

Левикова Е.В. Социальная компетентность больных шизофренией подростков. Часть 1



English version: [Levikova E.V. Social competence in adolescents with schizophrenia](#)

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

Всемирная организация здравоохранения в 1948 г. определила «здоровье» как состояние не только полного физического и психического, но также и социального благополучия. Однако на настоящий момент времени объемного научного исследования социального благополучия психически больных людей не проводилось ни в нашей стране, ни за рубежом [Беребин, Вассерман, 1994; Гончаров, 1998; Коцюбинский и др., 2004; Парыгин, 2003].

В то же время количество людей, страдающих от психического неблагополучия, неуклонно растет, приводя при этом больного к социальной дезадаптации. Например, у больных шизофренией социальное функционирование нарушается рано и глубоко. Не случайно по тяжести социальных последствий и по нарушению адаптации шизофрения продолжает лидировать в психиатрии. На сегодняшний день в структуре инвалидности по психическим заболеваниям практически половину составляют именно больные шизофренией. Высокий процент инвалидизации этих больных обуславливается не только самим наличным процессом заболевания, но и влиянием на их социальное функционирование комплекса социально-средовых факторов [Коцюбинский и др., 2004].

Эпидемиологические исследования показывают, что шизофрения редко проявляется в раннем детстве. Даже имеющаяся наследственная отягощенность не всегда обнаруживает себя в этот период, и болезнь впервые дает о себе знать именно в подростковом возрасте, во время кризиса взросления с его специфическими психологическими травмами и конфликтами, связанным с установлением партнерских отношений со сверстниками, отделением от родителей и необходимостью встраиваться в более широкую социальную среду [Ремшмидт, 1994, с. 254].

Манифестация шизофрении в подростковом возрасте может оказать гораздо более разрушительное воздействие на жизнь больного, чем при развитии болезни у взрослого человека, так как именно в это время происходит процесс формирования социальных навыков и умений, необходимых для

успешного функционирования в обществе.

В данной работе делается акцент на собственно выявлении возможности успешного социального функционирования больного шизофренией. Целью нашей работы является изучение особенностей социальной компетентности и форм социальной дезадаптации больных шизофренией подростков.

Особенности социальной ситуации развития подростков и фактор шизофрении

Социальная ситуация развития в переходном подростковом возрасте имеет ряд важных особенностей, которые влияют на формирование социальной компетентности подростка. В этот период остро стоит вопрос самооценки, оценивания себя и других, вопрос обретения уверенности в себе, формирования развитого самосознания, самоуважения, самодостаточности, которые помогают человеку принимать решения, совершать самостоятельные поступки. Половое созревание повышает активность ребенка, стимулирует психические и физические возможности, создает условия для возникновения психического новообразования – ощущения взрослости и самостоятельности. Однако самостоятельность подростка ограничена, ему не хватает, с одной стороны, независимости от семьи и ближайшего социального окружения, а с другой стороны – он не достаточно еще владеет собой, механизмы личностной саморегуляции полностью не сформированы.

В подростковом возрасте социальный интеллект играет значительную роль в формировании социально адаптированной личности. В процессе развития существенно меняется значимость и соотношение ролей в социальном окружении подростка, отношения с другими претерпевают серьезные изменения. Перестраивается мотивационная сфера, в первую очередь изменяется структура общения. Утрачивается особая значимость отношений с родителями, учителями, на первый план выходит значимость референтной группы, отношений со сверстниками, потребность принадлежать к определенному кругу людей и разделять их взгляды. Подростковый период важен и для развития «Я-концепции», в этот период интенсивно формируется самооценка, которая является основным регулятором поведения и деятельности, впоследствии непосредственно оказывающим влияние на процесс самопознания, самовоспитания, на развитие личности [Кон, 1982].

Социальная компетентность активно развивается, однако особенности переходного возраста порождают определенные трудности, среди которых – неумение подростка верно соотнести свои возможности, желания и притязания с реальными условиями, результатами деятельности и общения. Этап преодоления возрастных проблем тесно связан с такими понятиями, как «адаптация», «социализация», «компетентность».

