

Рычкова О.В. Структура нарушений социального интеллекта при шизофрении



English version: [Rychkova O.V. The structure of social intelligence impairments in schizophrenics](#)

Национальный научный центр наркологии, Россия, Москва

[Сведения об авторе](#)

[Литература](#)

[Ссылка для цитирования](#)

Рассмотрены существующие концепции и разные подходы к описанию нарушений социального познания при шизофрении. Цель исследования: изучение у больных шизофренией составляющих нарушений социального интеллекта, их взаимосвязей в более широком контексте клинических симптомов. Обследовано 210 больных с разной степенью выраженности клинической симптоматики, находящихся в состоянии ремиссии, и 120 психически здоровых лиц. Использовались шкала клинической оценки PANSS, а также методики, направленные на квалификацию нарушений социального интеллекта, определение уровня социальной ангедонии. Установлено значимое снижение показателей социального интеллекта у больных; страдают показатели операциональной составляющей социального интеллекта, включая распознавание эмоций, социальная компетентность. Результаты сравнительного, корреляционного, факторного и регрессионного анализа позволяют утверждать, что преимущественное влияние на параметры социального интеллекта оказывают симптомы негативного класса, социальной ангедонии. Социальная ангедония квалифицирована не только как важная особенность, присущая больным шизофренией, но и как условие, опосредующее влияние клинических симптомов шизофрении на иные нарушения социального интеллекта у больных.

Ключевые слова: шизофрения, социальный интеллект, нарушения социального познания, социальная ангедония, социальная компетентность, социальное познание

Представленная работа направлена на изучение нарушений социального познания, наблюдаемых у больных шизофренией, и в качестве эмпирической модели использует концепт «социальный интеллект», активно разрабатываемый в последние годы в общей, возрастной, когнитивной психологии. Предложенная автором оригинальная модель, трактующая социальный интеллект как сложную способность, включающую операциональный, мотивационный, регуляторный и поведенческий компоненты, позволила раскрыть специфику нарушений социального интеллекта при шизофрении. Проведенное на обширном эмпирическом материале исследование не только доказывает правомерность утверждения о наличии нарушений социального интеллекта у больных данной клинической группы, но и позволяет утверждать наличие особого патопсихологического симптомокомплекса смежных дефицитов способностей – из числа относящихся к социальному интеллекту, – как типичного для больных шизофренией.

Подходы к описанию нарушений социального познания при шизофрении

Проблема расстройств когнитивной сферы оставалась актуальной на всем протяжении становления концепции шизофрении и сохраняет свое значение по настоящее время. XX век принес много новых идей, по-разному трактующих статус когнитивного дефицита при шизофрении: от определения его как следствия болезненного процесса до понимания как одного из предикторов заболевания. Становление биопсихосоциальной модели заболевания [Ciompi, 1989] сопровождалось утверждением сложного характера когнитивного дефицита, сочетающего биологические, социальные и

психологические составляющие.

На протяжении последних десятилетий прочно утвердила себя концепция нейрокогнитивного дефицита при шизофрении, доказавшая значимость нарушений познавательной сферы для понимания генеза психоза и динамики состояния в процессе заболевания [Lewis, 2004; Сидорова, 2005; др.]. Но предложенные данной концепцией модели нарушений не в полной мере отражают специфику шизофрении, отмеченную Э.Блейлером в его идее аутистического мышления. Поэтому постепенно исследовательский фокус стал смещаться, и особый интерес исследователи стали проявлять к нарушениям именно социального познания как отражающим специфику шизофрении [Penn et al., 1997, 2000; Corrigan, Penn, 2000; Roder, Medalia, 2010; др.].

Популярности названным идеям придали ведущиеся несколько десятилетий разработки в области психокоррекционной и психосоциальной помощи больным [Targier, 1991; Heinsen et al., 2000; Hogarty et al., 1999; Гурович и др., 2004; Холмогорова и др., 2007; др.], доказавшие возможность влияния на нарушения социального познания и поведения и достижение таким путем улучшения социального функционирования больных. Повышенное внимание к социальному познанию при шизофрении стимулировалось и развитием теории социального интеллекта в общей, социальной и когнитивной психологии. Вследствие взаимопроникновения идей нарушения социального познания при шизофрении, первоначально трактовавшиеся как один из аспектов общего дефицита когнитивных способностей, стали интерпретироваться как отдельный вид нарушений, особо значимый для шизофренического процесса [Corrigan, Penn, 2001].

На сегодняшний день можно видеть ряд направлений, в рамках которых ведутся исследования нарушений социального познания при шизофрении. Анализ показывает, что, несмотря на сходство основного предмета исследования, эти направления мало связаны между собой, подходы разных авторов не соотносятся друг с другом, что существенно затрудняет целостное понимание полученных в данной области знаний и эмпирических фактов. Обозначим ряд направлений исследований и центральные для каждого концепты.

Наиболее широко распространенным в работах исследователей разных теоретических ориентаций является изучение нарушений социального познания путем исследований дефицитов и искажений восприятия лицевой экспрессии, эмоций других людей, парамимических проявлений. Обычно исследователи используют понятие *социальная перцепция* [Елигулашвили, 1982; Хломов, 1984; Курек, 1986, 1998; Гаранян, 1986; Penn, et al., 2000, 2001; др.], но в работах последних лет встречается термин «*эмоциональный процессинг*» [Roder, 2010]. В рамках данного направления описан широкий класс феноменов, убедительно свидетельствующих о значительных нарушениях способности к распознаванию эмоций другого человека по мимическим и парамимическим проявлениям у пациентов с расстройствами шизофренического спектра.

Неоднократно изучались затруднения в понимании больными шизофренией ситуаций социального взаимодействия, неумение предвидеть развитие таких ситуаций, дефициты необходимых для прогнозирования их развития сценариев, несформированность поведенческих навыков разрешения сложных социальных ситуаций [Елигулашвили, 1982; Хломов, 1984; Corrigan, Green, 1993; Moritz, Woodward, 2007; Холмогорова и др., 2007]. Центральные понятия подхода – *социальные или коммуникативные навыки, коммуникативная компетентность*. На основе получаемых данных создаются, апробируются, обосновываются программы тренинга коммуникативных и социальных навыков для больных с расстройствами шизофренического спектра, доказавшие свою эффективность [Гурович и др., 2004; Moritz, Woodward, 2007; Холмогорова и др., 2007].

