



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)

Выпускная квалификационная работа на тему:
**СТРУКТУРА СОЦИАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ БОЛЬНЫХ
ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

по специальности 37.05.01 – Клиническая психология
основная образовательная программа Клиническая психология
специализация: Клиническая психодиагностика, консультирование и
психотерапия

Выполнил:
студент 6 курса очной формы
обучения
Елисеева Полина
Эмильевна

Рецензент:

Кандидат психологических наук,
доцент кафедры клинической
психологии и психологической
помощи РГПУ им. А.И. Герцена
Круглова Надежда Евгеньевна

Научный руководитель:
доктор психологических наук,
профессор, и.о. заведующего
кафедрой медицинской
психологии и
психофизиологии
Щелкова Ольга Юрьевна

Санкт-Петербург

2022

АННОТАЦИЯ

Для изучения структуры социального взаимодействия больных параноидной шизофренией было исследовано 60 пациентов СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 6», находящихся на стационарном лечении в состоянии ремиссии при подготовке к выписке (30 мужчин и 30 женщин). Изучались социально-демографические, клинические и психологические характеристики пациентов. Психодиагностическая часть исследования заключалась в изучении проявлений негативной симптоматики с помощью Шкалы оценки негативной симптоматики (SANS), качественных и количественных характеристик социального взаимодействия при использовании Методики оценки социальной сети психически больных, способности больных к повседневному функционированию (Шкала глобального функционирования GAF scale), активации, длительности, интенсивности и общей реактивности позитивных и негативных эмоций (Краткая форма Пертской шкалы эмоциональной реактивности PERS-S) и таких личностных характеристик, как экстравертность, дружелюбие, добросовестность, эмоциональная стабильность и открытость новому опыту (Опросник личности TIPI-RU, перевод и адаптация пятифакторного опросника личности). Получены описательные статистики для всей группы пациентов, группы мужчин и группы женщин. Для сравнительного анализа групп по выделенным показателям использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок, критерий U-Манна-Уитни, χ^2 Пирсона и ранговый критерий Спирмена.

Изучение структуры социального взаимодействия больных шизофренией показало, что для обеих групп самыми высокими показателями стали длительность знакомства с близкими людьми и количество друзей из соцсетей, с которыми респонденты ведут переписки, а самыми низкими – «количество используемых соцсетей» и «количество близких людей, не являющихся родственниками». Уровень повседневного функционирования больных был

снижен, но не достигал уровня социальной дезадаптации. При изучении особенностей эмоциональной сферы было выявлено снижение общей реактивности негативных эмоций. Особенности социального взаимодействия больных шизофренией имеют наибольшее количество значимых статистических связей с такими психологическими характеристиками, как длительность негативных эмоций, общая реактивность негативных эмоций, открытость новому опыту, способность к повседневному функционированию, и такими клиническими характеристиками, как ангедония-асоциальность, нарушения внимания, общая выраженность негативной симптоматики и длительность заболевания; а также с возрастом, с увеличением которого большинство показателей социального взаимодействия снижается. Особенности социального взаимодействия и психологические характеристики больных шизофренией имеют специфику, связанную с полом: у группы женщин было выявлено большее общее количество знакомых; в их группе больше, чем среди мужчин, лиц, никогда не получающих материальную помощь от близких людей; лиц, которые оказывают моральную помощь своим близким иногда и часто. При этом в группе мужчин больше, чем в группе женщин, тех, кто часто получает материальную поддержку от близких людей. Общая способность к повседневному функционированию у лиц мужской выборки ниже, чем у лиц женской выборки.

ABSTRACT

To study the structure of social interaction of patients with paranoid schizophrenia, 60 patients of St. Petersburg State Medical Institution "City Psychiatric Hospital No. 6" who are in inpatient treatment in remission in preparation for discharge (30 men and 30 women) were studied. The socio-demographic, clinical and psychological characteristics of patients were studied. The psychodiagnostic part of the study was to study the manifestations of negative symptoms using the Negative Symptoms Assessment Scale (SANS), qualitative and quantitative characteristics of social interaction using the Methodology for Assessing the Social network of Mentally ill people, the ability of patients to function daily (GAF scale of Global functioning), activation, duration, intensity and general reactivity of positive and negative emotions (A short form of the Perth Scale of Emotional Reactivity (PERS-S) and such personal characteristics, such as extroversion, friendliness, conscientiousness, emotional stability and openness to new experiences (TIPI-RU Personality Questionnaire, translation and adaptation of the five-factor personality questionnaire). Descriptive statistics were obtained for the entire group of patients, a group of men and a group of women. The Student's t-test for independent samples, the U-Mann-Whitney criterion, Pearson's χ^2 and Spearman's rank criterion were used for comparative analysis of groups by selected indicators.

The study of the structure of social interaction of patients with schizophrenia showed that for both groups, the highest indicators were the duration of acquaintance with close people and the number of friends from social networks with whom respondents correspond, and the lowest were "the number of social networks used" and "the number of close people who are not relatives". The level of daily functioning of patients was reduced, but did not reach the level of social maladaptation. When studying the features of the emotional sphere, a decrease in the overall reactivity of negative emotions was revealed. The features of social interaction of patients with schizophrenia have the greatest number of significant statistical relationships with such psychological characteristics as the duration of

negative emotions, the general reactivity of negative emotions, openness to new experiences, the ability to function daily, and such clinical characteristics as anhedonia-asociality, attention disorders, the general severity of negative symptoms and duration of the disease; as well as with age, with an increase in which most indicators of social interaction decrease. Features of social interaction and psychological characteristics of patients with schizophrenia have specifics related to gender: a group of women revealed a greater total number of acquaintances; in their group, more than among men, persons who never receive financial assistance from close people; persons who provide moral assistance to their loved ones sometimes and often. At the same time, there are more men in the group than in the group of women who often receive financial support from close people. The overall ability to function daily in the male sample is lower than in the female sample.