Заболевание шизофренией, являясь одним из видов дезадаптации, приводит к нарушению процессов социализации подростка и затрудняет переход к самостоятельной жизни в обществе. Процесс усвоения социальных ролей, связанный с ростом самостоятельности, налаживанием партнерских отношений с окружающими людьми, искажается под влиянием болезни, что затрудняет дальнейшую социализацию больного подростка.

Больной шизофренией подросток нуждается в специальной помощи, которая должна быть сообразной имеющейся степени выраженности социального дефекта в каждом индивидуальном случае, поэтому определение уровня социальной компетентности является необходимым для построения психокоррекционной работы с каждым страдающим этим заболеванием подростком.

Значение социальной компетентности в жизни человека и ее развитие в онтогенезе

Понятие социальной компетентности для клинической психологии является относительно новым и крайне мало изученным. Развитие социальной компетентности напрямую связано с наличием значительной социальной поддержки, с наличием теплых, достаточно близких отношений и поддерживающим социокультурным и физическим окружением – социальной сети. Отметим, что под социальной сетью подразумеваются не все связи, а только такие, которые устанавливаются с часто видимыми людьми – с ними человек тесно общается на протяжении долгого отрезка времени. В процессе общения эти люди предоставляют необходимые индивиду эмоциональную, физическую, экономическую и информационную поддержку [Казьмина, 1997].

Общение и социальная компетентность

С первых дней жизни общение не только является необходимым фактором психического развития ребенка, но и становится для него важнейшей формой жизнедеятельности, в процессе которой осуществляется познание окружающего мира, формирование эмоциональных реакций и в дальнейшем адекватного социального поведения [Выготский, 1983; Эльконин, 1971; Лисина, 2009].

В отечественной психологии второй половины XX века теоретическая разработка проблемы общения тесно связана с именами ряда ученых [Ананьев, 2000; Андреева, 2000, 2002; Бодалев, 1982, 1983; Леонтьев, 1975; Ломов, 1999; Мясищев, 2003; Парыгин, 1975, 2003; Петровская, 1982, 2007]. Вся система отношений человека с миром других людей реализуется в общении [Андреева, 2000, 2002]. Общение, по мнению Г.М.Андреевой, представляет собой очень сложный, многозвенный и многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми, который необходимо порождается потребностями совместной деятельности. Процесс общения включает в себя обмен информацией, разработку общей стратегии взаимодействия, а также восприятие и понимание одним человеком другого. Таким образом, исследователи традиционно выделяют и изучают коммуникативную (обмен информацией), перцептивную (восприятие людьми друг друга) и интерактивную (взаимодействие) составляющие общения [Андреева, 2000].

Выбор человеком той или иной линии поведения в каждой конкретной межличностной ситуации общения осуществляется на основании восприятия и оценки основных ее элементов: партнеров, самого себя и контекста ситуации в целом. Именно качество перцепции определяет то, что Л.А.Петровская назвала психологически грамотным общением, которое означает способность и умение личности общаться самым подходящим способом, в соответствии с его возрастом, полом, родом деятельности, авторитетом в коллективе, его местом в коллективе и т.д. [Петровская, 1982, 2007].

В настоящее время, характеризуя способность человека эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми, пользуются термином «социально-психологическая компетентность». Социально компетентная личность хорошо ориентируется в социальных ситуациях, правильно определяет личностные особенности и эмоциональные состояния других людей, выбирает адекватные способы обращения с ними и реализует их в процессе взаимодействия. Одной из важнейших составляющих социальной компетентности, помимо социальной перцепции, является коммуникативная компетентность, к которой относятся владение коммуникативными навыками и умениями, а также знание культурных норм, правил и ограничений в общении, знание обычаев, традиций, этикета, ориентация в коммуникативных средствах, присущих национальному, сословному и профессиональному менталитету (см.: [Краткий психологический словарь, 1985].

В зарубежных глоссариях под социальной компетентностью понимается, как правило, приобретенная способность, включающая собственно компетентность и социальные навыки, применяемые в интеракции, то есть знание и владение социальными суждениями, эмпатией и сценариями коммуникации между людьми.