В поисках механизмов нарушений социального познания при шизофрении западные исследователи привлекли ряд оригинальных концептов, призванных отразить процесс создания у человека представлений о другом человеке, о внутреннем мире, состоянии, намерениях последнего, что важно при взаимодействии. Понятие *theory of mind* (модель психического) введено для обозначения этой особой способности субъекта понимать состояние других людей, равно как и собственное. Исследования с использованием названного концепта существенно обогатили представления о шизофрении и смежных расстройствах – в первую очередь о раннем детском аутизме [Frith et al., 2000; Baron-Cohen et al., 1985, 2005; Brüne, 2005]. С позиций данного подхода утверждается, что при шизофрении и аутистических расстройствах страдают репрезентации умственных состояний, или

«мета-репрезентации», касающиеся распознавания и отслеживания как собственных намерений человека, так и намерений, мыслей, убеждений, которые он приписывает другим. В отечественной литературе также появились исследования, базирующиеся на данной модели и касающиеся расстройств аутистического спектра [Сергиенко и др., 2009].

В отечественной патопсихологии сложилась оригинальная традиция экспериментальных исследований *коммуникативной направленности и рефлексивной регуляции* мышления. Такие исследования позволили выявить у больных шизофренией сниженную направленность мышления на социально значимые аспекты, их неспособность занять позицию другого человека и использовать общий культурный опыт в процессе решения задач и коммуникации с людьми [Елигулашвили, 1982; Холмогорова, 1983; Хломов, 1984; Критская и др., 1991].

В попытках выделить центральный психологический дефицит при шизофрении исследователи обращались не только к когнитивным, но и к эмоциональным аспектам состояния, к переживаниям больных. *Ангедония* – как сниженная способность к переживанию удовольствия, включает ряд составляющих – физическая, интеллектуальная, социальная ангедония, причем все названные виды наблюдаются у больных шизофренией [Rado, 1962; Meehl, 1962; Курек, 1998]. Более поздние исследования в качестве «кардинальной», причастной к социальной изоляции больных шизофренией, стали определять *социальную ангедонию* [Eckblad et al., 1982; Meehl, 2001]. Была доказана и выраженность социальной ангедонии у лиц с широким спектром шизоидных черт [Blanchard et al., 2000; Schurhoff et al., 2003], что не отменило трактовки социальной ангедонии как одного из специфических механизмов собственно шизофрении.

В последние годы внимание к способности распознавать, осознавать, учитывать при построении взаимодействия, а также регулировать эмоции нашло отражение в концепте *эмоциональный интеллект* (ЭИ) [Mayer et al., 2000], в структуре которого предлагают выделять несколько причастных к распознаванию эмоций и регуляции эмоционального состояния блоков. Ценность подхода состоит в том, что он позволяет структурировать сложную область психологических феноменов, представленную эмоциями, чувствами. Исследования ЭИ при психопатологических состояниях ведутся за рубежом и в нашей стране [Плужников, 2010].

Попыткой создания интегративной концепции, пригодной для описания сложной феноменологии нарушений социального познания и социального функционирования у больных шизофренией, стала концепция *social cognition* (социальная когниция) [Penn et al., 1997; Mazza, et al., 2001; Corrigan, Penn, 2001; Roder, Medalia, 2010]. Определяемая по-разному в зависимости от степени обобщенности, глубины, детализированности описаний и включаемых эмпирических феноменов и диагностируемая с помощью самого разного психодиагностического и клинического инструментария, «социальная когниция» стала предметом исследований как психологов, так и клиницистов. В рамках исследований социальных когниций интегрируются различные дефициты социального познания [Corrigan, Penn, 2001], притом что приложение концепта к шизофрении предполагает изменения трактовки последней, вплоть до понимания ее как расстройства межличностного взаимодействия, где «проблемы есть результат нарушения построения образа социального окружения и своего места в нем» [Penn et al., 1997].

Нельзя не отметить, с учетом современных тенденций научного поиска и научных технологий, принятых в широком междисциплинарном направлении, именуемом нейронауками, работ, посвященных поиску нейрокогнитивных процессов, обеспечивающих познание социальных объектов. Так, предложено понятие *social brain* (социальный мозг) как особый нейропсихологический концепт, претендующий на роль механизма, объясняющего специфику социального познания и поведения человека. В рамках данного направления проводятся систематические исследования в поисках структурной основы и нейрофизиологических механизмов процессов социального познания на материале испытуемых разного возраста, включая лиц, страдающих психопатологическими расстройствами, в том числе шизофренического спектра [Burns, 2006; Baron-Cohen, Belmonte, 2005; Crespi, Vадcock, 2008].

Существуют и иные, близкие к перечисленным, концепты, как то *автобиографическая память*, трактуемая как механизм, обуславливающий дефициты социального познания и взаимодействия при шизофрении [Corcoran, Frith, 2003; Morise et al., 2011], нарушения *прагматики речи*, затрудняющие

построения социального взаимодействия больными шизофренией [Langdon et al., 2002; Meilijson et al., 2004], *макиавеллизм* как особая способность манипулировать окружающими людьми для достижения своих целей, также дефицитарная при шизофрении [Sullivan, Allen, 1999; Mazza et al., 2003], иные.

Перечисленные направления и концептуализации свидетельствуют о сложности изучаемого явления, при этом недостаточно соотносятся друг с другом, порождая неясности и трудности в исследовании самого явления – нарушений социального познания и связанного с ним социального поведения у больных шизофренией. Нами в качестве основы для исследования был выбран концепт «социальный интеллект» (СИ), активно разрабатываемый в отечественной и зарубежной психологии. Для проведения настоящего исследования мы использовали *интегративную модель социального интеллекта* как сложной способности, включающей *операциональный компонент* (система когнитивных навыков и механизмов, обеспечивающих процесс социального познания в форме адекватного декодирования и восприятия социальных связей и объектов); *мотивационный компонент* (способность получать удовлетворение и удовольствие от общения); *динамический или регуляторный компонент* (коммуникативная направленность мышления, способность к смене позиции при социальном взаимодействии, к произвольной и рефлексивной регуляции социального познания и поведения); *поведенческий компонент* (система поведенческих (коммуникативных) навыков и стратегий, обеспечивающих возможность конструктивного общения с людьми и кооперацию в совместной деятельности).

Цель и гипотеза исследования

Целью эмпирического исследования стало комплексное изучение у больных шизофренией нарушений компонентов социального интеллекта, их взаимосвязи с психопатологической симптоматикой, и определение механизмов, ответственных за стабилизацию данных нарушений.

