

НАРУШЕНИЕ СОЦИАЛЬНОГО ПОЗНАНИЯ У БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ КАК УСЛОВИЕ СНИЖЕНИЯ УРОВНЯ ИХ СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ

Статья содержит обоснование выбора предмета исследования с опорой на труды зарубежных и отечественных ученых. Освещены результаты настоящего исследования. Показано, как именно страдает социальное познание у больных шизофренией и как нарушения социального познания обуславливают снижение уровня их социального функционирования.

Ключевые слова: социальное познание, нарушение социального познания, шизофрения, позитивные и негативные симптомы, социальная ангедония, социальное функционирование, снижение социального функционирования.

Психология социального познания, именуемая в англоязычных источниках как Social Cognition, берет начало в 1970-х гг. Синтезируя представления авторитетных ученых данной области [1–8], определим социальное познание как совокупность познавательных процессов, опосредующих ориентировку в сфере человеческих отношений и поведения в конкретных межличностных ситуациях, лежащих в основе социального взаимодействия и представляющих собой единство и взаимосвязь перцептивного, когнитивного и деятельностного компонентов.

Проблема нарушения социального познания при шизофрении главным образом освещена в работах зарубежных авторов, среди которых: С. D. Frith, R. Corcoran, D. L. Penn, M. C. Hardy-Baylé, M. D. Brüne [9–13]. Разработанность проблемы в трудах отечественных ученых значительно меньше, но, тем не менее, Д. Н. Хломов, Ю. Ф. Поляков, Н. С. Курек [14–16] и др. показали глубину некоторых аспектов данной области. Установлено, что больные шизофренией имеют существенный дефицит социального познания, поэтому не могут понять позицию другого человека и использовать накопленный культурный опыт [17–19]. Лица данной нозологической группы приписывают окружающим собственные интрапсихические диспозиции, что существенно осложняет их социальные отношения. Выявляется неспособность предвидеть последствия ситуаций межличностного взаимодействия [20–22], а также манипулировать окружающими в своих интересах [23].

Шизофрения неизбежно ведет к дестабилизации межличностных отношений в семье и социуме, искажению привычных форм деятельности [24, 25]. Социальная дезадаптация способствует инвалидизации физически сохранных лиц и появлению колоссальных экономических затрат государства [26]. Свыше половины больных шизофренией находятся в социально активном возрасте, в связи с чем возникает особая значимость изучения возможных условий социальных исходов. Практически во всех работах имеются указания на то, что

нарушение социального познания значительно детерминирует социальную интеграцию и успешность участия в жизни общества. Однако очевидна спекулятивность данных утверждений, поскольку специальных исследований до сих пор проведено не было. Недостаточная научная разработанность и высокая медико-социальная значимость проблемы определяют актуальность исследования.

Исходя из научной литературы, можно предположить, что снижение уровня социального функционирования больных шизофренией в значительной мере обусловлено дефицитом социального познания как части более общего дефицита когнитивных способностей.

Цель исследования – выявление того, как именно страдает социальное познание у больных шизофренией и как нарушения социального познания обуславливают снижение уровня их социального функционирования.

Выборку составили 90 человек, из них 60 – больные шизофренией в стадии ремиссии, прошедшие освидетельствование в бюро № 5 ФКУ «ГБ МСЭ по Белгородской области»: 30 мужчин и 30 женщин в возрасте от 20 до 55 лет (средний возраст 36,3 ($\pm 8,2$) года). Диагноз больных относится к рубрике F20.0 по МКБ-10, под которой закодирована параноидная форма шизофрении. Характер течения шизофрении у 25 испытуемых (41,7%) является непрерывно-прогредиентным, у 19 человек (31,7%) – приступообразно-прогредиентным, у 16 (26,7%) – эпизодическим. Стаж заболевания – от 2 до 30 лет. Для сравнения данных экспериментально-психологического исследования была подвергнута психодиагностике группа здоровых испытуемых численностью 30 человек, которая значимо не отличалась от основной группы больных по полу (15 мужчин и 15 женщин) и возрасту (от 20 до 55 лет, средний возраст 35,8 (± 13) лет).

Клиническую однородность выборки обеспечило исключение из исследования лиц с признаками органического заболевания головного мозга, злоупотребляющих психоактивными веществами, об-

наруживающих побочные проявления медикаментозной терапии, а также имевших личностные расстройства, выраженные до степени психопатии, до начала заболевания.