Отметим, что проблеме социальной компетентности в зарубежных исследованиях уделяется

гораздо больше внимания, чем в отечественной психологии. Единого принятого определения социальной компетентности нет, поэтому часто выделяют отдельные задачи, которые решаются с использованием данного конструкта:

- способность индивида эффективно и адекватно разрешать различные проблемные ситуации, с которыми он сталкивается;
- эффективность индивида в повседневном взаимодействии со своим окружением;
- умение достигать поставленных социальных целей в специфических условиях с использованием соответствующих средств;
- способность пользоваться ресурсами социального окружения и личностными ресурсами с целью достижения хороших результатов;
- способность эффективно участвовать в сложных межличностных взаимодействиях, понимая и используя других людей и др.

Наиболее системным и обобщенным определением социальной компетентности, которое часто цитируют в англоязычной литературе, является определение М.Е. Ford, который рассматривал ее как «способность достижения социально значимых целей в конкретном культурном контексте с использованием допустимых средств в первую очередь для решения стоящих на данный момент [в пубертатном возрасте] задач развития» [Цит. по: Allen et al., 1989, p. 458].

Интересное определение социальной компетентности предложили С.К. Ewart с соавторами. Они исследовали связь социальной компетентности с уровнем сопротивляемости стрессу и выбором копинг-стратегий. По их мнению, «социальная компетентность – это в широком смысле способность выбирать и достигать желаемых и доступных целей путем обретения контроля над эмоциями и поведением индивида через понимание, установление контактов и влияние на окружающих» [Ewart, 2002, p. 339].

Существует большое количество исследований, посвященных изучению взаимосвязей социальной компетентности с другими психологическими характеристиками. В зарубежных исследованиях делались попытки обнаружить и определить характер взаимосвязей социальной компетентности с жизненными ценностями [Allen et al., 1989]; со склонностью к курению, употреблению алкоголя и других поверхностно-активных веществ [Caplan et al., 1992; Griffin et al., 2001]; с депрессией и депрессивными состояниями (Cole, 1990); с позитивной и негативной симптоматикой при аффективных расстройствах и при шизофрении [Dworkin et al., 1991]; с поведением во время стресса и особенностями обмена веществ [Hanson et al., 1987]; с тенденцией к агрессии в общении со школьными сверстниками и родителями [MacKinnon-Lewis et al., 1994]; с отклоняющимся поведением, процессами самоидентификации и развитием идентичности, отношениями и поведением привязанности и эмоциональным благополучием. В этих работах даются различные определения и рассматриваются разные аспекты социальной компетентности.

Так, D. Oyserman и E. Saltz изучали взаимосвязь социальной компетентности с процессом обретения идентичности, а также с процессом ее развития. Социальная компетентность понимается авторами как «способность найти социально приемлемые возможности достижения желаемой идентичности» [Oyserman, Saltz 1993, p. 361]. Исследователи K.G. Rice, T.J. Cunningham и M.B. Young изучали взаимосвязь социальной компетентности и особенностей поведения привязанности, эмоционального благополучия. Они опирались на определение J. Bowlby (1973), согласно которому социальная компетентность – это «позитивное чувство самоэффективности в достижении социально значимых целей» [Rice et al., 1997, p. 90]. Авторы в качестве примера приводят такие цели, как развитие и сохранение хороших отношений со сверстниками, ощущение достаточного комфорта в социальных ситуациях и возможность в случае необходимости получать поддержку от окружающих (см.: [Роджерс, 1994]).

В исследовании K.W. Griffin с соавторами было выявлено, что подростки с высоко развитой социальной компетентностью реже употребляют поверхностно-активные вещества, меньше и реже страдают от депрессий, реже склонны к агрессии, в том числе и физической, менее склонны к

отклоняющемуся поведению, сексуальным нарушениям; редко отличаются хронической неуспеваемостью в школе [Griffin et al., 2001].

По мнению А.С.Довна, высокий уровень социальной компетентности имеет тесную связь с эмоциональным самоконтролем, способностью принимать продуманные решения, высоким уровнем мотивации достижения, принятием своего физического облика, гармоничной «Я-концепцией» [Ewart, 2002]. Исследователями D.Oyserman и E.Saltz [Oyserman, Saltz 1993] было показано, что подростки, обладающие высоким уровнем социальной компетентности, имеют способность находить успешные пути разрешения кризисных и проблемных ситуаций в учебе, в сфере общения, что создает условия для обретения позитивной идентичности, как социально-ролевой, так и личностной.