Основной гипотезой исследования стало предположение о том, что нарушения социального интеллекта при шизофрении носят выраженный и комплексный характер и включают нарушения операционального, регуляторного, поведенческого компонентов, а также мотивационного компонента в виде сниженной способности получать удовольствие от общения (социальная ангедония), при этом мотивационный компонент социального интеллекта тесно связан с иными нарушениями социального интеллекта у больных шизофренией и причастен к их хронификации.

Методы

В настоящем исследовании приняли участие 210 больных с диагнозом «шизофрения» (F20 по МКБ-10), что стало *критерием включения* (формы и типы течения представлены в табл. 1). *Критерии исключения*: первичное обращение, признаки острого психотического состояния, выраженного постпроцессуального дефекта, органические стигмы, наркологические заболевания. Анализ клинической картины больных исследованной группы позволяет определить ее как клинически однородную: в нее вошли пациенты с шизофренией без диагностических сомнений, без выраженных признаков формирующихся исходных состояний, с минимальной степенью выраженности активной психосимптоматики; качество ремиссии верифицировано в соответствии с современными разработками [Потапов, 2010]. Контрольной группой выступали здоровые испытуемые, никогда не обращавшиеся к психиатру и не имевшие признаков психического расстройства (последнее подтверждено скринингом).

Таблица 1

Общая характеристика испытуемых

| | Мужчины | Женщины | Всего |
|------------------------------------|------------|-----------|-------------|
| Число больных, человек | 105 | 105 | 210 |
| Средний возраст, лет / ± SD | 37,8 | 40,7 | 39,9 ± 11,3 |
| Длительность заболевания, лет ± SD | 11,9 ± 4,9 | 9,9 ± 5,6 | 10,1 ± 5,0 |

| | | | |
|--|----------------|----------------|----------------|
| F20.0. Параноидная шизофрения, человек | 81 | 83 | 164 |
| F20.2. Кататоническая шизофрения, человек | 10 | 7 | 17 |
| F20.3. Дезорганизованная шизофрения, человек | 8 | 10 | 18 |
| F20.6. Простая шизофрения, человек | 6 | 5 | 11 |
| Суммарный балл PANSS \pm SD | 71,8 \pm 9,7 | 70,0 \pm 8,6 | 70,1 \pm 9,2 |
| Психически здоровые лица, человек | 60 | 60 | 120 |
| Возраст лиц из контрольной группы, лет | 34,3 | 35,5 | 34,9 |

Примечания. PANSS – шкала психопатологической симптоматики. SD – стандартное отклонение.

Для оценки *психопатологической симптоматики* использовалась шкала Positive and Negative Syndrome Scale – PANSS (разработчики S.R.Kay, A.Fiszbein, L.A.Opler; подробнее см. <http://www.psychiatry.ru/stat/77>); *параметров социального интеллекта* – методики «Социальный интеллект» Дж.Гилфорда, М.Салливена [Михайлова, 1996]; «Поза и жест» и «Распознавание эмоций» [Курек, 1998], «Шкала социальной ангедонии» – Revised social anhedonia scale (RSAS) [Eckblad et al., 1982].

Для *обработки данных* использовался пакет статистических программ SPSS 17.0.

Результаты

Данные, квалифицирующие состояние *операционального компонента СИ* (тесты «Социальный интеллект», «Распознавание эмоций», «Поза и жест»), представлены в виде средневзвешенных оценок, полученных по измеряемым параметрам испытуемыми экспериментальной и контрольной групп, проведен статистический анализ разброса данных (табл. 2).

Таблица 2

Межгрупповые различия в средних оценках параметров социального интеллекта (тесты «Социальный интеллект», «Распознавание эмоций», «Поза и жест»)

| Группы | Тест «Социальный интеллект». | | | | | Тест «Распознавание эмоций» М (SD) | Тест «Поза и жест» М (SD) |
|---------------|------------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|---------------------------------------|------------------------------|
| | Сырые баллы (SD) | | | | | | |
| | Субтест 1 | Субтест 2 | Субтест 3 | Субтест 4 | Общий балл | | |
| Группа 1 | 5,1 (1,98) | 4,5 (1,92) | 5,2 (1,94) | 3,1 (1,43) | 17,9 (4,69) | 7,7 (2,72) | 6,3 (2,84) |
| Группа 2 | 9,5 (2,37) | 8,8 (2,0) | 9,1 (2,17) | 7,6 (2,06) | 35,2 (6,58) | 13,5 (2,31) | 14,6 (2,18) |
| U-Манна-Уитни | 2319** | 1744** | 2597** | 1003** | 656** | 1352,5** | 403** |

Примечания. Группа 1 – больные шизофренией (n = 210), группа 2 – психически здоровые лица (n = 120). М – среднее, SD – стандартное отклонение. Уровень значимости различий по критерию U-Манна-Уитни: ** p < 0,01.

Для определения того, насколько критическими являются различия значений показателей операционального компонента социального интеллекта основной и контрольной групп, проведен анализ распределения частот суммарного балла по тесту Гилфорда (сравнивались относительные частоты). Рисунок 1 представляет результаты анализа распределения частот и свидетельствует о наличии «точки перегиба» (26 баллов по тесту Гилфорда), различающей для большинства наблюдений норму и пациентов исследованной группы.

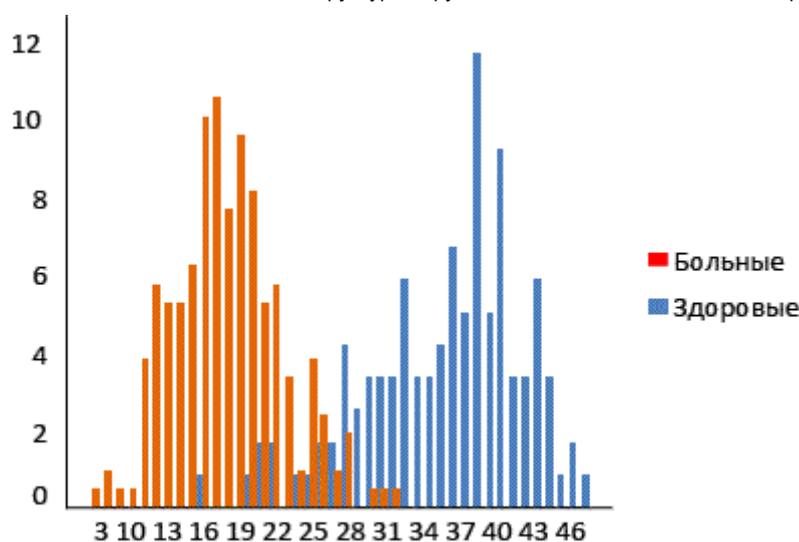


Рис. 1. Частота встречаемости баллов теста Дж. Гилфорда «Социальный интеллект» (суммарный балл) в основной и контрольной группах.

