Возможен индивидуальный и групповой варианты тестирования. При использовании полного варианта методики субтесты предъявляются в порядке их нумерации. Вместе с тем эти рекомендации авторов методики не являются непреложными. Каждый субтест включает разобранный пример выполнения задания, подробную инструкцию и стимульный материал.

Субтест 1 «Истории с завершением». В субтесте используются сцены с персонажем комиксов Барни и его близкими (женой, сыном, друзьями). Каждая история основывается на первой картинке, изображающей действия персонажей в определенной ситуации. Испытуемый должен найти среди трех других картинок ту, которая показывает, что должно произойти после ситуации, изображенной на первой картинке, принимая во внимание чувства и намерения действующих лиц. Данный субтест измеряет фактор познания результатов поведения (СВІ), то есть способность предвидеть последствия поведения персонажей в определенной ситуации, предсказать то, что произойдет в дальнейшем. Фактор СВІ измеряется с весом 0,55 без значимого дополнительного веса по другим факторам.

Субтест 2 «Группы экспрессий». Стимульный материал субтеста представляет собой картинки, изображающие невербальную экспрессию: мимику, позы, жесты. Три

картинки, расположенные слева, всегда выражают одинаковые чувства, мысли, состояния человека. Испытуемый должен среди четырех картинок, расположенных справа, найти ту, которая выражает такие же чувства, мысли, состояния человека, что и картинки слева. Субтест измеряет фактор познания классов поведения (СВС), а именно способность к логическому обобщению, выделению общих существенных признаков в различных невербальных реакциях человека. Фактор СВС измеряется с весом 0,59 без значимого дополнительного веса по другим факторам.

Субтест 3 «Вербальная экспрессия». В каждом задании субтеста предъявляется фраза, которую один человек говорит другому в определенной ситуации. Испытуемый должен среди трех других заданных ситуаций обобщения найти ту, в которой данная фраза приобретает другое значение, будет произнесена с другим намерением. Субтест измеряет фактор познания преобразования поведения (СВТ), а именно способность понимать изменение значения сходных вербальных реакций человека в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации. Фактор СВТ измеряется с весом 0,51. Кроме этого, субтест имеет дополнительную нагрузку по фактору СБР (познание отношений поведения) с весом 0,34. Это объясняется тем, что все задания предполагают понимание взаимоотношений людей в парах.

Субтест 4 «Истории с дополнением». В данном субтесте появляются персонажи комикса «Фердинанд», включенные в семейные, деловые и дружеские контакты. Каждая история состоит из четырех картинок, причем одна из них всегда пропущена. Испытуемый должен понять логику развития, сюжет истории и среди четырех других картинок, предлагаемых для ответа, найти пропущенную.

Субтест измеряет фактор познания систем поведения (СБС), то есть способность понимать логику развития ситуаций взаимодействия, значение поведения людей в этих ситуациях. Фактор СБС измеряется с весом 0,52. Кроме этого, субтест имеет дополнительные нагрузки по фактору СБУ (познание элементов поведения) с весом 0,41 и фактору СБИ (познание результатов поведения) с весом 0,35. Таким образом, правильность выполнения заданий субтеста зависит также от корректности интерпретаций экспрессии каждого персонажа в отдельности (СБУ) и способности предсказывать на основе анализа взаимосвязи рисунков, что именно приведет к изображенному результату (СБИ).

Время, отведенное на каждый субтест, ограничено и составляет: 6 минут (1-й субтест – «Истории с завершением»), 7 минут (2-й субтест – «Группы экспрессии»), 5 минут (3-й субтест – «Вербальная экспрессия»), 10 минут (4-й субтест – «Истории с дополнениями»). Общее время тестирования, включая инструкцию, составляет 30–35 минут.

В нашем исследовании при проведении данной методики параметр времени не учитывался, поскольку по ходу исследования подростков из экспериментальной группы стало понятно, что в связи с проводимым лечением, а также условиями исследования в больнице время, затрачиваемое на выполнение каждого субтеста, превосходит нормативные показатели как минимум в 2–2,5 раза. Для нашего исследования наиболее информативными показателями являются ответы по каждому

из заданий, а не время, затрачиваемое на выполнение каждого субтеста.

Бланки ответов обрабатываются с помощью специальных ключей. Результаты подсчитываются по каждому субтесту в отдельности и по всему тесту в целом. Результаты по отдельным субтестам отражают уровень развития одной или нескольких способностей. Результат по тесту в целом называется композитной оценкой и отражает общий уровень развития социального интеллекта.

## Результаты исследования

Статистической обработке подвергались 7 количественных показателей двух методик. Использовались компьютерные программы анализа данных SPSS 10.1, Statistica 6.0, NCSS 2004.

Для выявления значимых различий между экспериментальной и контрольной группами использовался непараметрический критерий U-Манна-Уитни (Mann-Whitney); для выявления значимых факторов в каждой из групп – факторный анализ методом главных компонент с подпрограммой поворота факторных структур (Varimax normalized); для выявления гендерных различий – непараметрический ранговый критерий множественных сравнений Тьюки-Крамера (Tukey-Kramer Multiple-Comparison Test).

### Различия средних

На первом этапе анализа данных оценивались межгрупповые различия в средних по критерию U-Манна-Уитни – в подгруппах психически здоровых и больных шизофренией девочек и мальчиков (см. табл. 1).