Во многих современных зарубежных исследованиях рассматривается связь социальной компетентности и возможности успешной адаптации к социуму детей с различными отклонениями от нормального социального развития. В этих случаях социальная компетентность понимается как наличие умения и способности использовать умение соотносить свои мысли, чувства и поведение с правилами и нормами, принятыми в данной культуре, обладающими ценностью в ней [Ewart, 2002].

В отечественной клинической психологии отметим работы Н.М.Иовчук и М.С.Пономарева. Работа [Иовчук, 2001] была посвящена изучению возможности повысить уровень социальной компетентности у детей-сирот, которые проживали в учреждениях интернатного типа. В диссертационном исследовании [Пономарев, 2006] исследовался феномен социальной компетентности у подростков с дезадаптивным поведением.

Таким образом, социальную компетентность можно рассматривать как комплексный интегральный показатель социального функционирования человека. В нем отражается определенный комплекс психологических характеристик, которые выступают в качестве предпосылок социальной компетентности.

Понятие социального интеллекта

С понятием социальной компетентности неразрывно связано понятие социального интеллекта. Социальный интеллект обеспечивает понимание поступков и действий людей, понимание речевой продукции человека, а также его невербальных реакций. Социальный интеллект является когнитивным компонентом коммуникативных способностей личности и неотъемлемым профессионально важным качеством в различных профессиях. Понятие социального интеллекта некоторыми авторами используется как синоним социальной компетентности, однако таковым не является.

В рамках социально-психологического подхода социальный интеллект рассматривается в качестве когнитивной составляющей коммуникационной компетентности. Основной акцент делается на способности самостоятельно принимать решения, которые касаются поведения в каждой конкретной межличностной ситуации, исходя из предварительной ориентировки, ее восприятия и смысловой интерпретации (межличностное восприятие, каузальная атрибуция) [Чеснокова, 2005].

Впервые термин «социальный интеллект» был предложен Э.Торндайком (E.Thorndike) в 1920 году и означал «общую способность понимать других и действовать или поступать мудро в отношении других» [Цит. по: Чеснокова, 2005, с. 78]. Торндайк различал общий интеллект, который называл абстрактным, и социальный интеллект, тем самым сделав предположение о том, что они имеют различные источники и механизмы развития.

По мнению американского психолога Г.Олпорта (G.Allport), социальный интеллект представляет собой некий социальный дар, который обеспечивает легкость в межличностном общении,

успешную социальную адаптацию субъекта, но никак не глубину понимания сути межличностной ситуации общения [Приводится по: Михайлова, 1996]. Е.С.Михайлова в этом руководстве по использованию методики социального интеллекта Дж.Гилфорда (G.Gilford) и М.Салливена (M.Sullivan) ссылается на точку зрения Олпорта, который в 1937 г. связывал социальный интеллект со способностью предвидеть и прогнозировать наиболее вероятные и логичные реакции человека.

Фундаментальную модель социального интеллекта в 60-х годах XX в. предложил Дж.Гилфорд, создатель первого надежного теста для измерения социального интеллекта. Под социальным интеллектом он понимал систему интеллектуальных способностей, которые независимы от фактора общего интеллекта и связаны в первую очередь с восприятием и переработкой информации о поведении. Эта модель социального интеллекта была предложена Дж.Гилфордом и коллегами после завершения факторно-аналитических исследований в Университете Южной Калифорнии, целью которых была разработка тестов измерения общих способностей.

Понятием социального интеллекта оперировал также Г.Айзенк (H.Eysenck), рассматривая иерархию трех типов интеллекта – биологического, психометрического и социального. Определения и методов измерения социального интеллекта Айзенк не предложил.

В отечественной психологии понятие социального интеллекта введено Ю.Н.Емельяновым. Он изучал социальный интеллект в рамках практической психологической деятельности, направленной на повышение коммуникативной компетентности индивида в рамках активного социально-психологического обучения. В работах и исследованиях Емельянова социальный интеллект определяется как устойчивая способность, которая основана на специфике мыслительных процессов, учитывает специфику аффективного реагирования, а также социального опыта понимания индивидом самого себя и других людей, позволяет верно понимать взаимоотношения людей и прогнозировать межличностные события в ситуации общения. Емельянов указывает на связь социального интеллекта и ситуативной адаптации [Емельянов, 1985].