Примечания. По оси абсцисс отложены значения балла теста Дж. Гилфорда (сырые баллы), по оси ординат – частота встречаемости данного балла в группе.

Мотивационный компонент социального интеллекта был измерен на основе показателя теста «Социальная ангедония» (табл. 3).

Таблица 3

Средние значения показателя теста «Социальная ангедония» (мотивационный компонент социального интеллекта) у больных шизофренией и психически здоровых лиц

| | Больные шизофренией | | | Психически здоровые | | |
|------------------------|---------------------|--------------------|-----------------------|---------------------|-------------------|-----------------------|
| | Мужчины n = 105 | Женщины n = 105 | Вся группа n = 210 | Мужчины n = 60 | Женщины n = 60 | Вся группа n = 120 |
| Средний балл | 18,5** | 19,3** | 18,9** | 5,4 | 5,35 | 5,4 |
| Стандартное отклонение | 7,56 | 6,45 | 7,02 | 1,74 | 1,96 | 1,85 |

Примечания. PANSS – шкала психопатологической симптоматики. Уровень значимости различий: ** $p < 0,01$, оценка по U-критерию Манна–Уитни.

Изучение поведенческих характеристик социального интеллекта у больных выбранной нами клинической группы потребовало выхода за пределы опросников и тестов, а способом объективации стали экспертные оценки. В настоящем исследовании мы имеем клинические (экспертные) оценки по субшкалам PANSS, часть из которых коррелируют с социальным поведением больных. Выбор ряда субшкал, наиболее причастных к социальному поведению, не был случаен, обоснован через использование факторного анализа (здесь не приводится). Установлено совпадение набора субшкал, связанных с социальным поведением больных, с составляющими фактора 1 – «Негативная симптоматика», взятого в соответствии с 5-факторной моделью PANSS [Lindermayer et al., 1995]. Данные представлены в табл. 4.

Таблица 4

Показатели нарушений поведенческого компонента социального интеллекта у больных шизофренией (данные по субшкалам PANSS, $M \pm SD$)

| Параметры (субшкалы PANSS) | Мужчины | Женщины | Все пациенты |
|-------------------------------|------------|------------|-----------------|
| H-1. Приглушенный аффект | 2,6 ± 1,02 | 2,4 ± 0,85 | 2,5 ± 0,94 |

| | | | |
|---|------------|------------|------------|
| Н-2. Эмоциональная отгороженность | 2,6 ± 0,96 | 2,5 ± 0,77 | 2,6 ± 0,87 |
| Н-3. Трудности в общении | 2,6 ± 0,84 | 2,6 ± 0,78 | 2,6 ± 0,81 |
| Н-4. Пассивно-апатическая социальная отгороженность | 2,5 ± 0,99 | 2,5 ± 0,93 | 2,5 ± 0,96 |
| Н-6. Нарушения спонтанности и плавности речи | 2,7 ± 0,82 | 2,8 ± 0,74 | 2,7 ± 0,78 |
| О-7. Моторная заторможенность | 2,8 ± 0,88 | 2,7 ± 0,97 | 2,8 ± 0,92 |
| О-16. Активная социальная устранимость | 2,9 ± 0,89 | 2,9 ± 1,04 | 2,9 ± 0,97 |
| Фактор-1. Негативная симптоматика (5-факторная модель PANSS) | 18,7 ± 4,3 | 18,4 ± 4,3 | 18,5 ± 4,3 |

Примечания. М – среднее значение, SD – стандартное отклонение, Н – субшкалы «Шкалы негативных симптомов», О – субшкалы «Шкалы общих психопатологических симптомов».

Определенную сложность представляет оценка *регуляторного компонента социального интеллекта*. Нами использовалась самооценочная процедура, когда больные по завершении тестирования СИ оценивали по 5-балльной шкале эффективность собственной деятельности; она была определена как «рефлексивная оценка». Также мы использовали традиционный для отечественной патопсихологии качественный анализ выполнения больными основной группы заданий, направленных на диагностику социального интеллекта – в сравнении с работой над более традиционными патопсихологическими методиками. В рамках такого качественного анализа особое внимание уделялось мотивационным и регуляторным составляющим деятельности социального познания.

Самооценочная процедура показала, что средний балл в группе пациентов-мужчин составил $3,51 \pm 0,73$, пациенток-женщин – $3,62 \pm 0,73$, гендерные различия незначительны. С учетом уже установленной низкой эффективности реального выполнения больными тестов, диагностирующих состояние СИ, рефлексивная оценка оказалась завышенной, что свидетельствует о нарушении способности больных к рефлексии имеющихся затруднений. Для сравнения: данные аналогичной рефлексивной оценки в группе нормы – $4,13 \pm 0,65$ у психически здоровых мужчин, $4,23 \pm 0,59$ у женщин, при значительно более высокой результативности тестирования СИ. Кроме того, корреляционный анализ (табл. 5) свидетельствует о том, что рефлексивная оценка у больных фактически оказалась инвертированной, то есть чем ниже эффективность деятельности социального познания, тем более вероятно, что пациент не видит своих в ней затруднений; это позволяет уверенно говорить о нарушениях рефлексивного компонента как части более общих дефектов социального интеллекта.

Был проведен анализ взаимосвязей между нарушениями различных компонентов социального интеллекта с применением корреляционного и факторного анализа.

Таблица 5

Связь показателей шкал, использованных для измерения компонентов социального интеллекта в группе больных шизофренией (коэффициенты корреляции Спирмена)

| Показатели | Тесты | | | | | | |
|---------------|---|--------------|--------------|--------------|---------------|---------------------------------|---------------------------|
| | «Социальный интеллект» (сырые баллы) | | | | | «Распознавание эмоций», балл | «Поза и жест», балл |
| | Субтест 1 | Субтест 2 | Субтест 3 | Субтест 4 | Общий балл | | |
| Субтест 1 | 1 | 0,17* | 0,13 | 0,25** | 0,64*** | 0,14* | 0,19** |
| Субтест 2 | – | 1 | 0,09 | 0,30*** | 0,63*** | 0,28*** | 0,24*** |
| Субтест 3 | – | – | 1 | 0,29*** | 0,55*** | 0,10 | 0,28*** |
| Субтест 4 | – | – | – | 1 | 0,65*** | 0,19** | 0,26*** |
| Общий балл | – | – | – | – | 1 | 0,27*** | 0,40*** |
| Распознавание | – | – | – | – | – | 1 | 0,39*** |

| | | | | | | | |
|----------------------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| Эмоций | | | | | | | |
| Социальная ангедония | -0,36*** | -0,40*** | -0,31*** | -0,35*** | -0,56*** | -0,32*** | -0,38*** |
| Рефлексивная оценка | -0,26*** | -0,35*** | -0,30*** | -0,26*** | -0,45*** | -0,10 | -0,17* |

Примечания. Уровень значимости связи: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$.