Для сбора эмпирического материала применялись следующие методики:

1. Для составления клинического профиля использовались шкала PANSS (S. R. Kay, L. A. Opler, A. Fiszbein, адаптирована С. Н. Мосоловым), шкала депрессии (А. Веck, адаптирована В. Н. Тарабриной), шкала социальной ангедонии (М. I. Ekblad, L. G. Chapman, M. Mishlove) [27–29].

2. Для построения объяснительной модели действующих психологических механизмов применен опросник «Запрет на выражение чувств» (В. К. Зарецкий, А. Б. Холмогорова, Н. Г. Гаранян) [30].

3. Для оценки параметров социального познания использовались такие методики, как: «Социальный интеллект» (J. P. Guilford, M. O. Sullivan, адаптирована Е. С. Михайловой), тест «Распознавание эмоций» (Н. Г. Гаранян), тест «Поза и жест» (Н. С. Курек) [31–33].

4. Социальный статус был составлен при помощи опросника для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных (И. Я. Гурович, А. Б. Шмуклер) [34].

Полученные результаты были обработаны количественно посредством статистического пакета SPSS. Произведены расчеты среднего, стандартного отклонения, *U*-критерия Манна – Уитни. Осуществлен кластерный анализ.

Научная новизна и теоретическая значимость исследования обусловлены тем, что впервые в клинической группе больных шизофренией была изучена и детально проанализирована взаимосвязь нарушения социального познания с ухудшением их социального функционирования. Практическая значимость исследования определяется возможностью использования его результатов для построения адекватных программ реабилитации, направленных на восстановление способности понимать и анализи-

ровать поведение, намерения и чувства окружающих, что необходимо для повышения успешности интеграции больных шизофренией в социум.

Первоначально проведена оценка клинических параметров состояния больных шизофренией при помощи методики PANSS (табл. 1).

Таблица 1
Средние взвешенные оценки больных, испытываемых по шкалам методики PANSS

Испытуемые	Шкалы методики		
	позитивные синдромы	негативные синдромы	общие синдромы
Больные	10,45 (±3,64)	20,57 (±4,77)	46,22 (±5,36)

Выявлено доминирование общих психопатологических синдромов (46,22 (±5,36)) (табл. 1). Характерно состояние уныния, беспомощности. Выражено снижение волевой инициативы, чувство неловкости в присутствии людей. Поэтому больные предпочитают проводить время в одиночку. Значительными также являются негативные синдромы (20,57 (±4,77)) (табл. 1). Отчетливо проявляется пассивно-апатическая социальная отгороженность, что приводит к уменьшению общительности и появлению пренебрежительного отношения к повседневной деятельности.

Исходя из результатов обследования, по шкале продуктивных синдромов нет отчетливо высоких значений (10,45 ± 3,64) (табл. 1). У преобладающего большинства испытуемых имеет место наличие одной или двух мало оформленных и неустойчивых бредовых идей. Регистрируются недостаточно отчетливые патологические восприятия. Больным присуща подозрительная бдительность, что объяснимо проекцией собственного враждебного отношения.

Следующим шагом в изучении больных явилось применение шкалы А. Веck, направленной на уточнение психического статуса за счет выявления симптомов депрессии (табл. 2).

Таблица 2
Средние взвешенные оценки испытуемых по уровням депрессии шкалы А. Веck

Испытуемые	Уровни депрессии					Общий балл
	отсутствие симптомов	легкая депрессия	умеренная депрессия	выраженная депрессия	тяжелая депрессия	
Больные	7,25 (±2,36)	12,11 (±1,76)	17 (±1,15)	24,23 (±3,32)	35,19 (±4,50)	26,4 (±10,81)
Здоровые	3,23 (±1,85)	–	–	–	–	3,23 (±1,85)
<i>U</i> -критерий	10	–	–	–	–	10
Asymp. Sig.	$2,41 \times 10^{-14}$	–	–	–	–	$2,41 \times 10^{-14}$

По результатам прохождения шкалы очевидно, что группу больных шизофренией характеризует высокий показатель депрессии. Согласно *U*-критери-

ю Манна – Уитни различия с соответствующим параметром в группе здоровых испытуемых значимы (26,4 (±10,81) против 3,23 (±1,85), $p = 2,41 \times 10^{-14}$).