М.И.Бобнева полагает, что социально-психологическое развитие личности непременно включает в себя формирование особых способностей и свойств, которые обеспечивают ее социальную адекватность, в число которых входят социальное воображение и социальный интеллект. Под социальным воображением надо понимать способность человека поместить себя самого в реальный социальный контекст и наметить линию своего поведения. Социальным интеллектом называется способность усматривать и улавливать сложные взаимосвязи и взаимозависимости в социальной сфере [Приводится по: Банина, 2007].

А.Л.Южанинова выделяет социальный интеллект как одну из трех характеристик интеллектуальной структуры, дополнительную к двум остальным, а именно к практическому и логическому интеллекту. Последние относятся к сфере субъект-объектных отношений, а социальный интеллект – к сфере субъект-субъектных. Социальный интеллект, по мнению Южаниновой, представлен социально- перцептивными способностями, социальным воображением и социальной техникой общения [Южанинова, 1984].

В.Н.Куницына определяет социальный интеллект как глобальную способность, которая возникает на базе комплекса интеллектуальных, личностных, коммуникативных и поведенческих черт, с необходимостью включает в себя уровень энергетической обеспеченности процессов саморегуляции. В комплексе эти черты обуславливают прогнозирование развития ситуации общения, верную интерпретацию информации и поведения, а также готовность к социальному взаимодействию и принятию решений [Куницына, 1995].

Таким образом, социальный интеллект рассматривается как интегральная интеллектуальная способность, которая определяет успешность общения и социальной адаптации. Он позволяет объединять и регулировать различные познавательные процессы, связанные с отражением социальных объектов (в том числе человека как партнера по общению, группы людей).

Социальный интеллект позволяет ориентироваться на существенные характеристики межличностной ситуации, недоступные непосредственному наблюдению, такие как психическая активность в виде мыслей, чувств, намерений; причины, обуславливающие поведение в межличностной ситуации; социальная позиция и социальная роль в системе отношений. На основе этой ориентировки можно наметить другие возможные способы опосредствующего достижения поставленных целей в условиях, когда прямые способы их достижения оказываются невозможными. Успешное функционирование социального интеллекта обеспечивается социальной чуткостью и сензитивностью, социальным восприятием, социальной памятью и социальным мышлением.

В онтогенезе социальный интеллект развивается позднее, чем эмпатия, которая является эмоциональной составляющей коммуникативных способностей. Активное формирование социального интеллекта стимулируется началом школьного обучения. В этот период значительно расширяется круг общения ребенка, идет активное развитие его сензитивности и социально-перцептивных способностей, способности переживать за другого, вставать на его место без возможности непосредственного восприятия его чувств [Куницына, 1995]. Формируется способность к децентрации и значительному ослаблению эгоцентрической позиции, что и является основой социального интеллекта. Этот процесс чрезвычайно важен, поскольку нарушение или недоразвитие перечисленных способностей могут привести к социальной дезадаптации или позднее стать причиной асоциального поведения подростков [Кон, 1982].

Важность роли общения в старшем подростковом возрасте подчеркивается многими авторами [Бодалев, 1982, 1983; Кон, 1982; Ремшмидт, 2001]. Именно в этом возрасте закладываются основы социальной компетентности, происходит активное накопление знаний и развитие навыков общения и взаимодействия с другими людьми, и прежде всего со сверстниками. В старшем подростковом возрасте происходит формирование и становление механизмов межличностного восприятия. Благодаря значительному расширению осваиваемого социального пространства и постепенному обособлению от семьи, активно развивается способность понимать и успешно адаптироваться к различным областям и сферам осваиваемого мира, в том числе к требованиям разных групп людей, которые часто не согласуются между собой.

В работах Н.А.Рожественской было показано, что когнитивный компонент межличностного восприятия является сложным системным образованием, которое включает в себя специфические логические операции. К числу таких операций относится способность, стихийно формирующаяся к четырнадцати годам, которая обеспечивает вероятностное оценивание личностных свойств и характеристик другого человека. Вероятностный подход к оценке людей означает способность индивида в ситуации межличностного общения избегать категорических суждений о людях, а также формировать как минимум две гипотезы о личностных свойствах человека, которого оценивает субъект познания, непременно проверяющий свои суждения и производящий коррекцию неправильных суждений [Банина, 2007].