СОДЕРЖАНИЕ

АННОТАЦИЯ	2
ВВЕДЕНИЕ.....	8
ГЛАВА 1. ВЛИЯНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ	11
1.1 Клинико-психологические особенности больных шизофренией.....	12
1.1.1 Когнитивные нарушения	14
1.1.2 Личностные нарушения	20
1.1.3 Эмоциональные нарушения.....	22
1.1.4 Нарушения мотивационной сферы.....	26
1.2 Социальное взаимодействие при шизофрении	28
ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
2.1 Процедура исследования	37
2.2 Материал исследования	37
2.2.1 Социально-демографическая характеристика.....	37
2.2.2 Клиническая характеристика	40
2.3 Методы исследования	44
2.3.1 Шкала оценки негативной симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)	44
2.3.2 Оценка социальной сети психически больных	46
2.3.3 Шкала глобального функционирования (Global Assessment of Functioning Scale - GAF scale)	50
2.3.4 Краткая форма Пертской шкалы эмоциональной реактивности (Perth Emotional Reactivity Scale – Short Form, PERS-S).....	51
2.3.5 Опросник личности ТИPI-RU (перевод и адаптация пятифакторного опросника личности).....	52
2.4 Математико-статистические методы обработки данных.....	53
ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ	55

3.1 Количественные и качественные характеристики социального взаимодействия.....	55
3.2 Выраженность нарушений повседневного функционирования	60
3.3 Уровень эмоциональной реактивности	60
3.4 Личностные особенности	62
3.5 Взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с психологическими характеристиками	64
3.6 Взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с клиническими характеристиками	68
3.7 Взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с возрастом ..	71
3.8 Обсуждение результатов исследования	73
ВЫВОДЫ	78
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	80
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	82
ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ИНФОРМАЦИОННАЯ КАРТА	93
ПРИЛОЖЕНИЕ 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ	98

ВВЕДЕНИЕ

По данным исследований, шизофренией страдают 45 млн человек во всём мире, каждый год выявляется около 4,5 млн новых случаев болезни (Кондюхова Т. Н., Баданова И. И., 2017). В целом заболеваемость составляет один случай на 1000 человек, при этом две трети заболевших нуждаются в госпитализации (Незнанов Н.Г., 2018). Заболеваемость различна в разных возрастных группах, наиболее часто манифестация шизофрении происходит в 20-29 лет, частота уменьшается по мере увеличения возраста. Риск развития шизофрении у мужчин и у женщин существенно не различается (Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г., 2009).

Одним из основных нарушений в клинической картине шизофрении является изменение уровня и качества социального взаимодействия. Для обеспечения наиболее эффективной реабилитации необходима не только психофармакологическая, но и психосоциальная помощь. Для качественного оказания последней необходимо изучать нарушения социального функционирования больных шизофренией (Холмогорова А. Б. и др., 2007).

Нарушения социального интеллекта являются одним из факторов, наиболее сильно влияющих на адаптацию больных в обществе и эффективность их межличностных взаимодействий. У них нарушены коммуникативные способности, лежащие в основе социального интеллекта, что определяет замкнутость и погружённость в свою искажённую внутреннюю реальность.

Важно отметить, что у больных шизофренией всегда нарушается функционирование в обществе, происходит аутизация и уменьшение взаимодействия с другими людьми вплоть до полного отказа и невозможности общения с ними. Именно поэтому данное исследование является актуальным (Рычкова О. В., Сильчук Е. П., 2010).

Целью исследования являлось изучение структуры социального взаимодействия больных параноидной шизофренией во взаимосвязи с

психологическими, клиническими и демографическими характеристиками больных.

Задачи:

- Изучить структуру социального взаимодействия, проведя количественный и качественный анализ «социальных сетей» больных шизофренией;
- Определить выраженность нарушений повседневного функционирования больных шизофренией;
- Определить уровень эмоциональной реактивности и личностные особенности больных шизофренией;
- Изучить взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с психологическими характеристиками больных шизофренией (с показателями повседневного функционирования, эмоциональной реактивности и с личностными характеристиками);
- Изучить взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с клиническими характеристиками (длительностью заболевания, выраженностью негативной симптоматики);
- Изучить взаимосвязь социального взаимодействия больных шизофренией с демографическими характеристиками (полом и возрастом).

Объект исследования – социальное взаимодействие больных шизофренией.

Предмет – «социальные сети», повседневное функционирование, эмоциональная реактивность, личностные характеристики, связь социального взаимодействия с психологическими, клиническими и демографическими характеристиками больных шизофренией.

Гипотезы исследования:

- В структуре социального взаимодействия больных шизофренией будут преобладать характеристики, связанные с реальным общением, а в наименьшей степени будут представлены характеристики интернет-

общения и общения с людьми, не являющимися родственниками пациентов;

- Существует взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с психологическими, клиническими и половозрастными характеристиками больных параноидной шизофренией.