Из числа лиц экспериментальной выборки большинство пребывает в подавленном настроении, не зависящем от обстоятельств, в течение длительного времени. Для больных специфично переживание пессимизма, чувства собственной бесполезности, неспособность концентрироваться и принимать решения, наличие мыслей о смерти или са-

моубийстве, нестабильный аппетит и нарушенный сон.

В структуру депрессивного синдрома входит социальная ангедония, которая состоит в неспособности получать удовольствие от социальных контактов. Обратимся к полученным данным (см. табл. 3).

Таблица 3
Средние взвешенные оценки испытуемых по уровням социальной ангедонии шкалы социальной ангедонии

Испытуемые	Уровни социальной ангедонии				Общий балл
	отсутствие признаков	сохранная способность	повышенный уровень	высокий уровень	
Больные	8,5 (±0,7)	13,54 (±1,66)	18,47 (±3)	29,64 (±2,79)	21,23 (±7,26)
Здоровые	4,87 (±1,98)	–	–	–	4,87 (±1,98)
U-критерий	1,5	–	–	–	1,5
Asymp. Sig.	$1,39 \times 10^{-14}$	–	–	–	$1,39 \times 10^{-14}$

Исходя из средних взвешенных оценок, группа больных шизофренией значимо отличается от группы нормы (21,23 (±7,26) против 4,87 (±1,98), $p = 1,39 \times 10^{-14}$) (табл. 3) по параметру снижения потребности пациентов в межличностных контактах. Выявлены уменьшение вовлеченности и аффективного участия в жизненных событиях, недостаточность межличностной эмпатии и интереса к собеседнику, пассивная и активная социальная самоизоляция.

Важное в контексте исследования причинно-следственное отношение прослеживается в том, что снижение способности общаться, испытывая удовольствие, влечет за собой своеобразную невос-

приимчивость к внешним социальным факторам. Появляется пассивность, чувство отчаяния и безнадежности, а также готовность прекратить едва установленный контакт.

Своеобразным является и то, что, несмотря на значительную дисгармонию в аффективной сфере, больные выглядят невыразительными, их мимика маскообразна, поза и жесты адинамичны. В ходе проведения данного исследования можно предположить, что обозначенный диссонанс связан с запретом на выражение чувств, поэтому было решено применить соответствующую методику. Перейдем к рассмотрению полученных результатов (табл. 4).

Таблица 4
Средние взвешенные оценки испытуемых по шкалам опросника «Запрет на выражение чувств»

Испытуемые	Шкалы опросника				Общий запрет
	печаль	радость	гнев	страх	
Больные	2,15 (±0,67)	2,05 (±0,71)	2,31 (±0,67)	2,03 (±0,7)	2,02 (±0,67)
Здоровые	1,8 (±0,73)	1,59 (±0,72)	1,72 (±0,47)	1,83 (±0,5)	1,75 (±0,64)
U-критерий	616	686	452,5	688	776
Asymp. Sig.	0,01	0,05	$2,87 \times 10^{-5}$	0,46	0,24

Запрет на выражение таких чувств, как печаль (2,15 (±0,67) против 1,8 (±0,73), $p = 0,01$), радость (2,05 (±0,71) против 1,5 (±0,72), $p = 0,05$) и гнев (2,31 (±0,67) против 1,72 (±0,47), $p = 2,87 \times 10^{-5}$) (табл. 4), значимо выше в группе больных людей. Что касается запрета на выражение страха (2,0 (±0,7) против 1,83 (±0,5), $p = 0,46$), то статистическая значимость различий не велика.

Больные блокируют проявление собственных чувств, считая эмоциональные ситуации препятствующими адекватному построению взаимоотношений с социумом. Особенно опасаясь эмоциональных срывов и перепадов, они маскируют

свои состояния для того, чтобы окружающие не имели возможности выделить их из числа здоровых людей.

Обратимся к результатам исследования нарушений социального познания у больных шизофренией. Изучение социального познания мы начали с применения традиционной методики «Социальный интеллект» (табл. 5).

Данные субтеста «Истории с завершением» свидетельствуют о том, что лица, больные шизофренией, в сравнении со здоровыми испытуемыми (2,23 (±0,7) против 3,47 (±0,86), $p = 2,05 \times 10^{-8}$) (табл. 5), неспособны предвосхищать поступки людей на

основе анализа реальных ситуаций общения. Это объяснимо неумением ориентироваться в невер-

бальных паттернах поведения и незнанием регулирующих его норморольевых моделей и правил.