Таблица 1

Различия между группами психически здоровых и больных шизофренией девочек (сравнение по критерию U-Манна-Уитни)

N и содержание субтеста (серии)	Сумма рангов		U	p
	Группа 1	Группа 2		
Тест социального интеллекта Гилфорда-Салливена				
1. Способность предвидеть последствия межличностной ситуации	370,0	191,0	71,0	0,02
2. Понимание невербальных характеристик общения	388,0	173,0	53,0	0,00
3. Понимание речевой экспрессии	389,0	172,0	52,0	0,00
4. Понимание логики ситуации общения	411,5	149,5	29,5	0,00
Композитная оценка	403,5	157,5	37,5	0,00
Опросник социальных навыков Гольдштейна				
1. Оценка	257,0	304,0	86,0	0,08

собственных навыков				
2. Оценка навыков сверстников	354,5	206,5	86,5	0,08

Группа 1 – здоровые девочки (N = 18); группа 2 – больные шизофренией девочки (N = 15); p – уровень значимости.

Результаты сравнения по критерию Манна-Уитни показывают, что по способности правильно считывать невербальные характеристики общения, вербальную экспрессию, правильно понимать логику ситуации межличностного взаимодействия и композитной оценке средние показатели нормативной и клинической групп у девочек значимо различаются. Вероятность ошибочного отвержения нулевой гипотезы (уровень значимости p), то есть гипотезы о том, что нет различий между средними значениями, меньше критического уровня 0,05. Таким образом, по всем шкалам теста социального интеллекта Гилфорда-Салливена и по композитной оценке девочки из клинической группы значимо отстают по своим показателям от девочек из нормативной группы. По уровню сформированности собственных социальных навыков и понимания социальных навыков сверстников значимых различий в средних показателях у девочек не выявлено.

Результаты аналогичного сравнения по группам здоровых мальчиков (группа 3) и мальчиков, больных шизофренией (группа 4), представлены в таблице 2.

Таблица 2

Различия между группами психически здоровых и больных шизофренией мальчиков (сравнение по критерию U-Манна-Уитни)

N и содержание субтеста (серии)	Сумма рангов		U	p
	Группа 3	Группа 4		
<b>Тест социального интеллекта Гилфорда-Салливена</b>				
1. Способность предвидеть последствия межличностной ситуации	1397,5	372,5	252,5	0,16
2. Понимание невербальных характеристик общения	1519,5	250,5	130,5	0,00
3. Понимание речевой экспрессии	1471,5	298,5	178,5	0,01
4. Понимание логики ситуации общения	1582,5	187,5	67,5	0,00
Композитная оценка	1588,5	181,5	61,5	0,00
<b>Опросник социальных навыков Гольдштейна</b>				
1. Оценка собственных навыков	1325,0	445,0	325,0	0,93
2. Оценка навыков сверстников	1416,0	354,0	234,0	0,09

Группа 3 – здоровые мальчики (N = 44); группа 4 – больные шизофренией мальчики (N = 15); p – уровень значимости.

Результаты сравнения по критерию Манна–Уитни показывают, что, как и в группах девочек, по способности правильно считывать невербальные характеристики общения, вербальную экспрессию, правильно понимать логику ситуации межличностного взаимодействия и композитной оценке средние показатели нормативной и клинической групп у мальчиков значительно различаются. Вероятность ошибочного отвержения нулевой гипотезы (уровень значимости  $p$ ), то есть гипотезы о том, что нет различий между средними, меньше критического уровня 0,05. В отличие от групп девочек, критерий Манна–Уитни у мальчиков не показал значимого отличия по средним значениям способности предвидеть логическое продолжение той или иной ситуации.

Таким образом, по способности правильно считывать невербальные характеристики общения, вербальную экспрессию, правильно проникать в логику ситуации межличностного взаимодействия и общей оценке мальчики из клинической группы значительно отстают от мальчиков из нормативной группы.

По уровню сформированности собственных социальных навыков и понимания социальных навыков сверстников значимых различий в средних показателях у мальчиков, как и в группах девочек, не выявлено.

С целью выявления качественных и количественных различий в зависимости от факторов пола и принадлежности к нормативной или клинической группе мы использовали непараметрический ранговый критерий множественных сравнений Тьюки–Крамера (Tukey–Kramer Multiple-Comparison Test) [Наследов, 2008], подсчет которого осуществлялся в компьютерной программе NCSS 2004 и PASS 2002. На уровне значимости ошибки первого рода  $p = 0,05$  непараметрический ранговый критерий множественных сравнений Тьюки–Крамера (Tukey–Kramer) выявил следующее особенности (таблица 3).

Таблица 3

Результаты сравнения групп по показателям теста социального интеллекта Гилфорда–Салливена и опросника социальных навыков Гольдштейна (по критерию Тьюки–Крамера)

№ и содержание субтеста (серии)	Статистич. показатели	№ группы	Среднее	Отличия от других групп
Тест социального интеллекта Гилфорда–Салливена				
1. Способность предвидеть последствия межличностной ситуации	$p = 0,05$ ; DF = 88; MSE = 3,230739	1	8,2	Нет отличий
		2	6,8	Нет отличий
		3	8,1	Нет отличий
		4	7,2	Нет отличий
2. Понимание невербальных характеристик	$p = 0,05$ ; DF = 88; MSE = 2,60462	1	7,9	Отличается от групп 2 и 4

общения		2	5,5	Отличается от групп 1 и 3
		3	7,9	Отличается от групп 2 и 4
		4	5,9	Отличается от групп 1 и 3
3. Понимание речевой экспрессии	p = 0,05; DF = 88; MSE = 3,239514	1	7,8	Отличается от групп 2 и 4
		2	5,4	Отличается от групп 1 и 3
		3	8,0	Отличается от групп 2 и 4
		4	6,0	Отличается от групп 1 и 3
4. Понимание логики ситуации общения	p = 0,05; DF = 88; MSE = 1,665037	1	6,3	Отличается от групп 2 и 4
		2	3,4	Отличается от групп 1 и 3
		3	5,9	Отличается от групп 2 и 4
		4	3,4	Отличается от групп 1 и 3
Опросник социальных навыков Гольдштейна				
1. Оценка собственных навыков	p = 0,05; DF = 88; MSE = 0,1224564	1	3,7	Нет отличий
		2	3,5	Нет отличий
		3	3,6	Нет отличий
		4	3,5	Нет отличий
2. Оценка навыков сверстников	p = 0,05; DF = 88; MSE = 0,1636509	1	3,5	Отличается от группы 4
		2	3,0	Отличается от группы 1
		3	3,2	Нет отличий
		4	3,2	Нет отличий