Для уточнения структуры нарушений социального интеллекта при шизофрении мы использовали факторный анализ методом основных компонент (табл. 6).

Таблица 6

Данные факторного анализа показателей социального интеллекта (факторные нагрузки)

| Показатели | Фактор 1 | Фактор 2 | Фактор 3 |
|---|--------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|
| | Нарушения когнитивного компонента СИ | Нарушения социального поведения | Нарушения социальной перцепции |
| Композитная оценка социального интеллекта (СИ) | 0,926 | | |
| «Рефлексивная оценка» | -0,663 | | |
| Субтест 4 | 0,642 | | |
| Субтест 1 | 0,635 | | |
| Субтест 3 | 0,568 | | |
| Субтест 2 | 0,551 | | 0,326 |
| Н-2. Эмоциональная отгороженность | | 0,707 | |
| Н-4. Пассивно-апатическая социальная отгороженность | | 0,704 | |
| Н-1. Притупленный аффект | | 0,702 | -0,412 |
| Н-3. Трудности в общении | | 0,682 | |
| О-7. Моторная заторможенность | | 0,664 | |
| О-16. Активная социальная устраненность | -0,534 | 0,538 | -0,343 |
| Н-6. Нарушения спонтанности и плавности речи | | 0,525 | |
| Распознавание эмоций | | | 0,715 |
| Поза и жест | | | 0,699 |
| Социальная ангедония | -0,459 | 0,316 | -0,509 |
| Доля объясняемой дисперсии, % | 21,6 | 19,9 | 12,0 |

Примечания. Н – субшкалы «Шкалы негативных симптомов», О – субшкалы «Шкалы общих психопатологических симптомов».

Поскольку данные факторного анализа позволяют говорить об особом месте показателя социальной ангедонии, его причастности к каждому из выделенных факторов, включая клинические субшкалы, был проведен регрессионный анализ для оценки вклада клинических параметров в показатель социальной ангедонии – результаты представлены в табл. 7.

Таблица 7

Данные регрессионного анализа: оценка влияния показателей шкалы PANSS (5-факторная модель) на показатель шкалы «Социальная ангедония» у больных шизофренией (n = 210)

| Показатели | β | t | p |
|------------|---------|---|---|
| | | | |

| | | | |
|--------------------------------------|--------|--------|-------|
| Фактор 1. Негативная симптоматика | 0,419 | 6,055 | 0,000 |
| Фактор 3. Дезорганизация мышления | -0,138 | -2,083 | 0,038 |
| Фактор 4. Враждебность и возбуждение | 0,220 | 3,346 | 0,001 |
| Фактор 5. Тревога и депрессия | 0,157 | 2,234 | 0,027 |

Примечания. β – стандартный коэффициент регрессии, t – критерий Стьюдента, p – уровень статистической значимости коэффициента. Для данной модели $F = 21,8$, $R = 0,55$, $R^2 = 0,30$ при вероятности ошибки $p < 0,001$; модель позволяет объяснить 30% разброса зависимой переменной.

Обсуждение

По всем измеренным параметрам показатели социального интеллекта у больных ниже, чем у психически здоровых лиц, различия между группами значимы.

Низкие баллы по тестам, измеряющим операциональный компонент социального интеллекта, отражают существенные затруднения, возникающие у больных при работе с социально-релевантными стимулами. Страдает способность правильно и полно воспринимать состояния, чувства, намерения людей по их невербальным проявлениям, мимике, позам, жестам (тесты «Распознавание эмоций», «Поза и жест», субтест 2 теста Гилфорда). Снижена способность больных шизофренией понимать чувства других людей, расшифровывать истинное содержание сообщения партнера по общению (которое нередко искажается в зависимости от сопутствующих невербальных сигналов). Поскольку пациенты не могут воспринять нюансы реакций окружающих, им присуща слабость рефлексии того, как другие люди видят их и реагируют на их (больных) поведение.

Аналогичным образом страдает у пациентов с шизофренией и способность понимать значения вербальных реакций человека в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации (субтест 3 теста Гилфорда). Следствием нарушений становятся ошибки интерпретации слов другого человека, непонимание их значения (речевой экспрессии), невозможность полноценного диалога. Низкая чувствительность к характеру и оттенкам взаимоотношений при реальных взаимодействиях порождает предпочтительную ориентацию на вербальное содержание сообщения. Данная особенность традиционно отмечалась клиницистами и квалифицировалась как «формальность» мышления: неспособность прочесть подтекст при сохранении логики суждений.

Сложной для больных шизофренией является необходимость расшифровать логику развития социальной ситуации, понимать смысл поступков и действий персонажей (субтесты 1-го и 4-го тестов Гилфорда). Невыполнимой становится задача достраивания неизвестных, недостающих звеньев в цепи взаимодействий, предсказание того, как человек поведет себя в дальнейшем, поиск причин определенного поведения другого человека; не распознают больные изменений смысла социальной ситуации при включении в коммуникацию иных участников. Успешное выполнение названных субтестов предполагает также умение ориентироваться в социальных ситуациях и знание ролевых моделей, правил, регулирующих поведение людей, что, соответственно, страдает у исследованных пациентов.

Все указанные нарушения приводят к ошибкам интерпретации, нелепым и неадекватным поступкам больных, существенно затрудняют их адаптацию.

В части случаев (клинически тяжелых) речь идет о неспособности вообще признавать связь между реальным поведением и внешними событиями. Такая интерпретация напрашивается вследствие встречавшейся у ряда пациентов тенденции рассматривать каждую карточку серии отдельно друг от друга (признак, напоминающий клинический феномен разорванности мышления) и невозможности создания единой картины развития социальной ситуации как развернутой во времени.