Таблица 5

Средние взвешенные оценки испытуемых по субтестам теста «Социальный интеллект»

Испытуемые	Субтесты теста				
	истории с завершением	группы экспрессии	вербальная экспрессия	истории с дополнением	композитная оценка
Больные	2,23 (0,7)	1,92 (0,7)	2,27 (0,66)	1,82 (0,68)	1,82 (0,43)
Здоровые	3,47 (0,86)	3,93 (0,83)	3,33 (0,88)	4,17 (0,91)	3,73 (0,94)
U-критерий	277	85	318	67	101
Asimp. Sig.	$2,05 \times 10^{-8}$	$4,88 \times 10^{-13}$	$1,17 \times 10^{-7}$	$1,52 \times 10^{-13}$	$3,13 \times 10^{-14}$

Результаты субтеста «Группы экспрессии» указывают на то, что лица, больные шизофренией (1,92 ($\pm 0,7$) против 3,93 ($\pm 0,83$), $p = 4,88 \times 10^{-13}$) (табл. 5), плохо владеют языком взглядов и жестов. Ошибки в понимании смысла слов собеседника связаны с непринятием во внимание либо неверным учетом невербальных реакций. Соответственно, способность к логическому обобщению различных невербальных реакций неполноценна.

Значения субтеста «Вербальная экспрессия» свидетельствуют о том, что больные имеют низкие оценки по субтесту (2,27 ($\pm 0,66$) против 3,33 ($\pm 0,88$), $p = 1,17 \times 10^{-7}$) (табл. 5), а соответственно, плохо распознают различные смыслы, которые могут принимать одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей.

Прохождение четвертого субтеста «История с дополнением» в группе больных шизофренией (1,82 ($\pm 0,68$) против 4,17 ($\pm 0,91$), $p = 1,52 \times 10^{-13}$)

(табл. 5) отмечено крайне низкими оценками. Это означает, что больные испытывают трудности в анализе ситуаций межличностного взаимодействия и, как следствие, плохо адаптируются к взаимоотношениям между людьми. Следовательно, способность понимать логику развития межличностных ситуаций является нарушенной.

Композитная оценка лиц с шизофренией равна 1,82 ($\pm 0,43$) (табл. 5), что соответствует низкому уровню фактора познания поведения, тогда как общий уровень в группе здоровых испытуемых тождественен 3,73 ($\pm 0,94$) и соответствует средней выборочной норме. Различия между группами очевидны и находятся на высоком уровне значимости ($p = 3,13 \times 10^{-14}$).

Для изучения социального познания и его особенностей в группе больных шизофренией были применены еще две методики – «Распознавание эмоций» и «Поза и жест». Полученные данные представлены в табл. 6.

Таблица 6

Средние взвешенные оценки испытуемых по шкалам теста «Распознавание эмоций»

Испытуемые	Шкалы теста						
	кол-во эмоциональных ответов	презрение	гнев	страх	радость	удивление	страдание
Больные	6,91 ($\pm 2,90$)	0,6 ($\pm 0,67$)	1,2 ($\pm 0,82$)	0,53 ($\pm 0,72$)	2,37 ($\pm 0,80$)	1,18 ($\pm 0,93$)	0,88 ($\pm 0,92$)
Здоровые	14,67 ($\pm 2,12$)	2,07 ($\pm 0,94$)	2,77 ($\pm 0,5$)	2,47 ($\pm 0,68$)	2,93 ($\pm 0,25$)	2,07 ($\pm 0,87$)	2,4 ($\pm 0,81$)
U-критерий	41	228	130,5	90	532	462	237
Asimp. Sig.	$1,67 \times 10^{-13}$	$1,73 \times 10^{-9}$	$7,28 \times 10^{-12}$	$4,12 \times 10^{-13}$	0,00	$9,49 \times 10^{-5}$	$4,11 \times 10^{-9}$

Числовой показатель количества правильно распознанных эмоциональных состояний страха, презрения, страдания, удивления и гнева в группе больных шизофренией в сравнении с группой нормы является низким (6,91 ($\pm 2,90$) против 14,67 ($\pm 2,12$),

$p = 1,67 \times 10^{-13}$) (табл. 6). Более доступным является распознавание радости по фотографии человека (2,37 ($\pm 0,80$) против 2,93 ($\pm 0,25$), $p = 0$) (табл. 6).