Группа 1 – здоровые девочки (N = 18); группа 2 – больные шизофренией девочки (N = 15); группа 3 – здоровые мальчики (N = 44); группа 4 – больные шизофренией мальчики (N = 15). p – уровень значимости; DF – число степеней свободы; MSE – среднеквадратичная ошибка; Critical Value = 3,7036 – критическое значение.

Как видно из таблицы 3, статистически значимых различий по 1-му субтесту не было получено, но на визуальном уровне анализа результатов хорошо заметно, что средние значения по 1-му субтесту в клинических группах 4 (6,8) и 2 (7,2) заметно снижены по сравнению с нормативными группами. Таким образом, можно говорить о некотором тренде снижения средних значений в клинических группах по сравнению с нормативными.

По 2-му субтесту различия затрагивают две принципиально различные группы –



здоровых и больных шизофренией испытуемых. Средние значения показателей мальчиков и девочек из нормативной группы (7,9 для каждой группы) значительно превосходят результаты мальчиков (5,9) и девочек (5,5) из клинических групп. Аналогичная ситуация – по результатам 3-го и 4-го субтестов.

По уровню сформированности собственных социальных навыков значимых различий между группами получено не было, однако по пониманию социальных навыков сверстников значимые различия были получены между группами здоровых девочек и мальчиков, больных шизофренией.

## Факторный анализ

Был также осуществлен анализ значимых звеньев социальной компетентности в зависимости от фактора пола и принадлежности к группе. На основе индивидуальных протоколов были созданы четыре общегрупповые матрицы результатов тестирования испытуемых по каждой из четырех исследуемых групп. Матрицы подверглись факторному анализу методом главных компонент с подпрограммой поворота факторных структур (Varimax normalized) [Наследов, 2008].

Далее представлены результаты факторного анализа по данным каждой из четырех обследованных групп психически здоровых и больных шизофренией подростков. Число выделяемых факторов определялось по критерию Кайзера. В качестве значимых рассматривались факторные нагрузки, по абсолютной величине превышающие 0,7.

Сначала изложим результаты, полученные на выборке здоровых подростков (группы 1 и 3).

С помощью факторного анализа по группе здоровых девочек (группа 1) было выделено 4 значимых фактора, объясняющих 86% дисперсии. Результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4

Результаты факторного анализа по группе здоровых девочек (группа 1)

№	Факторные нагрузки
1	
2	
3	
4	

и)	N фактора			
	1	2	3	4
Тест социального интеллекта Гилфорда-Салливена				
1.	,99,00		-0,07	07
Способность предвидеть последствия жличности с ситуацией			6	
2.	-0,12		-1,91	91
Пониженные вербальные хх	7		4	

ар ак те ри ст ик об ще ни я				
3.	,39,75	,34,17		
По ни ма ни е р еч ев ой экс пр ес си и				
4.	,25,00	,36,73		
По ни ма ни е л ог ик и с ит уа ци и об ще ни я				
Опросник социальных навыков Гольдштейна				
1.	-,0,00	,98,04		
Оцб				

ен ка со бс тв ен ны х н ав ык ов				
2. Оц ен ка на вы ко в с ве рс тн ик ов	,17	-,91	,17	-,02
До ля об ъя сн яе мо й д ис пе рс ии	,20	,22	,21	,23

Нули перед

запятой в таблице опущены. Жирным выделены факторные нагрузки, по абсолютной величине превышающие 0,7.

Первый значимый фактор (объясняет 20% общей дисперсии) однополярный, и в нем значимо представлена только способность правильно предвидеть последствия той или иной ситуации (значимая величина нагрузки по данному фактору – 0,99 – выделена жирным). Под значимыми мы здесь и далее будем понимать величины шкальных нагрузок выше 0,7 по абсолютной величине. Второй фактор данной группы двухполюсный, он объясняет 22% от общей дисперсии. На одном полюсе представлен

способностью понимать речевую экспрессию, а на противоположном – способностью определить сформированность социальных навыков сверстников. Третий и четвертый факторы однополюсны. Третий фактор (21% от общей дисперсии) представлен шкалой сформированности собственных социальных навыков, а четвертый – наиболее значимый фактор (23% от общей дисперсии) – способностью понимать невербальную экспрессию и проникать в логику ситуации межличностного общения.

Факторный анализ по здоровым мальчикам (группа 3) объясняет 71% от общей дисперсии, то есть разброса данных, и с его помощью было выделено 3 значимых фактора. Результаты представлены в таблице 5.