Как видно из рис. 1, небольшая группа больных (14 человек, или 7% от общего числа наблюдений) демонстрируют значение показателя теста Гилфорда выше точки перегиба. Анализ индивидуальных протоколов (здесь не приводится) показал, что в этой группе аккумулярованы пациенты с благоприятно протекающей рекуррентной формой шизофрении (F20.23) – 8 человек (57%). У этих больных выявлены отдельные дефицитарные звенья в структуре СИ при относительной сохранности

иных параметров, то есть нарушения социального интеллекта имеются, хотя и не тотальны. Это позволило сделать вывод о наличии у больных шизофренией не особенностей, но *нарушений операционального компонента социального интеллекта* как типичных для этой клинической группы.

Существенное по сравнению с психически здоровыми лицами повышение показателя социальной ангедонии у больных шизофренией (табл. 3) свидетельствует о сниженной у последних способности получать удовольствие от общения и взаимодействия с людьми, от пребывания рядом с ними; в ряде случаев больные готовы любые связанные с общением ситуации признавать как неприятные (набирая более 30 баллов из 40 возможных в тесте). Для подавляющего большинства психически здоровых лиц общению и взаимодействию с людьми в разных ситуациях сопутствует переживание удовольствия или комфорта.

Табл. 4 представляет данные по субшкалам PANSS, релевантным социальному поведению больных. Статистическое сравнение с психически здоровыми людьми здесь не проведено, поскольку PANSS используется для оценки психопатологических симптомов, и шкала неприменима для психически здоровых лиц (у здоровых предполагаются близкие к нулю значения по всем субшкалам). Обнаруженная степень выраженности показателей в основной группе такова, что позволяет утверждать значительные нарушения социального поведения у обследованных пациентов (по большинству обозначенных субшкал PANSS средний балл приближается к 3).

Анализ в описательных терминах свидетельствует о бедности и искаженности («вымученности, искусственности») присущих больным мимики, коммуникативной жестикюляции (Н-1). Пациенты мало инициативны, не имеют интереса к окружающим людям и их действиям, эмоционально отстранены от происходящего (Н-2). В общении с пациентами прослеживается «искусственность, натянутость, высокопарность», их речь «носит обезличенный, резонерский характер» и отражает отчужденность и дистанцирование от собеседника, «отсутствие интереса к беседе» (Н-3).

Обследованные нами пациенты в соответствии с клиническими оценками малоинициативны, без интереса или с чувством неловкости участвуют в контактах с другими людьми либо избегают таковых, предпочитая уединенное времяпрепровождение (Н-4, О-16); у больных имеют место нарушения плавности и выразительности речи, нарушения ее динамики (Н-6), как и изменения общей организации моторики и поведения (О-7). Все указанные нарушения, ставшие основой экспертных оценок по субшкалам PANSS, квалифицируются клиницистами как появления «минус-симптомов» или негативных расстройств. Нами они интерпретируются и как проявления нарушений поведенческого компонента социального интеллекта, низкой коммуникативной компетентности.

Как отмечено выше, «рефлексивная оценка» как показатель регуляторного компонента социального интеллекта была дополнена качественным анализом выполнения больными шизофренией заданий, направленных на диагностику социального интеллекта. Данный качественный анализ позволил описать ряд феноменов, отражающих нарушения как операционального компонента социального интеллекта, так и особое, искаженное отношение больных к материалу предложенных заданий и к собственной деятельности социального познания. Важнейшим феноменом стало обнаружение у больных недифференцированного негативного аффекта, сопровождающего работу с насыщенными социально-релевантной информацией стимулами, с возможностью квалификации этого аффекта как синонимичного переживанию неудовольствия, дискомфорта, растерянности, а нередко раздражения до степени озлобления. Наблюдение является подтверждением данных по тесту «Социальная ангедония», поскольку также отражает сниженную способность больных испытывать интерес и удовольствие от взаимодействия с социально-релевантными стимулами и партнерами по общению.

В отношении регуляторной составляющей социального интеллекта (диагностируемой по «рефлексивной оценке») можно утверждать следующий факт: ее искажения и инверсия сопутствует более отчетливым нарушениям операционального компонента социального интеллекта. Кроме того, качественный анализ позволил описать в качестве нарушений регуляторной составляющей ряд *стратегий разрешения больными затруднений при выполнении заданий, измеряющих социальный интеллект*. В числе таковых стратегий: импульсивные, небрежные или множественные решения, вплоть до фактического отказа от выполнения, «псевдорешения» (такие как неэмоциональные ответы при распознавании эмоций по мимике или парамимическим проявлениям), стереотипные дублирования однажды данного ответа, пространственные интерпретации с фактическим уклонением от

решений, дискредитация тестовых заданий, случайные (бездумные) ответы, иные. Данные стратегии оценены как неэффективные, фиксирующие нарушения регуляции деятельности социального познания и содействующие малоэффективному социальному поведению.

Для части больных можно говорить о фактическом отказе от деятельности социального познания, ее разрушении, равно как и об отказе от разрешения возникающих в данной деятельности затруднений и, в целом, от «субъектной» позиции, проявлений инициативы, попытки саморазвития, самореализации в деятельности социального познания. Ценностное отношение больного шизофренией – как к деятельности социального познания, так и к себе как субъекту этой деятельности – характеризуется нами как устойчиво негативное. Способами реализации такого отношения чаще становятся объявление их несущественными, неценными, то есть девальвация.

Большое число установленных корреляций между исследованными параметрами (табл. 5) является эмпирическим подтверждением правомерности трактовки социального интеллекта как группы связанных, содержательно близких параметров (способностей), что отвечает теоретическим представлениям о социальном интеллекте, а также свидетельствует в пользу предлагаемой комплексной модели СИ. Итогом анализа полученных данных можно считать доказательство предположения о наличии синдрома (симптомокомплекса) комплексного нарушения способностей – из числа относящихся к социальному интеллекту – как типичного для больных шизофренией.

Результаты факторизации исследованных параметров (табл. 6) свидетельствуют, что, несмотря на наличие многих корреляционных связей между ними, можно говорить о правомерности разведения когнитивного и поведенческого компонентов социального интеллекта как относительно независимых. При этом параметр, отражающий мотивационный компонент социального интеллекта больных (балл шкалы «Социальная ангедония») входит в состав всех выделенных факторов и позволяет утверждать роль мотивационной составляющей как важной части нарушений иных компонентов социального интеллекта. Аналогичную роль «сквозного» параметра играет показатель субшкалы О-16 «Активная социальная устранимость», также отражающей снижение коммуникативной направленности, описанное как ключевой дефицит у больных шизофренией [Критская и др., 1991].