Перейдем к данным теста «Поза и жест», которые представлены в табл. 7.

Таблица 7

Средние взвешенные оценки испытуемых по шкалам теста «Поза и жест»

Испытуемые	Шкалы теста						
	кол-во эмоциональных ответов	презрение	гнев	страх	радость	удивление	страдание
Больные	6,1 ($\pm 3,09$)	0,55 ($\pm 0,67$)	0,97 ($\pm 0,86$)	0,95 ($\pm 0,81$)	1,82 ($\pm 0,97$)	0,95 ($\pm 0,87$)	0,83 ($\pm 0,67$)
Здоровые	14,2 ($\pm 1,63$)	2,43 ($\pm 0,68$)	2 ($\pm 0,69$)	2,1 ($\pm 0,55$)	3,7 ($\pm 0,47$)	2,27 ($\pm 0,58$)	1,7 ($\pm 0,65$)
U-критерий	16,5	82,5	348	247,5	82,5	236	367,5
Asimp. Sig.	$3,31 \times 10^{-14}$	$2,94 \times 10^{-13}$	$6,99 \times 10^{-7}$	$4,32 \times 10^{-9}$	$6,1 \times 10^{-13}$	$2,95 \times 10^{-9}$	$8,24 \times 10^{-7}$

Результаты теста «Попа и жест» указывают на то, что в основной группе, в отличие от контрольной выборки, значения распознавания презрения, страдания, удивления, страха и гнева существенно более низкие ($6,1 (\pm 3,09)$ против $14,2 (\pm 1,63)$, $p = 3,31 \times 10^{-14}$) (табл. 7). Относительно более сохранной является способность к идентификации радости ($1,82 (\pm 0,97)$ против $3,7 (\pm 0,47)$, $p = 6,1 \times 10^{-13}$) (табл. 7). Полученные данные подтвердили наличие дефицитов, описанных посредством предыдущего теста.

По итогам изучения социального познания был отмечен и сам характер выполнения тестовых испытаний, который провоцировал повышение напряжения у больных шизофренией, а также реакции неудовольствия и проявления негативизма. Больные стремились уйти от самостоятельной работы, предъявляли случайные ответы, пользовались методом проб и ошибок с опорой на вербальную реакцию экспериментатора, пытались перепоручить фактическое выполнение теста психологу, высказывали прямые отказы от выполнения, ссылаясь на ухудшение самочувствия.

Очень интересным результатом стало установление следующей закономерности: больные рас-

познают хуже те эмоции и чувства, запрет на которые выше. Это позволяет выйти на механизмы возникновения и стабилизации нарушения части социального познания (распознавания эмоций). Отказ от выражения определенных эмоций приводит к утрате чувствительности, восприимчивости к ним, тем самым существенно обедняя не только эмоциональную жизнь самого больного, но и нарушая его взаимодействие с другими людьми на эмоциональной основе.

Центральным этапом исследования явилось доказательство предположения, состоящего в том, что у больных шизофренией имеют место выраженные нарушения социального познания, обуславливающие снижение уровня их социального функционирования. Сложность решения данной задачи определяется тем, что социальное функционирование является трудно объективируемой характеристикой, методики для его изучения носят описательный характер, предполагают качественный анализ результатов. Выход найден в том, что был применен кластерный анализ, результаты которого приведены в виде дерева кластеризации (рис. 1).

