

<https://orcid.org/0000-0001-9025-6138>

## АНАЛИЗ ЦЕННОСТНЫХ ОРИЕНТАЦИЙ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Мухторова Х.К.**

e-mail: [MuxtorovaX@bsmi.uz](mailto:MuxtorovaX@bsmi.uz)

Бухарский государственный медицинский институт  
имени Абу Али ибн Сины, Узбекистан, г. Бухара,  
ул. А. Навои. 1 Тел: +998 (65) 223-00-50

e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

### Эмоциональный интеллект При шизофрении

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

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

<https://orcid.org/0000-0001-9025-6138>

e-mail: [MuxtorovaX@bsmi.uz](mailto:MuxtorovaX@bsmi.uz)

Bukhara State Medical Institute named  
after Abu Ali ibn Sina, Uzbekistan, Bukhara,  
A. Navoi St., 1 Tel: +998 (65) 223-00-50

e-mail: [info@bsmi.uz](mailto:info@bsmi.uz)

Mukhtorova H.K.

### **Emotional Intelligence In Schizophrenia**

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

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

Одним из сложнейших разделов психологии является область изучения эмоций. Реальность эмоциональной сферы, состоящая из переменчивых, всегда субъективных, крайне сложно измеряемых явлений, именуемых чувствами, эмоциями, переживаниями, плохо поддается описанию и систематизации. Попытки создания теории эмоций предпринимались неоднократно авторами, стоящими на разных теоретических позициях. Первые концепции абсолютизировали

физиологический компонент эмоций, интерпретируя их в духе идеи Ч. Дарвина об эмоциях как рудиментах целесообразных приспособительных реакций животных, или У. Джемс и К.Г. Ланге, рассматривающих эмоции как следствие тех или иных рефлекторных физиологических проявлений. В психоаналитической психологии З. Фрейд в качестве основного эмоционального переживания рассматривал аффект тревоги, выводимый из влечений (запретных, инстинктивных), и представляющий собой форму инстинктивной энергии. Такое сужение взгляда помешало психоанализу создать систематическую теорию аффектов, а понимание коммуникативного значения эмоций нашло отражение в психоаналитических разработках много позднее.

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

Логическим продолжением когнитивных теорий эмоций, представлений о наборе операций, обеспечивающих эффективность оценки переживаний и успешную регуляцию своего эмоционального состояния, стала модель «эмоционального интеллекта». Понятие предложено Р. Salovey, J. Mayer в 1990 г. как часть более широкого концепта «социальный интеллект» (последний концепт в психологии присутствует с 20-х гг. XX в., с работ Е. Thorndike, и также активно разрабатывается в настоящее время).

Популярность и признание как предмета, достойного изучения, понятие «эмоциональный интеллект» приобрело с 1995 г., после выхода ставшей бестселлером одноименной книги D. Goleman. На сегодняшний день можно говорить об активных разработках концепта и о нескольких моделях эмоционального интеллекта. Это модель автора концепта D. Goleman, который интерпретирует его как широкий набор компетенций и черт, необходимых для эффективного совладания и адаптации. В так называемой «смешанной» модели «эмоционально-социального интеллекта» [3] R. Bar-On говорит о широком круге когнитивных, мотивационных, волевых, личностных черт, социальных умений и навыков, обеспечивающих адаптацию субъекта. Хорошо разработана и оснащена измерительным инструментарием модель J.D. Mayer, P. Salovey, D. Caruso, в которой эмоциональный интеллект описывают (и измеряют) как ряд когнитивных способностей, ориентированных на переработку эмоциональной информации, выделяя способность воспринимать, понимать эмоции, использовать их для осуществления деятельности (как мышления, так и поведения), и сознательно управлять эмоциями.