Таблица 5

Результаты факторного анализа данных по группе здоровых мальчиков (группа 3)

Н	Ф
и	ак
с	то
о	рн
д	ы
е	е
р	на
ж	гр
а	уз
н	ки
и	Н
е	ф
с	ак
у	то
б	ра
т	
е	
с	
т	
а	
(с	
е	
р	
и	
и	
)	
Тест	
соц	
иал	
ьно	
го	
и	
нте	
лле	
кта	

Гил  
фор  
да-  
Сал  
лив  
ена

1, ,,  
С  
п  
о  
с  
о  
б  
н  
о  
с  
т  
ь  
п  
р  
е  
д  
в  
и  
д  
е  
т  
ь  
п  
о  
с  
л  
е  
д  
с  
т  
в  
и  
я  
м  
е  
ж  
л  
и  
ч  
н

О  
С  
Т  
Н  
О  
Й  
С  
И  
Т  
У  
А  
Ц  
И  
И  
2  
.  
П  
О  
Н  
И  
М  
А  
Н  
И  
Е  
Н  
Е  
В  
Е  
Р  
Б  
А  
Л  
Ь  
Н  
Ы  
Х  
Х  
А  
Р  
А  
К  
Т  
Е  
Р  
И  
С

Т  
и  
к  
о  
б

3

. П  
о  
н  
и  
м  
а  
н  
и  
е  
р  
е  
ч  
е  
в  
о  
й  
э  
к  
с  
п  
р  
е  
с  
с  
и  
и

4

. П  
о  
н  
и  
м  
а  
н  
и



е  
л  
о  
г  
и  
к  
и  
с  
и  
т  
у  
а  
ц  
и  
и  
о  
б

Опр  
осн  
ик с  
оци  
аль  
ных  
нав  
ыко  
в Го  
льд  
ште  
йна

1,  
О  
ц  
е  
н  
к  
а  
с  
о  
б  
с  
т  
в

е  
н  
н  
ы  
х  
н  
а  
в  
ы  
к  
о  
в  
2,  
.  
о  
ц  
е  
н  
к  
а  
н  
а  
в  
ы  
к  
о  
в  
с  
в  
е  
р  
с  
т  
н  
и  
к  
о  
в  
Д,  
о  
л  
я  
о  
б  
ъ  
я  
с



Т е с т о с о ц и а л ь н о г о и н т е л л е к т а г и л



Нули перед запятой в таблице опущены. Жирным выделены факторные нагрузки, по абсолютной величине превышающие 0,7.

Оба фактора монополярны. Первый (объясняет 36% от общей дисперсии) включает в себя результаты по способности понимать невербальные характеристики общения, вербальную экспрессию и умение понимать логику ситуации межличностного общения, а второй фактор (35% от общей дисперсии) – результаты по оценке сформированности собственных социальных навыков и представлений о навыках сверстников.

Факторный анализ по группе мальчиков, больных шизофренией (группа 4), объясняет 79% дисперсии, и с его помощью было выделено 3 значимых фактора. Результаты представлены в таблице 7.

Таблица 7  
Результаты факторного анализа по группе больных шизофренией мальчиков (группа 4)

N и содержание субтеста (серии)	Факторные нагрузки		
	N фактора		
	1	2	3
Тест социального интеллекта Гилфорда–Салливена			
1. Способность	0,51	0,33	0,33

предвидеть последствия межличностной ситуации			
2. Понимание невербальных характеристик общения	0,88	0,04	-0,08
3. Понимание речевой экспрессии	0,07	0,04	0,96
4. Понимание логики ситуации общения	0,84	0,03	0,15
Опросник социальных навыков Гольдштейна			
1. Оценка собственных навыков	0,47	0,82	-0,05
2. Оценка навыков сверстников	-0,13	0,95	0,12
Доля объясняемой дисперсии	0,33	0,28	0,18

Нули перед запятой в таблице опущены. Жирным выделены факторные нагрузки, по абсолютной величине превышающие 0,7.

Все три фактора однополюсны. В первый (33% от общей дисперсии) входят результаты по способности правильно понимать невербальные характеристики общения и логику ситуации межличностного общения, во второй фактор (28% от общей дисперсии) – результаты по оценке сформированности собственных социальных навыков и представлений о социальных навыках сверстников. В третий, наименее значимый фактор (18% от общей дисперсии) входят результаты по способности понимать речевую экспрессию.

## Обсуждение результатов

Анализ полученных в исследовании данных выявил, что подростки с шизофренией имеют достоверно значимо по критерию Манна–Уитни ( $p < 0,05$ ) более низкий композитный показатель социального интеллекта по методике Дж.Гилфорда–М.Салливена. Статистически значимых различий выполнения 1-го субтеста («Истории с завершением») по методике Дж.Гилфорда–М.Салливена в клинической и нормативной группах не выявлено, хотя можно говорить о некотором тренде снижения средних значений в клинической группе. Подростки обеих групп (и клинической, и контрольной) способны предвидеть последствия поведения людей в определенной ситуации и правильно оценивать возможности ее развития. Однако факторный анализ показал, что только для здоровых подростков это умение является ведущим в структуре коммуникативных способностей.

Результаты по субтестам, анализирующим способности правильно понимать невербальные характеристики общения, вербальную экспрессию, а также умение понимать логику межличностной ситуации общения, значительно ниже у подростков с шизофренией. Они, 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 (на способность правильно предвидеть последствия той или иной ситуации) большим количеством стимульного материала. В них к трем картинкам надо подобрать одну из трех-четырех, в то время как в первом субтесте – к одной картинке надо подобрать одну подходящую из трех. Проведенный факторный анализ показал, что для подростков с шизофренией результаты выполнения 2, 3 и 4-го субтестов представляют собой отдельный, наиболее значимый фактор, то есть усложнение задания (по форме и содержанию) приводит к нарушениям связей между различными составляющими их коммуникативных способностей.

Получается, что подростки, больные шизофренией, плохо ориентируются в разного рода информации, они испытывают трудности как в восприятии и анализе информации, так и в ее интерпретации и синтезе. Подростки, больные шизофренией, опираются на незначительные признаки предметов, они не видят ключевых характеристик поступающей информации. К иллюстрации данной особенности этой группы больных хочется привести следующий пример: во время нашего исследования один из подростков, выполняя задания на измерение способности правильно проинтерпретировать невербальные характеристики общения, подбирал подходящие к данному эмоциональному состоянию картинки по признаку «занятие физкультурой». Он ориентировался на расположение рук на тех картинках, из которых ему надо было выбирать, и отмечал именно ту картинку, на которой изображенный персонаж, по его мнению, занимался физкультурой.