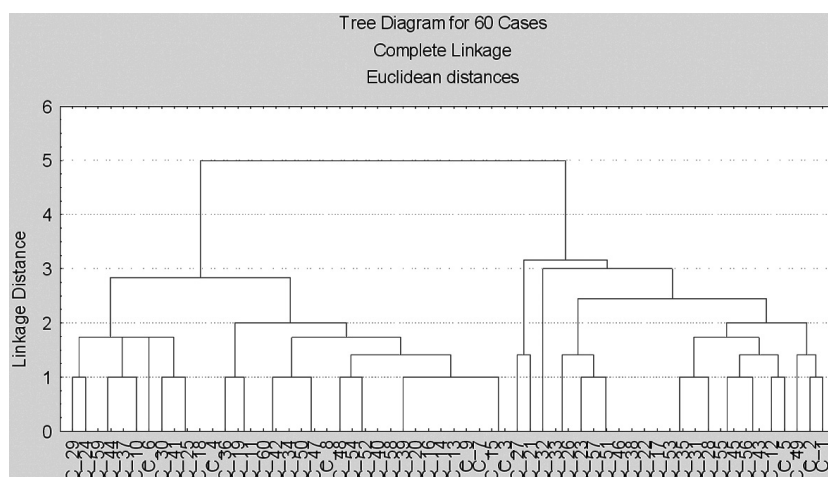


Рис. 1. Кластеризация испытуемых на основе параметров познания поведения

Для подтверждения гипотезы испытуемые экспериментальной выборки были подвергнуты кластеризации на основе таких параметров, как познание элементов, классов, отношений, систем поведения, преобразования поведения, а также познание результатов поведения. Далее произведено соотнесение показателей социального познания групп с уровнем их социального функционирования. Были и другие варианты кластеризации – на основе клинических данных, но это не позволило выделить значимых характеристик социального функционирования.

В итоге выявлено три группы больных, которые различны по количественным характери-

кам и качественным особенностям социального познания (рис. 1).

Подгруппа № 1 (20% от количества испытуемых выборки). Пациенты имеют грубые нарушения социального познания, что обнаруживается в непонимании связи между поведением и его последствиями, поскольку отсутствует ориентация на невербальное содержание сообщений. Эти больные представляются наиболее социально уязвимыми. Отчетливо прослеживается явление «дрейфа», суть которого заключается в нарастающей пассивности, невозможности построения «линии жизни». Таких людей отличает полная нетрудоспособность, низкий уровень дневной активности,

неустроенность в семейном плане и отсутствие устойчивых контактов с окружающими. Результаты отражают крайне низкий уровень социального функционирования больных шизофренией.

Менее выраженные нарушения определяют подгруппу № 2 (38% от количества испытуемых выборки), однако они незначительно расходятся с показателями первого кластера и также обуславливают недостаточность социального функционирования со снижением его уровня пропорционально описанным дефицитам.

Обратимся к третьей подгруппе (41% больных). По отдельным параметрам социального познания прослеживаются оценки, достигающие среднего уровня, в то время как интегральный показатель является низким. Соответственно, больным кластера легче ориентироваться в невербальных реакциях участников взаимодействия и общепринятых нормах, правилах поведения, но они, также

как и другие испытуемые выборки, часто излишне субъективно познают социальный мир. Данный контингент отличается по показателям физической работоспособности, интеллектуальной продуктивности, семейного статуса и общения с социумом. Лица кластера № 3 активнее функционируют в обществе, но в большинстве своем не включены в трудовую деятельность.

Таким образом, исследование позволило вскрыть социальный дефект, который состоит в снижении функционирования больных шизофренией в основных областях человеческой жизнедеятельности.

Значимым результатом явилась выявленная закономерность, которая состоит в следующем: чем более грубыми оказываются нарушения социального познания, тем отчетливее представлено снижение уровня социального функционирования больных шизофренией.

Список литературы

1. Бодалев А. А. Восприятие и понимание человека человеком. М.: МГУ, 1982. 200 с.
2. Обозов Н. Н. Межличностные отношения. Л.: ЛГУ, 1979. 151 с.
3. Лабунская В. А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание. Ростов н/Д.: Феникс, 1999. С. 52–56.
4. Андреева Г. М. Психология социального познания. М.: Аспект-Пресс, 2000. 288 с.
5. Гозман Л. Я. Психология эмоциональных отношений. М.: МГУ, 1987. 174 с.
6. Bellack A. S. Cognitive rehabilitation for schizophrenia. 1992. Vol. 1. P. 51–57.
7. Davis P. J. Repression and the accessibility of affective memories // Journal of Personality and Social Psychology. 1987. Vol. 53. P. 585–595.
8. Brothers L. The social brain: a project for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domain. N.-Y.: PHC, 1990. P. 27–28.
9. Frith C. D. Brain mechanisms for having a «theory of mind». WA: TCL, 1996. P. 3–9.
10. Corcoran R., Frith C. D. Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia. NJ: Erlbaum, 1996. P. 305–318.
11. Penn D. L., Corrigan P. W., Bentall R. P. Social cognition in schizophrenia // Psychol. Bull. 1997. Vol. 121. P. 114–132.
12. Hardy-Bayle M. C., Sarfati Y., Passerieux C. The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: toward a pathogenetic approach to disorganization // Schizophr. Bull. 2003. Vol. 29. P. 459–471.
13. Brune M. «Theory of Mind» in schizophrenia: a review of the literature // Schizophr. Bull. 2005. Vol. 31. P. 21–42.
14. Хломов Д. Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией: дис. ... канд. психол. наук. М., 1984. 177 с.
15. Поляков Ю. Ф. Патология познавательной деятельности при шизофрении. М.: Наука, 1974. С. 35–42.
16. Курек Н. С. Психологическое исследование когнитивного аспекта эмоциональных процессов у больных шизофренией // Журн. невропатол. и психиатр. 1988. Т. 88, № 7. С. 109–113.
17. Зейгарник Б. В. Патопсихология. М.: Академия, 2003. С. 45–53.
18. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: МГУ, 1991. 256 с.
19. Холмогорова А. Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: дис. ... канд. психол. наук. М., 1983. 219 с.
20. Елигулашвили Е. И. Роль общения в процессе взаимодействия личности с реальностью: дис. ... канд. психол. наук. Тбилиси, 1982. 170 с.
21. Холмогорова А. Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении: дис. ... канд. психол. наук. М., 1983. 219 с.
22. Addington J., Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia: a 2.5 year follow-up study // Schizophr. Res. 2000. Vol. 44. P. 47–56.
23. Mazza M., De Risio A., Tozzini C. et al. Machiavellianism and theory of mind in people affected by schizophrenia // Brain Cognition. 2003. Vol. 51. P. 262–269.
24. Головина А. Г. Адаптация подростков, больных шизофренией, в родительской семье на примере приступообразно-прогредиентной и вялотекущей шизофрении: дис. ... канд. мед. наук. М., 2000. С. 62–70.