Для реализации цели и задач исследования, проверки выдвинутых гипотез использован комплекс клинико-психологических и психометрических (тестовых) методов, включающий: Шкалу оценки негативной симптоматики (SANS), Методику оценки социальной сети психических больных, Шкалу глобального функционирования (GAF scale), Краткую форму Пертской шкалы эмоциональной реактивности и Опросник личности ТИPI-RU.

ГЛАВА 1. ВЛИЯНИЕ ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ НА СОЦИАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ: АНАЛИТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Шизофрения – прогрессивное психическое заболевание, основной характеристикой которого является распад психических функций, то есть утрата единства и гармоничности психических процессов с прогрессирующими изменениями личности, такими как снижение воли и мотивации, нарастающая интровертированность, эмоциональное уплощение, и разнообразными продуктивными расстройствами, такими как бред и галлюцинации (Снежневский А. В., 2001). Она обладает многомерным характером и характеризуется искажением реальности (которое включает в себя бред и галлюцинации), негативными симптомами, дезорганизацией, когнитивным дефицитом и нарушениями самосознания, а также моторными симптомами (например, кататонией), нарушениями настроения в виде депрессии или мании, сниженным социальным функционированием и качеством жизни в целом (Овчинников А.А. и др., 2019). Это наиболее распространённое психическое заболевание, сочетающее позитивные, негативные, поведенческие и когнитивные нарушения (Иванова Л. А. и др., 2019). При этом позитивные и негативные симптомы рассматриваются во взаимосвязи друг с другом и с динамикой заболевания в качестве целостного симптомокомплекса, элементы которого отражают этап его развития и позволяют предвидеть дальнейшее течение болезни. До настоящего времени в клинической практике преобладали диагностические ориентиры, представленные в МКБ-10 (Международная классификация болезней..., 1994; Попов Ю.В., Вид. В.Д., 2002). В настоящее время доминируют диагностические концепции Американской психиатрической ассоциации и критерии диагностики Международной классификации болезней, раздел психических расстройств в МКБ-11 гармонизирован с DSM-5 (Шмуклер А. Б., 2021).

Наиболее распространённой формой шизофрении является её параноидная форма, среди проявлений которой преобладают галлюцинаторные и бредовые расстройства, а с течением заболевания появляются и негативные расстройства, которые по мере нарастания образуют дефект при шизофрении (Пеккер М. В., Щелкова О. Ю., 2020).

Природа возникновения шизофрении не является на данный момент вполне ясной, но очевидно, что шизофрения относится к так называемым «эндогенным» психическим расстройствам, то есть причина её возникновения лежит в сфере внутренних, биологически детерминированных факторов. Клинические признаки и течение болезни также существенно отличаются от экзогенных и экзогенно-органических психических нарушений.

Шизофрения является прогрессивным, склонным к длительному или хроническому течению заболеванием, имеющим особый дефект психической деятельности, который может быть различен в зависимости от конкретного случая – от небольших личностных изменений до грубой дезорганизации психики. В зависимости от особенностей течения в ходе болезни могут проявляться невротоподобные, аффективные, психопатоподобные, бредовые, галлюцинаторные, псевдогаллюцинаторные, гебефренические и кататонические расстройства, несвойственные эпилептиформные и психоорганические синдромы (Снежневский А. В., 2001).

В клинической картине шизофрении выявляется рассогласованность и дисгармоничность всех психических функций – мышления, эмоций, моторики, что в свою очередь влияет на всё поведение больного. Помимо диссоциативности психических функций, при шизофрении появляется склонность к интроверсии и бедность эмоциональных реакций, при этом формальные интеллектуальные функции остаются относительно сохранными (Тиганов А. С. и др., 1999).

1.1 Клинико-психологические особенности больных шизофренией

Для всех шизофренических расстройств характерны особые расстройства мышления, восприятия, неадекватность или сниженность эмоций при ясном сознании и сохранном интеллекте, нарушения которых могут появиться лишь со временем (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2002). При патопсихологическом обследовании больных шизофренией обнаруживаются своеобразные изменения мышления, восприятия и эмоционально-личностных особенностей (Худякова Ю. Ю., 2014).

По МКБ-10 для диагностики шизофрении необходимо наличие хотя бы одного чёткого симптома или двух менее явных, принадлежащих к группе а-г (а – эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их открытость; б – бред воздействия, влияния или пассивности по отношению к движениям тела или мыслям, действиям или ощущениям, бредовое восприятие; в – галлюцинаторные голоса, комментирующие или обсуждающие поведение больного, иногда воспринимаются как исходящие из какой-либо части тела; г – стойкие бредовые идеи другого рода, неадекватные по отношению к культуре и по содержанию), или 2 из группы д-и (д – постоянные галлюцинации, сопровождающиеся бредовыми идеями или сверхценные идеи, длящиеся в течение недель или месяцев, при этом они должны наблюдаться более одного месяца; е – прерывающиеся или вмешивающиеся мысли, в результате разорванность и несобранность в речи, наличие неологизмов; ж – кататонические симптомы: возбуждение, застывание, восковая гибкость, ступор, негативизм и/или мутизм; з – негативные симптомы: апатия, скудность речи, бедность или неадекватность эмоций, социальная отгороженность, снижение продуктивности, не обусловленное депрессией или принимаемой терапией; и – качественное изменение поведения, исчезновение интересов, бездеятельность и аутизация).