Именно возможность проследить процесс становления социального интеллекта привлекает особое внимание исследователей социальной компетентности к подростковому возрасту [Goldstein, 1991].

Социальное функционирование больных шизофренией

К социальным группам, позволяющим изучать взаимосвязь социальной компетентности с теми или иными психологическими характеристиками, относятся люди с отклоняющимся поведением, трудностями социального функционирования и психическими расстройствами разнообразного спектра.

В рамках клинической психологии зарубежные исследования социальной компетентности во

взрослом возрасте часто осуществляются на модели шизофрении [Bellack et al., 1989, 1990, 2007; Mueser, 1990, 1996], что объясняется значительным ухудшением социального функционирования таких людей. Большинство больных попадает в психиатрическую больницу по причине нарушения социальной адаптации и невозможности самостоятельно решить возникающие жизненные проблемы.

По мнению многих авторов, основной причиной нарушения процесса общения у больных шизофренией является мотивационный дефицит в звене побуждения в деятельности общения, который приводит к значительному снижению коммуникативных способностей и социальных навыков, к сужению социального круга.

В зарубежной психологии выделяют различные методологические подходы к изучению нарушения общения при болезни «шизофрения». Когнитивная психология и ее приверженцы изучают познавательные процессы и когнитивные функции, которые связаны с нарушением общения (G.Kelly); в рамках психодинамического подхода можно выделить: психоаналитическое направление, использующее герменевтические техники, эффективность которых невозможно верифицировать экспериментально (Klein, Fairbrain и др.), теорию объектных межличностных отношений (Sullivan; Cameron), теорию внутрисемейных отношений и взаимодействий детей и родителей (Bateson), теорию double-bind и др. [Приводится по: Хьелл, Зиглер, 2001].

Проведено достаточно много исследований больных шизофренией, посвященных изучению различных характеристик общения, к числу которых относятся особенности речи, невербальной экспрессии, а также поведения в ситуации общения, взаимодействия больных между собой, во время групповых занятий. В таких исследованиях, социально-психологических по своей направленности, обычно используются непосредственное наблюдение за поведением, психометрические и социометрические методы. Отметим, что исследователи на протяжении долгого времени занимались в основном изучением нарушений познавательной сферы, хотя клиницисты давно отмечали наличие особенностей социального функционирования и социальной адаптации больных шизофренией.

Изучение особенностей речи больных шизофренией проводилось как медицинскими психологами, так и лингвистами. В экспериментах по субъективному шкалированию частотности слов и восстановлению «зашумленных» слов было показано, что речь больных шизофренией обладает своей специфичностью, а именно характеризуется нарушением механизма опоры на прошлый речевой опыт (в том числе такие результаты получены в школе Ю.Ф.Полякова [Критская и др., 1991]).

Исследования связи нарушения общения с изменением избирательности восприятия больными других людей проводились рядом отечественных психологов [Щербакова и др., 1982; Хломов, 1984; Елигулашвили, 1986]. Полученные результаты показали, что больные шизофренией испытывают трудности в ориентации на эмоциональные состояния других людей и анализе взаимодействия между людьми.

В работах Н.С.Курека [Курек, 1986, 1988] было выявлено, что у больных шизофренией по мере нарастания эмоционального дефекта происходит снижение точности распознавания шести основных эмоций по невербальной экспрессии.

В работе Н.Н.Карловской [Карловская, 1986] было показано, что ослабление направленности на восприятие эмоционального состояния и невербальных проявлений другого человека при шизофрении носит не только устойчивый характер, но и усиливается в ситуации общения, когда есть явное противоречие между вербальной и невербальной информацией. В этом случае больные шизофренией выбирают в качестве основания для суждений систему вербальных значений, ориентируются на нее, так как невербальная информация обладает рядом характеристик, которые осложняют ее декодирование, в частности спонтанность, неуловимость, многозначность и т.д.