25. Казаковцев Б. А. Психиатрия. О реальном и должном // Мед. вестник. 2004. № 4. С. 5–7.
26. Войтенко А. М. Социальная психиатрия с основами медико-социальной экспертизы и реабилитологии: рук-во для врачей и психологов. СПб.: Фолиант, 2002. 256 с.
27. Мосолов С. Н. Шкалы психометрической оценки симптоматики шизофрении и концепция позитивных и негативных расстройств. М.: Новый цвет, 2001. 238 с.
28. Тарабрина Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб.: Питер, 2001. 272 с.
29. Ekcbled M. I., Cherpman L. G., Mishlove M. Anhedonia in individuals with schizophrenia // J. Abnorm. Psychol. 2002. Vol. 116. P. 30–42.
30. Холмогорова А. Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: дис. ... д-ра психол. наук. М., 2006. С. 72–85.
31. Михайлова Е. С. Социальный интеллект: концепции, модели, диагностика. СПб.: СПбГУ, 2007. 266 с.
32. Гаранян Н. Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: дис. ... канд. психол. наук. М., 1988. С. 81–94.
33. Курек Н. С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии // Журн. невропатол. и психиатр. 1986. Т. 93, № 12. С. 160–161.
34. Гурович И. Я., Шмуклер А. Б. Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных: пос. для врачей. М.: Медпрактика, 2000. 22 с.

Руденко С. Л., клинический психолог-эксперт.

Главное бюро медико-социальной экспертизы по Белгородской области.

Ул. Корочанская, 48, Белгород, Россия, 308026.

E-mail: Svetlana.R1@mail.ru

Рычкова О. В., кандидат психологических наук, доцент.

Белгородский государственный национальный исследовательский университет.

Ул. Победы, 85, Белгород, Россия, 308015.

E-mail: Rychkova@bsu.edu.ru

Материал поступил в редакцию 30.01.2012.

S. L. Rudenko, O. V. Rychkova

DISTURBED SOCIAL COGNITION IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS AS CAUSE OF THEIR SOCIAL FUNCTIONING DEFICIT

The article accounts for the choice of research subject with the reference to the works of Russian and foreign scientists and it highlights the results of the conducted research. It explains the process of disturbed social cognition in schizophrenia patients and shows how social cognition impairment can result in social functioning deficits.

Key words: *social cognition, impairment in social cognition, schizophrenia, positive and negative symptoms, social anhedonia, social functioning, reduction in social functioning.*

Rudenko S. L.

Central Bureau of Medical and Social Assessment in Belgorod region.

Ul. Korochanskaya, 48, Belgorod, Russia, 308026.

E-mail: Svetlana.R1@mail.ru

Rychkova O. V.

Belgorod State National Research University.

Ul. Pobedy, 85, Belgorod, Russia, 308015.

E-mail: Rychkova@bsu.edu.ru