Диагноз шизофрении не ставится при наличии выраженных аффективных расстройств, за исключением случаев, когда шизофренические симптомы предшествовали депрессивным или маниакальным. Выраженное аффективное расстройство может скрывать свойственные для шизофрении нарушения мышления, восприятия и личностные особенности.

У больных шизофренией происходит нарушение понимания поведения людей в ситуациях социального взаимодействия, что мешает успешной адаптации к жизни в обществе. Эти нарушения вызваны проблемами в построении «теорий их психического состояния» - то есть понимании и прогнозировании мыслей, эмоций, представлений, намерений других людей. Предположения, которые выдвигают больные шизофренией относительно мыслей и потенциальных действий других людей, часто оказываются неправильными, что может быть связано с нарушениями актуализации знаний, основанных на прошлом опыте. При этом, в отличие от здоровых людей, они не проверяют свои гипотезы на правильность из-за нарушений операций категоризации и концептуализации (это проявляется в классификации объектов, понимании метафор, выделении существенных признаков понятий и др.) (Зотов М.В. и др., 2015). Когнитивные ошибки, или «ошибки восприятия», которые больные допускают при восприятии и анализе поступающей информации об окружающей среде, в 70-90% случаев являются причиной неправильных действий в социуме, и при том, что они не осознаются, значительно ухудшают социальное функционирование больных (Зотов М. В., Гусева М. С., Зотова Н. Е., 2019).

Ниже будут рассмотрены психологические нарушения больных шизофренией в когнитивной, эмоциональной, личностно-характерологической и мотивационной сферах.

1.1.1 Когнитивные нарушения

Когнитивные нарушения при шизофрении называются центральным психологическим дефицитом, так как играют важную роль в возникновении других нарушений (Холмогорова А. Б. и др., 2007). Когнитивный дефицит как ключевая характеристика означает, что конкретные когнитивные нарушения соответствуют по крайней мере четырём критериям: 1) они имеют место до начала заболевания; 2) отмечаются в более слабой форме у родственников первой степени; 3) выявляются у пациентов в период ремиссии; 4) не

объясняются иными симптомами шизофрении (Ершов Б. Б., Лебедева Г. Г., Тагильцева А. В., 2014). Нарушения базовых когнитивных функций наблюдаются уже в первые годы течения заболевания, на этапе первого эпизода (Петрова Н. Н., Цыренова К. А., 2019).

В поисках причин когнитивного дефицита исследованы отчётливые аномалии некоторых отделов и функций мозга у больных шизофренией как в период манифеста, так и до начала заболевания (Harvey P. D., Keefe R. S. E., 2009; Kalkstein S., Hurford I., Gur R. C., 2010). Подобные аномалии были выявлены у близких родственников больных и у лиц с высоким риском развития данного заболевания (Pantelis C., Maruff P., 2002).

При этом когнитивное функционирование тесно связано со зрительным восприятием: нарушения последнего на разных уровнях фильтрации информации связаны с высокоуровневыми когнитивными нарушениями. Исследования зрительных функций при шизофрении показывают их взаимосвязь с процессами мышления. Обработка информации при шизофрении нарушается на раннем сенсорном уровне (Шошина И. И. и др., 2021).

Типичные нарушения включают в себя средние или выраженные проблемы в таких областях, как скорость психических процессов, внимание, зрительная и вербальная рабочая память, процессы вербального научения и исполнительские функции (Bilder R. M., 2009; Петрова Н. Н., Цыренова К. А., 2019). На данный момент одним из важных аспектов в понимании природы шизофрении стало явление нейрокогнитивного дефицита. В процессе его диагностики больные сталкиваются с большими трудностями при выполнении специализированных заданий, при этом были замечены нарушения моторных, перцептивных и пространственных функций, вербальной и невербальной памяти, трудности концентрации и распределения внимания, дефицит контроля произвольной деятельности. Особо отчётливо были выявлены нарушения памяти, они были более сильными, чем другие интеллектуальные нарушения (Рычкова О. В., 2007), а также слухового и зрительного гнозиса, устойчивости внимания, сниженный контроль мыслительной деятельности и

нарушения в её организации (Алфимова М. В. и др., 1996; Дорофейкова М. В., Петрова Н. Н., 2015). Такие проявления когнитивного дефицита, как нарушение внимания, зрительной памяти, исполнительской функции и ориентации коррелируют с тяжестью шизофренического процесса в целом (Корнетов А. Н. и др., 2019).

Среди когнитивных нарушений у самих больных отмечают дефицит внимания и восприятия, проблемы с различными видами памяти (рабочей, вербальной и т.д.), мышления, исполнительских функций и проблемно-решающего поведения, у здоровых родственников первой степени родства – нарушения в сфере исполнительских функций, скорости обработки информации, внимания, лексической памяти, произвольной регуляции деятельности, обработки зрительных и слуховых стимулов (Янушко М. Г., Иванов М. В., Сорокина А. В., 2014; Egan M.F., Goldberg T.E, Gscheidungle T., 2001; Корнетов А. Н. и др., 2019). Наследственный характер когнитивных нарушений был замечен в сфере памяти, внимания и исполнительских функций, а также в сложностях с повседневными навыками и работой, связанными с когнитивным дефицитом (McGrath J.A., Avramopoulos D., Lasseter V.K. et al., 2009).