Шизофрения привлекла внимание исследователей нарушений эмоционального интеллекта в последние годы не случайно. Помимо высокой социальной значимости данного психического расстройства, обусловленной ранним началом болезненного процесса и тяжелыми социальными последствиями, важны и другие соображения. В психиатрии (и клинической психологии) постепенно осуществляется переход от

трактовки данного заболевания как имеющего сугубо биологическую основу, к пониманию психосоциальных механизмов развития расстройства (пусть на эндогенно измененной почве). В связи со сменой биологической парадигмы на биопсихосоциальную, наиболее последовательно воплощаемую в диатез-стрессовой модели, правомерен отказ от фрагментированного описания изолированных дефектов у больных шизофренией, что ранее имело место как в феноменологически ориентированной психиатрии, сосредоточенной на описании симптомов и систематизации синдромов, так и в экспериментальной патопсихологии. Последняя была центрированной на изучении нарушений мыслительной сферы у больных, поскольку именно их полагали ядром патопсихологического шизофренического симптомокомплекса. В отечественной патопсихологии это отражено в подходе Ю.Ф. Полякова и его соавторов, описавших нарушения избирательности актуализации информации, в меньшей степени – в работах школы Б.В. Зейгарник, где нарушения мышления рассматривали в контексте личности больного. Однако понимания заболевания в динамике требует учета факторов риска и протективных, и роль эмоциональной жизни пациента, его способов реагирования на стресс имеет ключевое значение. Кроме того, в последние годы у больных шизофренией все чаще в качестве ведущих описывают нарушения, связанные именно с познанием объектов социального мира: нарушения восприятия социальных стимулов, социальной компетентности, коммуникативных навыков, всего того, что препятствует адаптации. Нарушения социального познания перестали рассматриваться как часть более общего дефицита когнитивных способностей, но стали интерпретироваться как отдельный, особый вид нарушений, значимый для понимания шизофренического дефекта (P.W. Corrigan, D.L. Penn). В контексте темы настоящей статьи особое значение имеют исследования нарушений восприятия лицевой экспрессии, эмоций, как собственных, так и других лиц (Е.И. Елигулашвили, Д.Н. Хломов, Н.С. Курек, Н.Г. Гараян, D.L. Penn, P.W. Corrigan, D. Combs, S. Mohamed др.), автобиографической памяти как тесно связанной с эмоциональным опытом и его переработкой (S. Blairy, A. Neumann, F. Nutthals, L. Pierret), нарушений

«прагматики речи», затрудняющих построения социального взаимодействия больными шизофренией (W.I. Fraser,

K.M. King, P. Thomas, R.E. Kendell, R. Goldfarb, J. Eisenson).

Модель «эмоционального интеллекта» близка к указанным областям феноменов и привлекает четкостью, лаконичностью. Исследования эмоционального интеллекта при психопатологических состояниях ведутся как за рубежом, так и в нашей стране (А.Ш. Тхостов, И.В. Плужников, С.D. Frith, Т.А. Russell, К. Rubia, R. Bar-On и др.), хотя число работ невелико.

Таким образом, эмоциональный интеллект есть необходимая для успешного социального взаимодействия способность к опознанию, пониманию эмоций и управлению ими, причем как собственных эмоций субъекта, так и эмоций других людей, распознавание и понимание их. В настоящем исследовании изучаются, во-первых, способность адекватно проявлять свои чувства (*экспрессивный компонент эмоционального интеллекта*), что дает возможность человеку донести до других информацию о своем состоянии, отношении, потребностях, а также научиться самому более полно осознавать свои эмоциональные состояния и управлять ими; во-вторых, способность определять эмоции других людей (*импрессивный компонент эмоционального интеллекта*) по различным проявлениям невербального поведения – выражению лица, взгляду, позе и жесту, – на чем базируется возможность правильно реагировать на эмоциональные состояния других людей и учиться изменять их, меняя свое поведение. **Целью** исследования стало выявление нарушений эмоциональной сферы у больных шизофренией, включая его экспрессивный и импрессивный компоненты, и взаимосвязей таких нарушений.

материал и методы исследования

Выборка включала 60 больных шизофренией (30 мужчин, 30 женщин), находящихся в состоянии ремиссии, в возрасте от 20 до 55 лет. Критерий включения: диагноз «Шизофрения, параноидная форма», критерии исключения –

наличие актуального психотического состояния. Группа сравнения 30 психически здоровых испытуемых (15 мужчин, 15 женщин), не имевших существенных отличий от больных по возрасту. Исследование проводилось на базе филиала № 5 МСЭ по г. Белгороду.