Социальная перцепция, способность к распознаванию эмоционально-значимых проявлений других людей выделилась в отдельный фактор в структуре способностей, относящихся к социальному интеллекту. Корреляционный анализ подтверждает правомерность отнесения социальной перцепции к операциональному компоненту социального интеллекта, но факторизация свидетельствует в пользу определенной независимости именно перцептивных нарушений. В связи с этим представляет интерес более детальный анализ обнаруженных у больных нарушений распознавания эмоций по мимическим и парамимическим проявлениям, в том числе в контексте имеющихся у пациентов нарушений эмоциональной сферы (что выходит за рамки настоящей статьи).

Необходимость учета клинического контекста потребовала от нас также оценки данных по нарушениям социального интеллекта у больных с различающимися формами заболевания. На первом этапе анализа вся выборка больных была разделена на подгруппы – на основании формы заболевания и типа течения (представленных в табл. 1), с последующим сравнением значений параметров социального интеллекта между подгруппами. Результаты (здесь не приводятся) свидетельствуют, что число параметров, по которым выделенные подгруппы значительно различаются, невелико, и в большинстве случаев больные дают сходные результаты по использованным тестам социального интеллекта независимо от формы заболевания.

Частные различия касаются двух форм: «Простая шизофрения» (F20.6) и «Эпизодическая ремитирующая (рекуррентная)» как вариант течения параноидной шизофрении (F20.23). Для простой шизофрении характерны особенно низкие значения ряда субтестов социального интеллекта, тогда как при рекуррентной форме результат распознавания эмоций по мимике значимо выше, чем в других подгруппах, а показатели социальной ангедонии несколько ниже. Выявленные небольшие различия по показателям социального интеллекта не препятствуют выводу о том, что нарушения социального интеллекта присущи всем больным шизофренией, независимо от формы и типа течения.

Указанные результаты были уточнены с использованием нескольких серий множественного регрессионного анализа, позволившего оценить взаимовлияния параметров клинической оценки и

нарушений социального интеллекта. В настоящей статье мы привели результаты одного регрессионного анализа (табл. 7), из данных которого видна значительная степень влияния клинической симптоматики на показатель социальной ангедонии (объясняет до 30% разброса данных).

С учетом тесной связи показателя социальной ангедонии как отражающего мотивационный компонент социального интеллекта с иными компонентами можно утверждать особый статус социальной ангедонии – как одного из параметров социального интеллекта (мотивационного) и одновременно условия, опосредующего влияние клинической симптоматики на иные компоненты социального интеллекта у больных шизофренией. На наш взгляд, это позволяет говорить об одном из механизмов, объясняющих дефициты социального интеллекта у больных шизофренией, явления стабилизации и хронификации этих дефицитов, усугубления их при прогрессивности процесса. А именно: при значительном нарастании клинической симптоматики (особенно негативной) страдает способность больных испытывать удовольствие от общения с людьми. С этим тесно связаны отказ больного от общения, от социальной активности, от оперирования социально-релевантными стимулами, что, по мере пролонгирования подобного состояния, ведет к накоплению вторичных операциональных, поведенческих дефицитов социального интеллекта, к хронификации нарушений социального познания.

Определение высокого уровня социальной ангедонии как механизма хронификации нарушений социального интеллекта доказывает особую ее значимость при проведении психотерапевтической, реабилитационной и психосоциальной работы; преодоление социальной ангедонии становится необходимым условием эффективности интервенций, ориентированных на коррекцию нарушений социального интеллекта.

Выводы

1. Сопоставление множества современных концептов, предлагаемых для описания нарушений социального познания при шизофрении, требует их переосмысления и интеграции для построения исследовательской модели таких нарушений. Наиболее полное рассмотрение обнаруживаемых больными шизофренией нарушений социального познания возможно при использовании интегративной модели социального интеллекта, включающей такие структурные компоненты, как операциональный, мотивационный, регуляторный, поведенческий.
2. Снижение показателей социального интеллекта у больных шизофренией наблюдаются при различных клинических картинах шизофрении, при разной степени выраженности психопатологических симптомов, типах и скорости течения процесса; степень снижения позволяет уверенно говорить о нарушениях социального интеллекта при шизофрении.
3. Между различными структурными компонентами социального интеллекта существуют тесные связи в виде взаимообусловленности выраженности их нарушений, что доказывает наличие особого типичного для больных шизофренией симптомокомплекса, включающего нарушения операционального, регуляторного и поведенческого компонентов СИ, а также мотивационного в виде снижения способности к получению удовольствия от общения (социальная ангедония).
4. Для больных шизофренией высокий уровень социальной ангедонии связан со степенью выраженности нарушений других компонентов СИ, притом что в свою очередь социальная ангедония находится под влиянием клинических симптомов шизофрении. Это позволяет квалифицировать социальную ангедонию как фактор, опосредующий влияние клинических симптомов на социальный интеллект, и говорить о расшифровке механизма хронификации нарушений социального интеллекта в рамках текущего шизофренического процесса.

Литература

Гаранян Н.Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Моск. гос. университет, Москва, 1986.

Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Сторожакова Я.А. Психосоциальная терапия и психосоциальная реабилитация в психиатрии. М.: Медпрактика, 2004.

Елигулашвили Е.И. Роль общения в процессе взаимодействия личности с реальностью: дис. ... канд. психол. наук. Тбилиси, 1982.

Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Медицина, 1991.

Курек Н.С. Дефицитные нарушения психической активности (Личность и болезнь): дис. ... докт. психол. наук. Моск. гос. университет, Москва, 1998.

Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии. Журнал неврологии и психиатрии, 1986, No 12, 1831–1836.

Михайлова (Алешина) Е.С. Диагностика социального интеллекта. Методическое руководство. СПб.: Иматон. 1996.

Плужников И.В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах: автореф. дисс. ... канд. психол. наук. Моск. гос. университет, Москва, 2010.

Потапов А.В. Стандартизированные клиничко-функциональные критерии терапевтической ремиссии при шизофрении: автореф. дис. ... канд. мед. наук. МНИИ психиатрии МЗ СР РФ, Москва, 2010.

Сергиенко Е.А., Лебедева Е.И., Прусакова О.А. Модель психического как основа становления понимания себя и другого в онтогенезе человека. М.: ИП РАН, 2009.

Сидорова М.А. Нейрокогнитивные расстройства и их динамика в процессе лечения у больных юношеской приступообразной шизофренией и шизоаффективным психозом: дис. ... канд. психол. наук. МНИИ психиатрии МЗ СР РФ, Москва, 2005.

Хломов Д.Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией: дис. ... канд. психол. наук. Моск. гос. университет, Москва, 1984.

Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: дис. ... канд. психол. наук. Моск. гос. университет, Москва, 1983.

Холмогорова А.Б., Гаранян Н.Г., Долныкова А.А., Шмуклер А.Б. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией. Социальная и клиническая психиатрия, 2007, 17(4), 67–76.

Baron-Cohen S., Belmonte M.K. Autism: A window onto the development of the social and the analytic brain. Annual Review of Neuroscience, 2005, Vol. 28, 109–126.
doi:10.1146/annurev.neuro.27.070203.144137

Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Does the autistic child have a 'theory of mind'? Cognition, 1985, 21(1), 37–46.

Blanchard J., Gangestad S., Brown S., Horan W. Hedonic capacity and schizotypy revisited: a taxometric analysis of social anhedonia. Journal of Abnormal Psychology, 2000, 109(1), 87–95.

Brüne M. "Theory of Mind" in schizophrenia: A review of the literature. Schizophrenia Bulletin, 2005, 31(1), 21–42.

Burns J.K. The social brain hypothesis of schizophrenia. World Psychiatry, 2006, 5(2), 77–81.

Ciampi L. The dynamics of complex biological/psychosocial systems. Four fundamental psychobiological

mediators in the long-term evolution of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 1989, 155(Suppl. 5), 15–21.

Corcoran R., Frith C.D. Autobiographical memory and theory of mind: Evidence of a relationship in schizophrenia. *Psychological Medicine*, 2003, 33(5), 897–905.

Corrigan P.W., Green M.F. The Situational Feature Recognition Test: A measure of schema comprehension for schizophrenia. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 1993, No. 3, 29–35.

Corrigan P.W., Penn D.L. (Eds). *Social cognition and schizophrenia*. Washington, DC: APA press, 2001.

Crespi B., Badcock C. Psychosis and autism as diametrical disorders of the social brain. *Behavioral and Brain Science*, 2008, 31(3), 241–320.

Eckblad M.L., Chapman L.J., Chapman J.P., Mishlove M. The Revised Social Anhedonia Scale. Unpublished test, University of Wisconsin, Madison, WI, 1982.

Frith U. Cognitive explanations of autism. In: K. Lee (Ed.), *Childhood cognitive development: The essential readings*. Malden, MA: Blackwell, 2000.

Heinssen R.K., Liberman R.P., Kopelowicz A. Psychosocial skills training for schizophrenia: lessons from the laboratory. *Schizophrenia Bulletin*, 2000, 26(1), 21–46.

Hogarty G.E., Flesher S. Practice principles of cognitive enhancement therapy for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 1999, 25(4), 693–708.

Langdon R., Coltheart M., Ward P.B., Catts S.V. Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor mind-reading. *Psychological Medicine*, 2002, 32(7), 1273–1284.

Lewis R. Should cognitive deficit be a diagnostic criterion for schizophrenia? *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, 2004, 29(2), 102–113.

Lindermayer J.P., Bernstein-Human R., Grochowski S., Bark N. Psychopathology of schizophrenia: initial validation of 5-factor model. *Psychopathology*, 1995, 28(1), 22–31.

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.

Mazza M., De Risio A., Tozzini C., Roncone R., Casacchia M. Machiavellianism and theory of mind in people affected by schizophrenia. *Brain and Cognition*, 2003, 51(3), 262–269.

Meehl P.E. Primary and secondary hypohedonia. *Journal of Abnormal Psychology*, 2001, 110(1), 188–193.

Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia. *American Psychologist*, 1962, No. 17, 827–838.

Meilijson S.R., Kasher A., Elizur A. Language performance in chronic schizophrenia: A pragmatic approach. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 2004, 47(3), 695–713. doi:10.1044/1092-4388(2004/053)

Morise C., Berna F., Danion J.M. The organization of autobiographical memory in patients with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 2011, 128(1–3), 156–160.

Moritz S., Woodward T.S. Metacognitive training in schizophrenia: from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion in Psychiatry*, 2007, 20(6), 619–625.

Penn D., Combs D., Ritchie M., Francis J., et al. Emotion recognition in schizophrenia: further investigation of generalized versus specific deficits models. *Journal of Abnormal Psychology*, 2000, 109(3), 512–516.

Penn D.L., Corrigan P.W., Bentall R.P., Racenstein J.M., Newman L.S., Social cognition in schizophrenia. *Psychological Bulletin*, 1997, 121(1), 114–132.

Rado S. *Psychoanalysis of behavior: The collected papers of Sandor Rado*. New York: Grune and Stratton. 1962. Vol. 2.

Roder V., Medalia A. (Eds.). *Neurocognition and social cognition in schizophrenia patients. Basic concepts and treatment*. Basel, Switzerland: Karger, 2010. doi:10.1159/000284377

Schurhoff F., Szoke A., Turcas C., Villemur M., Tignol J. Anhedonia in schizophrenia: a distinct familial subtype? *Schizophrenia Research*, 2003, 61(1), 59–66.

Sullivan R.J., Allen J.S. Social deficits associated with schizophrenia in terms of interpersonal Machiavellianism. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1999, 99(2), 148–154.

Tarrier N. Behavioural psychotherapy and schizophrenia: The Past, the Present, and the Future. *Behavioural Psychotherapy*, 1991, 19(01), 121–130.

Поступила в редакцию 11 марта 2013 г. Дата публикации: 27 апреля 2013 г.

[Сведения об авторе](#)

Рычкова Ольга Валентиновна. Кандидат психологических наук, ведущий научный сотрудник, отделение психотерапии и реабилитации, Национальный научный центр наркологии Минздрава России, Малый Могильцевский пер., д. 3, 119002 Москва, Россия.
E-mail: rychkovao@bk.ru

[Ссылка для цитирования](#)

Стиль psystudy.ru

Рычкова О.В. Структура нарушений социального интеллекта при шизофрении. *Психологические исследования*, 2013, 6(28), 11. <http://psystudy.ru>

Стиль ГОСТ

Рычкова О.В. Структура нарушений социального интеллекта при шизофрении// *Психологические исследования*. 2013. Т. 6, № 28. С. 11. URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.гггг).

[Описание соответствует ГОСТ Р 7.0.5-2008 "Библиографическая ссылка". Дата обращения в формате "число-месяц-год = чч.мм.гггг" – дата, когда читатель обращался к документу и он был доступен.]

Адрес статьи: <http://psystudy.ru/index.php/num/2013v6n28/811-rychkova28.html>

[К началу страницы >>](#)