У лиц с очень высоким риском развития шизофрении, 35% которых за последующие 1-3 года переносили психоз, также выявлены нарушения скорости обработки информации, внимания, переключаемости и беглости речи (Hambrecht M., Lammertink M., Klosterkötter J. et al., 2002; Корнетов А. Н. и др., 2019).

Базовый когнитивный дефицит коррелирует с трудностями восприятия эмоций, нарушениями непосредственной и рабочей памяти и расстройствами мышления (Корнетов А. Н. и др., 2019; Subotnik K. I., Nuechterlen K. H., Green M. F. et al., 2006).

Интеллектуальные нарушения являются одной из основных характеристик шизофрении (Hoenig J., 1983), состояние когнитивных нарушений тесно связано с уровнем повседневного функционирования пациентов (Addington J., Addington D., 1999; Addington J., Addington D.,

Maticka-Tyndale E., 1991; Green M.F., 1996; Green M.F., Kern R.S., Braff D.L. et al., 2000; Medalia A., Revheim N., Casey M., 2002; Mueser K.T., Bellack A.S., Douglas M.S., Morrison R.L., 1991). До 94% больных имеют расстройство когнитивной сферы (Waldo M.C., Carey G., Myles-Worsley M. et al., 1991), ряд показателей когнитивного функционирования у них на 1,5-3 стандартных отклонения ниже нормы, характерной для данной возрастной и образовательной группы (Mohamed S., Paulsen J.S., O'Leary D. et al., 1999; Keefe R.S., Easley C.E., Poe M.P., 2005; Keefe R.S., Poe M., Walker T.M. et al., 2006; Аведисова А.С., 2004., Джонс П.Б., Бакли П.Ф., 2008; Магомедова М.В., 2000; Корнетов А. Н. и др., 2019).

Для выявления нарушений мыслительного процесса обобщения у больных используется методика классификаций. При шизофрении больные разделяют карточки на группы слишком обобщённо, без связи с реальностью, часто по несуществующим или нелогичным признакам. Существенные связи игнорируются, классификация может быть выстроена по грамматическим признакам (например, по количеству букв в слове), при этом единая система может отсутствовать и разные группы объединяются по несопоставимым друг с другом критериям. Иногда больные сразу делят все карточки на две группы (живая и неживая природа, цветные и чёрно-белые карточки). По характеру выполнения этой методики можно судить о нарушениях целенаправленности мышления, непродуктивной мыслительной деятельности. Также обобщение по несущественным и формальным признакам наблюдается при исследовании больных методикой исключений (легко актуализируются обобщённые признаки предметов, никак не связанных друг с другом). Обнаруживается разноплановость мышления – одно задание они могут выполнить несколькими способами, один из которых правильный. Разноплановость является одним из проявлений нарушения целенаправленности мышления (Зейгарник Б. В., 1976). При этом у больных часто выявляются нарушения критичности, то есть умения распознавать и корректировать свои ошибки. Нарушение этой способности характеризуются утратой контроля над интеллектуальными процессами, некритичном отношении к своим болезненным переживаниям и

отсутствием соответствующего отношения к своему психическому состоянию (Пеккер М. В., Щелкова О. Ю., 2020).

При проведении методики пиктограмм часто обнаруживаются случайные и неадекватные ассоциации, которые могут быть результатом нарушения взаимодействия сигнальных систем. Только у больных шизофренией могут наблюдаться формально-схематичные пиктограммы, что связано с их нездоровой способностью к абстрагированию, а формальный способ отражения реальности обусловлен аутизмом такого больного (Биренбаум Г. В., 1934).

Неадекватные реакции также наблюдаются и в ассоциативном эксперименте, когда речевая реакция связана не с ключевым раздражителем, а с посторонним зрительным или звуковым, нередко примитивные речевые реакции и увеличение латентных периодов при соответствии раздражителей содержанию бреда больного. Со случайными ассоциациями связано явление резонёрства, в котором Т. К. Тепеницына (1959) выделяет: слабость суждений (выхолощенность ассоциаций, отсутствие целенаправленности, наличие соскальзываний) и аффективные изменения (неадекватность выбора предмета резонёрства).

Интересно и понимание больными смысла пословиц – при выраженном дефекте пословица трактуется формально и конкретно, без понимания скрытого смысла. При объяснениях выявляется паралогичность, резонёрство, разноплановость, иногда наблюдаются соскальзывания. Последние Б.В. Зейгарник (1962) относит к нарушениям логичного хода ассоциативного процесса.

Как было доказано в многочисленных современных исследованиях психических функций у больных шизофренией, переработка информации у них происходит крайне неэффективно. У больных отмечаются трудности с выделением объектов и признаков, находящихся в фокусе внимания участников коммуникации, в результате чего нарушается понимание происходящего. (Зотов М. В. и др., 2015). В «модели фильтра» (Me Chie A., Charman J., 1961) описаны нарушения селективности внимания в виде

определённой поломки фильтров, в результате чего нарушается концентрация, повышается отвлекаемость и утомляемость, отсутствует защита от сверхстимуляции.