Снижение точности и верности распознавания эмоций по мимике у больных шизофренией отмечается рядом современных зарубежных авторов [Wolwer et al., 2000]. Так, в исследовании с использованием метода регистрации глазодвигательных реакций было продемонстрировано, что больные шизофренией хуже, чем здоровые испытуемые, считывают и распознают выражение удовольствия или нейтральное состояние по лицевой экспрессии, а также демонстрируют ограниченный паттерн движений глаз при распознавании эмоций. У больных отмечается меньше точек фиксации взгляда с более долгими задержками и более короткое расстояние между точками фиксации [Marsh et al., 2000].

Г.Бейтсон с коллегами в 50-е гг. XX в. обнаружили, что у больных шизофренией в структуре общения нарушается прежде всего звено «контекста» взаимодействия. Контекст невозможно определить вне системы связей и отношений между людьми – необходимо учесть набор правил и договоренностей, образующих контекст ситуации, в которой происходит межличностное взаимодействие. В исследованиях было показано, что больные ориентируются только на буквальный смысл сказанного, игнорируя контекст ситуации [Bateson, Ruesch, 1951; Bateson et al., 1956].

Со времен Блейлера (E.Bleuler) предполагалось, что нарушение мышления при шизофрении, так называемое аутистическое мышление, в противовес реалистическому, которое учитывает наличную реальность, вызывает разнообразные нарушения в поведении. В настоящее время аутизм определяется как патологический синдром (МКБ-10), который проявляется в замкнутости больного, в отсутствии у него потребности в социальных контактах [Блейлер, 1993]. Речь такого больного часто не соответствует ситуации общения, общей теме разговора, в ней много неологизмов, субъективных словообразований, отмечаются нестандартные аналогии и метафоры, последовательность и логика сообщений нарушена, в речи много отступлений, соскальзываний на побочные темы, а также высказываний по другому поводу и т.д. [Singer, Wynne, 1966; Singer et al., 1978]. У здорового человека речевое поведение обусловлено, задано ситуациями, поскольку основной функцией речи является функция сообщения, функция социальной связи и воздействия на окружающих [Выготский, 1983].

Необходимо отметить, что сами больные шизофренией не ощущают дискомфорта от того, что их не понимают, они не прилагают никаких усилий, чтобы сократить возникшее непонимание между собой и окружающими, вызванное асоциальностью их умозаключений и рассуждений, а также неадекватным использованием языка [Cameron, 1938]. Больной шизофренией говорит совсем не для того, чтобы быть понятым другими людьми [Ferreira, 1960].

В экспериментах, проведенных в школе Ю.Ф.Полякова [Критская и др., 1991], направленных на исследование совместной деятельности здоровых испытуемых и больных шизофренией, было подтверждено положение о значительном снижении социальной направленности и мотивации совместной деятельности у больных, об отсутствии или значительном снижении мотивации быть понятым другим.

Таким образом, одними из важнейших составляющих шизофренического дефекта являются нарушения общения разной степени – от аутизма до мутизма, снижение или полное отсутствие социальной направленности личности, что приводит к грубым нарушениям социального функционирования больных шизофренией людей, вплоть до их полной социальной изоляции.

Во второй части статьи представлены результаты эмпирического исследования особенностей социальной компетентности больных шизофренией подростков (см. N 4(12) журнала).

[Литература](#)

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 // Обзорение 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., Цуцульковская 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., стереотип. СПб.: Речь, 2008. 392 с.

Парыгин Б.Д. Психологический барьер и его природа // Социальная психология и философия / под ред. Парыгина Б.Д. Ленинград: Ленингр. пед. ин-т 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., 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.Бардышевой. М.: ЧеРо: Высшая школа: Изд-во Моск. ун-та, 2002. Т. 2. 744 с.

Реммидт 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.

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, N 1. P. 145–153.

[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, стр. 5, ком. 210, ул. Моховая, 125009, Москва, Россия.

E-mail: abelga@mail.ru

[Ссылка для цитирования](#)

Часть 1

Левикова Е.В. Социальная компетентность больных шизофренией подростков. Часть 1 [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. N 2(10). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.20гг). 0421000116/0013.

Часть 2

Левикова Е.В. Социальная компетентность больных шизофренией подростков. Часть 2: Эмпирическое исследование [Электронный ресурс] // Психологические исследования: электрон. науч. журн. 2010. N 4(12). URL: <http://psystudy.ru> (дата обращения: чч.мм.20гг). 0421000116/0038.

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

[К началу страницы >>](#)