Нарушение избирательности переработки информации на гностическом, мнестическом и интеллектуальном уровнях как ведущий признак шизофренического дефекта экспериментально изучалось в школе Ю.Ф.Полякова [Критская и др., 1991]. Это нарушение избирательности информации связано, в первую очередь, с особенностями актуализации знаний с опорой на прошлый опыт. Как было показано в исследованиях этой школы, больные шизофренией не опираются на накопленный прошлый опыт в повседневной жизни.

Низкие показатели способности понимать невербальные характеристики общения свидетельствуют о дефицитности эмоциональной сферы подростков, больных шизофренией. Неспособность правильного понимания ситуации общения в динамике (в частности, в ситуации сотрудничества) не раз отмечалась исследователями отечественной школы. Можно вспомнить замечательные работы школы Ю.Ф.Полякова [Критская и др., 1991], Н.П.Щербаковой [Щербакова и др., 1982], эксперименты Е.И.Елигулашвили [Елигулашвили, 1986], Д.Н.Хломова [Хломов, 1984];

Хломов и др., 1993], Н.С.Курека [Курек, 1986; 1988], Н.Н.Карловской [Карловская, 1986]. Все перечисленные авторы отмечают у данной группы больных трудности считывания эмоционального состояния других людей, ориентацию на незначимые признаки лица (например, нос или очки) вместо выделения существенных эмоциональных признаков. Снижение точности и верности распознавания эмоций по мимике у больных шизофренией отмечается рядом современных зарубежных авторов [Wolwer et al., 2000; Marsh et al., 2000].

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 [Лебединский, 1998]. С помощью паралингвистических средств (интонации, мимики, выражения глаз, определенных поз) осуществляется обмен эмоциями от элементарного заражения своим состоянием до передачи самых сложных переживаний [Бардышевская, Лебединский, 2003], 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 [Кузьменко-Наумова, 1982; Bateson et al., 1951; 1956; Карловская, 1986].

Подростки с 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 [Bellack et al., 2007]. Вербальная информация для них в большинстве случаев представляется противоречивой и сложной для понимания, они часто ошибаются в интерпретации слов собеседника и часто говорят невпопад [Singer et al., 1966; 1972]. 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. Подросткам с шизофренией 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.Гольдштейна значимых различий между клинической и нормативной группой не выявил. При этом в обеих группах оценки собственных социальных навыков и социальных навыков сверстников не выходят за пределы нормативной



зоны. Получается, что подростки из обеих групп могут достаточно адекватно оценить собственные социальные навыки и социальные навыки сверстников, однако оценивание социальных навыков в этих группах подростков имеет разные механизмы. Как отмечает О.Ю.Казьмина [Казьмина, 1997; 2000], в ситуации общения подростки, больные шизофренией, не способны рефлексировать собственные социальные навыки и ту информацию, которую они передают собеседнику по коммуникативным каналам. Все это обуславливает то, что они не способны провести дифференциацию собственных социальных навыков и социальных навыков других людей, а также дать им реальную оценку. Здоровые подростки дают оценку своим социальным навыкам и социальным навыкам сверстников на основании их реального социального поведения.

Развитие собственных социальных навыков – достаточно трудная задача для подростков. В подростковом возрасте им нелегко удовлетворить выраженную потребность в общении, поскольку они не обладают еще всеми необходимыми навыками общения, а опыт их социального взаимодействия небольшой. Для успешного межличностного взаимодействия необходимо уметь слушать другого человека, вступать в разговор и поддерживать его, выражать свои чувства социально приемлемым способом, адекватно 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.

Получается, что подростки с шизофренией имеют достаточно 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 их собственные социальные навыки и представления о навыках сверстников образуют 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 по результатам сравнения нормативной и клинической групп получается, что в период активного взаимодействия со взрослыми, в период доминирования эмоционального общения, усвоения языка эмоций и жестов, в период нормативного усвоения правил, норм, регулирующих поведение людей, подростки клинической

группы по каким-то причинам испытывают дефицит этого общения и взаимодействия и, как следствие, не усваивают необходимых знаний и навыков для успешного функционирования в обществе. Таким образом, самым уязвимым звеном социального интеллекта становится способность правильно воспринимать и адекватно интерпретировать невербальную информацию в ситуации межличностного общения. Это заметное отставание от нормы они компенсируют уходом от общения, формированием и подкреплением неадекватной, нестабильной и диссоциированной самооценки: чем выше они оценивают себя на данный момент времени, тем ниже они оценивают навыки сверстников и, наоборот, чем ниже они оценивают собственные социальные навыки, тем выше они оценивают навыки других.

По результатам проведенного исследования можно сделать следующие выводы.