Из-за этого нарушается и ожидающее поведение, то есть готовность к восприятию и переработке новой информации, способность поддерживать концентрацию и реагировать на раздражители. Модель установки (Schakow D., 1971) основана на сниженной способности больных предугадывать вероятность событий. Эти особенности организации внимания могут объяснить общую нецеленаправленность внимания и поведения. При этом больные с трудом выполняют задания, требующие гибкости и перестройки установленных шаблонов. В этом заключается ригидность их психических функций.

Важной проблемой в интеллектуальной деятельности и социальном взаимодействии становится разрушение понятий и переход к конкретным или комплексным формам мышления, в результате чего значения слов патологически изменяются, нарушается метафорическое мышление и понимание переносных значений слов, что негативно сказывается на коммуникации больных шизофренией (Худякова Ю. Ю., 2014).

Стоит отметить, что когнитивный дефицит является наиболее значимым предиктором нарушений приёма терапии. Пациенты с выраженным снижением слухоречевой памяти, моторных навыков, планирования и скорости обработки информации являются группой риска в плане несоблюдения режима приёма медикаментозных средств (Петрова Н. Н., Цыренова К. А., 2019).

В настоящее время когнитивный симптомокомплекс рассматривается как третья составляющая данного расстройства наряду с позитивными и негативными симптомами. Наличие нейрокогнитивного дефицита в клинической картине шизофрении носит относительно постоянный характер по сравнению с позитивными симптомами (Корнетова Е. Г. и др., 2020).

Для оценки познавательных функций больных шизофренией разрабатывается большое количество тестовых заданий, некоторые из которых объединяются в батареи. Одной из наиболее известных зарубежных батарей является Шкала краткой оценки когнитивных функций у пациентов с шизофренией (Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia, BACS), которая позволяет полноценно исследовать те сферы когнитивного функционирования, которые наиболее сильно нарушены у пациентов с шизофренией. Шкала была разработана в Duke University и доступна на 9 языках. Большим преимуществом этой шкалы является её легкость в применении и оценке и краткость – для выполнения заданий достаточно 30 минут. Альтернативные формы заданий позволяют исключить эффект обучения, благодаря чему шкалу можно использовать повторно. Она включает задания для оценки функции программирования и контроля, речевой беглости, рабочей памяти и моторных навыков. Достоверность, валидность и сравнимость альтернативных форм была эмпирически установлена её разработчиками (Keefe R. S. E. et al., 2008; Саркисян Г. Р., Гурович И. Я., Киф Р. С., 2010).

1.1.2 Личностные нарушения

По своим личностным особенностям больные шизофренией выделяются из своего окружения даже в преморбидном периоде. Наиболее часто их тип личности – шизоидный, в проявлениях преобладают такие черты, как спокойствие, пассивность, замкнутость, плохая интуиция, низкая эмпатичность, мечтательность. У них обычно мало или совсем нет друзей, общению они предпочитают аутистические занятия (Незнанов Н.Г., 2018). Одной из наиболее характерных личностных особенностей при шизофрении является интровертированность, «уход в себя», влияющий на построение и поддержание межличностных отношений. Показатели экстраверсии у больных существенно ниже, чем у здоровых испытуемых, при этом выше показатели нейротизма и психотизма (Александровский Ю. А. и др., 2009;

Ярзуткин С. В. и др., 2014). В значительной степени снижена предметная и социальная эргичность, что говорит о снижении психической активности в целом. Также снижена предметная пластичность – спонтанная, творческая психическая активность, что согласуется с избеганием больными разнообразных форм работы и предпочтения ими узкого круга деятельностей. При этом значительно более низкие баллы были получены по показателю такой личностной характеристики, как добросовестность (сознательность) (Ярзуткин С. В. и др., 2014).

Основной личностной характеристикой больных шизофренией является аутистичность – отрыв личности пациента от окружающей действительности с погружением в свой внутренний мир, который становится доминирующим в психической деятельности пациента. Его суждения, мнения и взгляды становятся субъективными и непонятными для окружающих, они не поддаются коррекции, даже если явно противоречат или не соответствуют действительности. Когда эти представления становятся своеобразным мировоззрением человека, возникает аутистическое фантазирование, о котором больные сообщают неохотно, так как становятся замкнутыми, лучше чувствуют себя в одиночестве и обычно поддерживают лишь формальный контакт. Однако эти черты могут быть выражены нерезко, или же наоборот становятся выражены обратные черты – чрезмерная общительность и бестактность, что может быть связано с особыми представлениями больных об этических нормах (Тиганов А. С. и др., 1999; Емельянцева В. Г., Изнуллаева Л. О., 2014).

При исследовании уровня притязаний обнаруживается изменение личностной позиции больных – они безразличны к результатам своей деятельности и к положительной или отрицательной оценке своих результатов другими людьми. При этом, если деятельность определяется больными как предпочтительная и доставляющая удовольствие, они проявляют такое качество, как заинтересованность (Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф., 1991).

У больных параноидной шизофренией уже в инициальном периоде болезни наблюдаются такие черты, как ригидность, недоверчивость, безэмоциональность и незаинтересованность в окружающем мире (Тиганов А. С. и др., 1999; Данилова Е. В., Шевченко Е. А., 2015). Большинство пациентов, которые болеют параноидной шизофренией более 5 лет, имеют общие черты характера: внушаемость, инфантильность, зависимость от окружающих, агрессия, эгоцентризм и склонность к абстрактным размышлениям (Емельянцева В. Г., Изнуллаева Л. О., 2014). Даже в состоянии ремиссии у больных обнаруживаются такие личностные нарушения, как астения, ограниченность контактов, снижение активности, пассивность и подчиняемость (Аграновский М. Л. и др., 2020).