В исследовании использовались следующие методики: Шкала позитивной и негативной симптоматики PANSS; Шкала депрессии (А.Бек), Шкала тревоги (А.Бек), «Шкала социальной ангедонии» – RSAS (M.L. Eckblad, L.J. Chapman, J.P. Chapman, M. Mishlove, 1982), «Запрет на выражение чувств» (ЗВЧ), (В.К. Зарецкий, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, 2006), «Проективный тест враждебности» (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, 2006), тест «Распознавание эмоций» (Гаранян Н.Г., Курек Н.С., 1984), тест «Поза и жест»

(Курек Н.С., 1984), «Тест глаз» (S. Baron-Cohen, 1999) (адаптация авторов статьи). Математический анализ проведен с использованием SPSS for Windows, Standard Version 11.5.

#### результаты исследования

Клинический анализ (по субшкалам PANSS) показал: позитивная симптоматика у больных исследованной группы присутствует в минимальной степени (суммарный балл «Шкалы позитивных симптомов» чуть выше 11), так как больные находятся в состоянии ремиссии. По «Шкале негативных симптомов» показатель 20,2 балла, повышение достигается за счет субшкал Н1 («Притупленный аффект») и Н6 («Нарушения спонтанности и плавности речи»), где средние значения достигают 3 баллов, субшкал Н2 («Эмоциональная отгороженность») и Н3 («Трудности в общении») – соответственно 2,5 балла. По «Шкале общепатологических симптомов» (39,8 баллов) повышение достигается за счет субшкал О6 («Депрессия»), О7 («Моторная заторможенность»), О11 («Нарушения внимания»), О12 («Снижение критичности к своему состоянию»), О13 («Расстройство воли»), О15 («Загруженность психическими переживаниями»), О16 («Активная социальная устранимость»), усредненные значения по которым около

3 баллов. Содержательный анализ шкал позволяет оценить пациентов исследованной группы как замкнутых, отстраненных от окружающего, в том числе – от социальной жизни, избегающих общения, которое тяготит их, с устойчиво сниженным настроением; критика к своей измененности снижена.

Данные Шкал депрессии и тревоги А.Бека приведен в таблице 1.

Данные свидетельствуют, что эмоциональное состояние больных шизофренией характеризуется резким повышением измеряемых параметров, за которым стоит преобладание негативных переживаний в виде чувства потери энергии, безрадостности, утраты прежних интересов, утомляемости, раздражительности, безнадежности, с пессимистической оценкой перспектив. Также больные испытывают беспокойство, неспособность расслабиться, ощущение страха перед окружающим миром (данные подтверждают показатели по общепатологическим шкалам и клинические наблюдения).

Шкала социальной ангедонии определяет готовность получать удовольствие от общения с другими людьми. Концепция социальной ангедонии как предиктора психоза (в том числе шизофренического) была предложена психоаналитиками Р.Е. Meehl, S. Rado. На наш взгляд, идея невозможности получения больными шизофренией удовольствия от общения с другими людьми хорошо дополняет модель шизофрении, основанную на констатации дефицита социальных навыков и социального познания. Социальная ангедония находится в круговой каузальной связи с иными социальными дефицитами: ситуация неуспеха в межличностных отношениях, обусловленная дефицитами социального познания, препятствует построению больными удовлетворяющих их отношений и приводит к переживанию неудовольствия (социальной ангедонии), что, в свою очередь, ведет к отказу от общения, и лишает возможности получения больными нового опыта, совершенствования своих социальных навыков, и вновь ведет к неуспеху.

## литература

1. Andreyeva I.N. History of the development of the notion “emotional intellect” // *Voprosi psihologii*. – N 5. – Moskva, 2008. – P. 14–19.
2. Pluzhnikov I.V. Emotional intellect at affective disorders : abstract of dissertation of candidate of psychological sciences. – Moskva, 2010. – 34 p.
3. Bar-On R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i) // In R. Bar-On and J. D. A. Parker (Eds.) *Handbook of emotional intelligence*. – San Francisco: Jossey-Bass.
4. Corrigan P.W., Penn D.L. (Eds.). *Social Cognition and Schizophrenia*. – Washington: APA, 2001 – 332 p.
5. Goleman D. *Emotional intelligence*. – New York: Bantam Books, 1995.
6. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D. Models of emotional intelligence // In R.J. Sternberg (Ed.), *Handbook of intelligence*. – Cambridge, UK: Cambridge University Press., 2000.
7. Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // *American Psychologist*. – 1962. – N 17. – P. 827–838.
8. Rado S. *Psychoanalysis of behavior: The collected papers of Sandor Rado (Vol. 2)*. – New York: Grune and Stratton, 1962.