1. Исследование социального интеллекта у подростков, больных шизофренией, выявило следующие особенности: в ситуации межличностного общения они чаще ориентируются на незначимые для понимания его сути характеристики людей, не в состоянии выделить ключевые признаки для того, чтобы правильно оценить сложившуюся ситуацию. Для понимания ситуации общения и вербальные, и невербальные характеристики другого обладают для них одинаковым значением, хотя в то же время понимание невербальной информации для этих подростков представляется наиболее трудным.
2. Анализ социальных навыков у подростков, больных шизофренией, показал, что структура их межличностного восприятия и познания других людей характеризуется низкой степенью дифференцированности представлений о собственных социальных навыках и социальных навыках других. Фактически в этой области у них отсутствует дифференциация «своего» и «чужого», что, возможно, связано со своеобразными нарушениями селективности восприятия. Понятия, отражающие разные по своей природе и значению предметы и свойства, у них слиты воедино, что указывает на дефицит рефлексии, узость кругозора и искажения в работе понятийного аппарата.
3. Изучение социального интеллекта у подростков из нормативной группы продемонстрировало, что для них значимы нормативно-ролевые ценности, принятые в обществе; именно на эти ценности они ориентируются в ситуации межличностного взаимодействия. Здоровые подростки в одинаковой степени могут правильно интерпретировать как невербальные характеристики общения, так и вербальную информацию.
4. Состояние социальных навыков у подростков из нормативной группы характеризуется адекватной оценкой сформированности как своих социальных навыков, так и социальных навыков сверстников.
5. Сравнительный анализ социального интеллекта подростков, больных шизофренией, и подростков группы нормы выявил следующие особенности: подростки из клинической группы имеют более низкие показатели социального интеллекта по результатам выполнения методики Гилфорда–Салливена, чем их

здоровые сверстники. В клинической группе наиболее дефицитарными, в отличие от нормативной группы, оказались способности понимать невербальную информацию в процессе межличностного общения, а также воспринимать ситуацию общения в динамике, не только интерпретируя при этом поступающую по вербальному и невербальному каналам информацию, но и моделируя ситуацию с помощью логического мышления.

б. Сравнительный анализ социальных навыков подростков, больных шизофренией, и подростков группы нормы показал, что для клинической группы, в отличие от группы нормы, большое значение имеет степень сформированности собственных социальных навыков. У этих подростков можно увидеть тенденцию завышать собственные навыки на фоне занижения ими социальных навыков других и наоборот. Это свидетельствует о том, что собственная социальная успешность или неуспешность ими переживается и анализируется (доступными способами), а также особым образом влияет на их самооценку и восприятие других людей.

## Заключение

Социальное функционирование у больных шизофренией нарушается рано и глубоко. По тяжести социальных последствий и по выраженности нарушений адаптации шизофрения занимает лидирующее место среди психических расстройств: на сегодняшний день в структуре инвалидности по психическим заболеваниям практически половину составляют именно больные шизофренией. Высокий процент инвалидизации этих больных обуславливается не только самой болезнью, но и возникновением комплекса социально-средовых факторов, препятствующего их адекватному социальному функционированию [Коцюбинский, 2004].

Наша работа была направлена на изучение возможностей социального функционирования этой группы больных. В результате исследования мы смогли выделить основные звенья социальной компетентности, которые в наибольшей степени нарушаются у подростков, больных шизофренией. В результате проведенного эмпирического исследования оказалось, что самым нарушенным звеном социального интеллекта у подростков, больных шизофренией, является звено невербальной коммуникации. Это звено необходимо для анализа динамики межличностной ситуации общения, которая при шизофрении нарушена в наибольшей степени.

Выделенные паттерны симптомов дают возможность определить основные мишени психотерапии и коррекционной работы с больными шизофренией подростками. На наш взгляд, психокоррекционная и терапевтическая работа, проводимая с больными шизофренией, должна иметь целью, прежде всего, их адаптацию в семье и в социуме. Строить эту работу представляется целесообразным, исходя из полученных особенностей их социальной компетентности. Возможно, эффективными способами терапии могли бы стать специально разработанные психологические методики – игры, обучающие их взаимодействовать с другими людьми, ориентируясь не только на вербальную информацию, но постепенно изучая эмоциональный язык других

людей и овладевая навыками его правильной интерпретации.

### Литература

[к I и II частям статьи]

Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. М.: Наука, 2000. 350 с.

Андреева Г.М. Психология социального познания: учеб. пособие для студ. вузов. М.: Аспект Пресс, 2000. 287 с.

Андреева Г.М. Социальная психология: учеб. для вузов. 5-е изд., испр. и доп. М.: Аспект Пресс, 2002. 364 с.

Банина Л.В. Социальный интеллект [Электронный ресурс] // Новгородский учебный центр Федерации Интернет Образования: сайт.

URL <http://fio.novgorod.ru/projects/project1890/99.htm> (дата обращения: 03.03.2007).

Беребин М.А., Вассерман Л.И. Факторы риска пограничных нервно-психических и психосоматических расстройств у педагогов общеобразовательных школ // Обозрение психиатр. и мед. психологии им. В.М.Бехтерева. 1994. N 46. С. 12.

Блейлер Э. Руководство по психиатрии. М.: Изд-во Независимой психиатрической ассоциации, 1993. 542 с.

Бодалев А.А. Восприятие и понимание человека человеком. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. 199 с.

Бодалев А.А. Личность и общение: избр. тр. М.: Педагогика, 1983. 271 с.

Выготский Л.С. Собрание сочинений: в 6 т. М.: Педагогика. Т. 4. 1984. 432 с. Т. 5. 1983. 368 с.

Гончаров М.В. Эволюционная биология шизофрении (подходы к проблеме). Сообщение 1: Закономерность в дифференциации фенотипов спектра шизоидных аномалий (патологических и непатологических) // Российский психиатрический журнал. 1998. N 3. С. 31–37.

Елигулашвили Е.И. Изучение некоторых социально-психологических феноменов у больных шизофренией // Актуальные вопросы неврологии и психиатрии: материалы II респ. съезда невропатологов, психиатров ГССР (Кутаиси, 29–31 октября 1980 г.). Тбилиси: Мецниереба, 1986. С. 20–28.

Емельянов Е.Ю. Активное социально-психологическое обучение. Ленинград: Изд-во ЛГУ, 1985. 105 с.