Для характеристики личностных особенностей используется методика ММРІ. При параноидной шизофрении наблюдается повышение показателей по шкалам 8, 6 и 4 (8 – шкала шизофрении, 6 – паранойи, 4 - психопатии). Обычно профиль больных усреднён, но показатели выше статистической нормы, характерно парадоксальное сочетание отгороженности со склонностью к установлению широких социальных контактов (Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н., 2002). В настоящее время при обследовании личностных свойств больных шизофренией начинает использоваться Пятифакторный опросник личности и опросник Р. Клонингера (ТСІ) для определения темперамента и характера (Разумникова О. М., 2005).

По результатам личностных опросников, у больных шизофренией снижены показатели общительности, уравновешенности и открытости, при этом повышены показатели нейротизма, агрессивности, депрессивности, раздражительности и застенчивости, из чего можно сделать вывод о сниженной потребности больных в общении, склонности к аутистическим интересам, а также личностной тревожности и депрессивности (Фельде К., Быкова Е., 2018).

1.1.3 Эмоциональные нарушения

Шизофрения характеризуется не только глубокими познавательными нарушениями, но и эмоциональными, которые часто приводят к прогрессирующей потере самообслуживания и социального взаимодействия (Овчинников А. А. и др., 2019). Эмоциональное состояние больных шизофренией в целом характеризуется преобладанием негативных переживаний в виде чувства потери энергии, безрадостности, потери интересов, утомляемости, раздражительности, безнадёжности, негативной оценки своего будущего, а также ощущением беспокойства, страха перед окружающим миром неспособности расслабиться (Рычкова О. В., Соина Н. А., Гуревич Г. Л., 2013), а также чувством ненужности, тревожности за себя и свою жизнь, недоверие к другим людям, агрессивность и враждебность (Ревина А. А., Магомедова М. А., 2019).

Наиболее часто аффективные нарушения проявляются отсутствием эмоциональной вовлечённости при общении, снижением эмоциональных реакций или наоборот слишком интенсивными и непонятными для окружающих эмоциями, такими как необоснованная тревога, гнев или не соответствующее ситуации счастье. При этом аффективные реакции могут не соответствовать не только происходящему, но и мимическим реакциям, их выражающим. Обеднение аффекта приводит к тому, что многие больные выглядят безразличными, из-за гипомимичности лицо выглядит апатичным, речь замедлена, контакт глаз поддерживается с трудом. Иногда больные жалуются на «болезненное бесчувствие» - ощущение пустоты из-за неспособности чувствовать эмоции, в первую очередь положительные (Незнанов Н.Г., 2018).

Для больных шизофренией характерна эмоциональная уплощённость, которая проявляется в снижении ощущения и выражения таких эмоций, как интерес, радость, удивление, горе, гнев, отвращение, презрение, страх, стыд, вина. При невротизации шизофренической личностью с большой вероятностью будут проявляться такие черты, как неустойчивое эмоциональное состояние со склонностью к излишне эмоциональному

реагированию, иногда с агрессивным отношением к окружению (Фельде К., Быкова Е., 2018).

Дефицит эмпатийных качеств, таких, как сочувствие, сопереживание и понимание другого, лежит в основе нарушений эмоциональной системы общения. Наиболее типично для больных снижение социальных эмоций, которое обусловлено недостаточной потребностью в общении и социальной направленности личности. Дефицит социальных эмоций проявляется на самых ранних стадиях развития ребёнка – отсутствует желание привлечь к себе внимание других людей, недостаточен комплекс оживления на появление близких и т.д. Снижение симпатии к близким препятствует развитию в дальнейшем таких социальных чувств, как самолюбие, обида, чувствительность к осуждению и похвале (Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф., 1991; Рычкова О. В., 2012).

В нашей стране и за рубежом ведутся исследования эмоционального интеллекта при шизофрении и других психопатологических состояниях (Рычкова О. В., Федорова А. П., Приймак М. А., 2011; Самойлова Д. Д., Барыльник Ю. Б., 2017). Эмоциональный интеллект определяется как способность отслеживать собственные и чужие чувства и эмоции и использовать эту информацию в своём мышлении и деятельности и состоит из трёх блоков: способность идентифицировать и выражать эмоции, способность к регуляции эмоций и способность к использованию эмоциональной информации (Люсин Д. В., Ушаков Д. В., 2004). У больных шизофренией нарушено восприятие лицевой экспрессии собственных и чужих эмоций (Рычкова О. В., Соина Н. А., Гуревич Г. Л., 2013), а также нарушена способность к их пониманию и осознанию, необходимая для успешной адаптации в обществе (Кондюхова Т. Н., Баданова И. И., 2017).

Стоит отметить, что при выполнении заданий, которые кажутся больным интересными и связаны с их способностями и склонностями, они испытывают и проявляют в основном положительные эмоции, а при предъявлении им индифферентных для них заданий либо не проявляют

эмоций совсем, либо испытывают неадекватные негативные эмоции даже при успешном выполнении (Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф., 1991).