Иовчук Н.М. Система повышения социально-психологической компетенции детей-

сирот в интернатном учреждении // Конгресс по детской психиатрии 25–28 сентября 2001 г.: материалы конгр. М.: РОСИНЭКС, 2001. С. 103–104.

Казьмина О.Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопрогредиентной шизофренией: дис. ... канд. психол. наук. М., 1997. 180 с.

Казьмина О.Ю., Чемякова Е.Б., Савенко Г.В., Владимирова Т.В., Цуцукловская М.Я., Олейчик И.В. Место группового психокоррекционного метода в комплексной терапии юношеских эндогенных депрессий // Журнал неврологии и психиатрии им. Корсакова. 2000. N 2. С. 27–30.

Карловская Н.Н. Восприятие эмоций больными шизофренией в зависимости от согласованности информации вербального и невербального каналов общения // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1986. N 8. С. 1187–1191.

Кон И.С. Психология старшеклассника. М.: Просвещение, 1982. 255 с.

Коцюбинский А.П., Скорик А.И., Аксенова И.О., Шейнина Н.С., Зайцев В.В. Шизофрения, уязвимость – диатез – стресс – заболевание. СПб.: Гиппократ+, 2004. 366 с.

Краткий психологический словарь / сост. Л.А.Карпенко; под общ. ред. А.В.Петровского, М.Г.Ярошевского. М.: Политиздат, 1985. 431 с.

Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Особенности нарушения познавательной деятельности у больных шизофренией. М.: Изд-во Моск. ун-та, 1991. 254 с.

Кузьменко-Наумова О.Д. Некоторые психолингвистические методики «смыслового восприятия текста» как дополнительное средство диагностики шизофренического дефекта (вялотекущая шизофрения) // Общение: структура и процесс. М.: Ин-т языкознания АН СССР, 1982. С. 75–82.

Куницына В.Н. Социальный интеллект и социальная компетентность // Б.Г.Ананьев и ленинградская школа в развитии современной психологии: тез. науч.-практ. конф. СПб.: Изд-во СПбГУ, 1995. С. 34–36.

Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1986. N 12. С. 160–161.

Курек Н.С. Психологическое исследование когнитивного аспекта эмоциональных процессов у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1988. N 7. С. 69–73.

Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте: учеб. пособие для студ. психол. фак. вузов. 2-е изд., испр. М.: Академия, 2004. 144 с.

Лисина М.И. Формирование личности ребенка в обществе. СПб.: Питер, 2009. 318 с.

Ломов Б.Ф. Методологические проблемы психологии / Рос. акад. наук, Ин-т психологии. М.: Наука, 1999. 349 с.

Михайлова Е.С. Методика исследования социального интеллекта. Адаптация теста Дж.Гилфорда и М.Салливена: руководство по использованию. СПб., 1996. 56 с.

Мясищев В.Н., Бодалев А.А. Психология отношений: избр. психол. тр. М.: Изд-во Моск. психол.-соц. ин-та, 2003. 398 с.

Наследов А.Д. Математические методы психологического исследования. Анализ и интерпретация данных: учеб. пособие. 3-е изд., стер. СПб.: Речь, 2008. 392 с.

Парыгин Б.Д. Психологический барьер и его природа // Социальная психология и философия / под ред. Парыгина Б.Д. Ленинград: Изд-во Ленингр. пед. ин-та им. А.И.Герцена, 1975. Вып. 3. С. 3–13.

Парыгин Б.Д. Социальная психология: учеб. пособие. 2-е изд., испр. и доп. СПб.: Изд-во СПбГУП, 2003. Вып. 15. 347 с.

Петровская Л.А. Теоретические и методические проблемы социально-психологического тренинга, М.: Изд-во Моск. ун-та, 1982. 168 с.

Петровская Л.А. Общение – компетентность – тренинг: избр. тр. М.: Смысл, 2007. 686 с.

Пономарев М.С. Социальная компетентность у подростков с дезадаптивным поведением: дис. ... канд. психол. наук. М., 2006. 131 с.

Психология аномального развития ребенка: хрестоматия: в 2 т. / под ред. В.В.Лебединского и М.К.Бардышевской. М.: ЧеРо: Высшая школа: Изд-во Моск. ун-та, 2002. Т. 2. 744 с.

Ремшмидт Х. Детская и подростковая психиатрия: пер. с нем. Т.Н.Дмитриевой. М.: Эксмо-Пресс, 2001. 624 с.

Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека: пер. с англ. / общ. ред. и предисл. Е.И.Исениной. М.: Прогресс, 1994. 480 с.

Хломов Д.Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1984. N 12. С. 1810–1815.

Хломов Д.Н., Баклушинский С.А., Казьмина О.Ю. Руководство по оценке уровня развития социального поведения старшеклассников. М.: Центр социологии образования РАО, 1993. 147 с.

Хьелл Л., Зиглер Д. Теории личности. СПб.: Питер, 2001. 606 с.

Чеснокова О.Б. Возрастной подход к исследованию социального интеллекта у детей // Вопросы психологии. 2005. N 6. С. 35–45.

Щербакова Н.П., Хломов Д.Н., Елигулашвили Е.И. Изменение перцептивных компонентов общения при шизофрении // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. М., 1982. С. 45–57.

Эльконин Д.Б. К проблеме периодизации психического развития в детском возрасте // Вопросы психологии. 1971. N 4. С. 6–20.

Южанинова А.Л. К проблеме диагностики социального интеллекта личности // Проблемы оценивания в психологии. Саратов: Изд-во Саратов. ун-та, 1984. С. 63–67.

Allen J.P., Weissberg R.P., Hawkins J.A. The Relation Between Values and Social Competence in Early Adolescence // Journal of Developmental Psychology, 1989. Vol. 25. P. 458–464.

Bateson G., Ruesch F. Communication, the social matrix of psychiatry. N.Y., 1951. P. 190–227.

Bateson G., Jackson D., Halley J., Weakland L. Toward a theory of schizophrenia // Behavioral science. 1956. Vol. 1. P. 251–264.

Bellack A.S., Morrison R.L., Mueser K.T. et al. Social Competence in Schizoaffective Disorder, Bipolar Disorder and Negative and Non-negative Schizophrenia // Schizophrenia Research, 1989. Vol. 2. P. 391–401.

Bellack A.S., Morrison R.L., Wixted T.T., Mueser K.T. An Analysis of Social Competence in Schizophrenia // British Journal of Psychiatry. 1990. Vol. 156. P. 209–218.

Bellack A.S., Green M.F., Cook J.A., Fenton W., Harvey P.D., Heaton R.K., Laughren T., Leon A.C., Mayo D.J., Patrick D.L. et al. Assessment of Community Functioning in People With Schizophrenia and Other Severe Mental Illnesses: A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop // Schizophrenia Bull. May 1, 2007. Vol. 33, N 3. P. 805–822.

Cameron N. Reasoning regression and communication in schizophrenia // Psychological monographs. 1938. Vol. 50, N 1. P. 391–397

Caplan M., Weissberg R.P., Grober J.S., Sivo P.J., Grady K., Jacoby C. Social Competence Promotion With Inner-City and Suburban Young Adolescents Effects on Social Adjustment and Alcohol Use // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1992. Vol. 60. P. 56–63.

Dworkin R.H., Bernstein M.A., Kaplansky L.M. et al. Social Competence and Positive and Negative Symptoms: A longitudinal Study of Children and Adolescent Risk for Schizophrenia

and Affective Disorder // American Journal of Psychiatry. 1991. Vol. 148. P. 1182–1188.

Ewart C.K., Jorgensen R.S., Suchday S., Chen E., Matthews K.A. Measuring Stress Resilience & Coping in Vulnerable Youth. The Social Competence Interview // Psychological Assessment. 2002. Vol. 14. P. 339–352.

Griffin K.W., Epstein J.A., Botvin G.J., Spoth R.L. Social Competence and Substance Use Among Rural Youth: Mediating Role of Social Benefit Expectancies of Use // Journal of Youth and Adolescence. 2001. Vol. 30. P. 485–498.

Hanson C.L., Henggeler S.W., Burghen G.A. Social Competence and Parental Support as Mediators of the Link Between Stress and Metabolic Control in Adolescents With Insulin-Dependent Diabetes Mellitus // Journal of Consulting and Clinical Psychology. 1987. Vol. 55. P. 529–533.

MacKinnon-Lewis C., Volling B.L., Lamb M.E. et al. A Cross-Contextual Analysis of Boys' Social Competence from Family to School // Developmental Psychology. 1994. Vol. 30. P. 325–333.

Marsh P.J., Lazzaro I., Manor B.R. et al. Facial expressions of emotion and visual scanpaths in attention-deficit hyperactivity disorder and first-episode psychosis // Schizophrenia Research. 2000. Vol. 41, N 1. P. 140–156.

Mueser K.T., Bellack A.S., Morrison R.L. et al. Gender, Social Competence and Symptomatology in Schizophrenia. A Longitudinal Analysis // Journal of Abnormal Psychology. 1990. Vol. 99. P. 138–147.

Mueser K.T., Doonan R., Penn D.L. et al. Emotion Recognition and Social Competence in Chronic Schizophrenia // Journal of Abnormal Psychology. 1996. Vol. 105. P. 271–275.

Oyserman D., Saltz E. Competence, Delinquency, and Attempts to Attain Possible Selves // Journal of Personality and Social Psychology. 1993. Vol. 65. P. 360–374.

Rice K.G., Cunningham T.J., Young M.B. Attachment to Parents, Social Competence, and Emotional Well-Being. A Comparison of Black and White Late Adolescents // Journal of Counseling Psychology. 1997. Vol. 44. P. 89–101.

Singer M., Wynne L. Principles for scoring communication defects and deviances in parents of schizophrenics: Rorschach and TAT scoring manuals // Psychiatry. 1966. Vol. 29. P. 260–288.

Singer M., Wynne L., Toohey M. Communication disorders and the families of schizophrenics // Wynne L., Cromwell R., Matthys S. (Eds.) The nature of schizophrenia: new approach to research and treatment. N.Y.: Wiley, 1978. P. 340–359.

Wolwer W., Streit M., Fromann N., Gaebel W. Facial affect recognition in schizophrenia: state/trait-characteristic and clinical correlates // Schizophrenia Research, 2000. Vol. 41,



№ 1. Р. 145–153.

Поступила в редакцию 15 января 2010 г. Дата публикации: 2 сентября 2010 г.

### [Сведения об авторе](#)

Левикова Екатерина Викторовна. Аспирант 3-го года очного обучения, кафедра нейро- и патопсихологии, факультет психологии, Московский государственный университет им. М.В.Ломоносова, д. 11, корп. 5, ком. 210, ул. Моховая, 125009 Москва, Россия.  
E-mail: abelga@mail.ru

### [Ссылка для цитирования](#)

#### Часть 2

Левикова Е.В. Социальная компетентность больных шизофренией подростков. Часть 2: Эмпирическое исследование [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. № 4(12). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.20гг). 0421000116/0038.

#### Часть 1

Левикова Е.В. Социальная компетентность больных шизофренией подростков. Часть 1 [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. № 2(10). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.20гг). 0421000116/0013.

[Последние цифры – номер госрегистрации статьи в реестре ФГУП НТЦ "Информрегистр".]

[К началу страницы >>](#)