Диагностика эмоциональной сферы больных обычно происходит в процессе беседы и наблюдения за поведением, при этом бывает трудно оценить проявления негрубого эмоционального уплощения. Больные часто безразличны к проводимым исследованиям, их результатам, замечаниям врача. Большое значение придаётся выяснению отношения больных к болезни – для них характерно определение своего места по шкале здоровья у полюсов, чаще всего – у полюса абсолютного здоровья, так как больные считают себя полностью здоровыми психически и физически (критика к состоянию болезни отсутствует). При ипохондрической форме и некоторых вариантах бреда физического воздействия наблюдается противоположная картина, объясняющаяся болезненными представлениями о своём здоровье (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2002).

Тревожность и депрессия широко распространены среди психически больных, в том числе больных шизофренией, часто они связаны с социальной недееспособностью и ухудшением прогноза заболевания. Кроме этого, у больных наблюдаются проблемы с самооценкой, самоуважением, активностью, эмоциональным самочувствием и настроением в целом. Психосоциальная терапия положительно влияет на эмоциональное состояние больных, уменьшает тревогу и беспокойство и снижает выраженность депрессии (Овчинников А. А. и др., 2019).

Об эмоциональных нарушениях мы можем судить по результатам методик, исследующих ассоциации, когда они содержат эмоционально-насыщенные слова. Например, при обследовании больных методом пиктограмм их образы лишены эмоционального содержания, а связь со словом-раздражителем является слабой и несущественной (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2002).

Результативны при исследовании аффективных особенностей и те методики, которые включают в себя предъявление эмоционально-насыщенных картинок с незавершённым сюжетом. Как правило, при этом

отсутствует субъективное отношение к содержанию рисунка и стремление интерпретировать его формально и без эмоций. Также эмоциональное снижение у больных шизофренией обнаруживается при предъявлении им юмористических рисунков. Нарушение чувства юмора связывается со своеобразным расщеплением интеллекта и эмоций, наиболее рано нарушается понимание сложных юмористических ситуаций или юмора, связанного с социальным поведением, более сохранным долгое время остаётся восприятие явного юмора (например, карикатур). Нарушения чувства юмора при шизофрении обычно парциальны – некоторая юмористическая продукция интерпретируется правильно, другая анализируется лишь поверхностно; при значительной выраженности психического дефекта расстройства чувства юмора становятся более генерализованными (Познанский А. С., Дезорцев В. В., 1965).

Для диагностики различных показателей эмоционального интеллекта у больных используется опросник эмоционального интеллекта «ЭМИн» Д. В. Люсина, который показывает способность человека распознать эмоцию у себя или у другого, может установить, какую именно эмоцию испытывает он или другой человек и выразить это вербально, а также понимает причины этой эмоции и предполагает её последствия (Кондюхова Т. Н., Баданова И. И., 2017; Ушаков Д. и др., 2019).

1.1.4 Нарушения мотивационной сферы

У больных шизофренией остаются относительно сохранными произвольные компоненты регуляции психической деятельности, но снижается произвольная регуляция (уровень которой отражает уровень самосознания, критичность, самоконтроль, учёт критериев и норм при существовании в социуме). Это снижение определяется нарушением потребностно-мотивационных характеристик психической деятельности. Важно отметить, что дефицит потребностно-мотивационных характеристик общения может в какой-то степени компенсироваться с помощью активизации

других компонентов регуляции деятельности (например, включение больных в организованную целенаправленную совместную деятельность может значительно повысить их общение, так как мотивирующая стимуляция в этом случае не затрагивает эмоции больных, а предполагает необходимость ориентации на партнёра для достижения определённого результата). Нарушения мотивационной сферы также влияют на исполнительские компоненты общения, такие как выразительность речи и движений (Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф., 1991; Фурсов Б. Б., 2012).

При шизофрении наблюдается дисгармония между внешней и внутренней мотивацией, которые в норме должны быть согласованы. Роль внешней мотивации у больных значительно меньше, чем внутренней, их деятельность меньше определяется инструкцией, чем внутренними побуждениями. О. Maller (1974) выделяет синдром амотивационного мышления как одно из центральных расстройств при шизофрении. Он включает нарушения побуждений, мотивации, редукцию энергетического потенциала больного. Амотивационный синдром характеризуется прогрессивностью, приводящей в итоге к распаду мышления. При снижении уровня мотивации проявляются дисгармоничные черты личности, которые обуславливают появление таких типов мышления, как резонёрское, символическое, паралогическое и аутистическое. При этом значимую роль играют и нарушения селективности информации, например, изменённая актуализация прошлого опыта. Нарушение избирательности информации является вторичным нарушением при снижении уровня мотивации. Сначала происходят нарушения мотивационной сферы, которые приводят к нарушениям личностного смысла – того, что определяет значимость конкретных явлений для человека. Селективность информации зависит от личностного смысла, который у больных шизофренией часто не совпадает с общепринятыми и адекватными ситуации знаниями. Следовательно, нарушения личностного смысла не позволяют больным выделить наиболее важные и существенные признаки и ведут к нарушениям селективности информации (Фурсов Б. Б., 2012; Худякова Ю. Ю., 2014).

Большинству пациентов свойственно отсутствие чётких целей в жизни, многие из них считают свою судьбу неподвластной собственному контролю и думают, что планирование своего будущего бесполезно. Мотивационные нарушения здесь проявляются в виде снижения побуждений к активной деятельности и выступлением на первый план безынициативности (Ерзин А., 2017).

С нарушениями мотивации и личностного смысла связаны нарастание эмоционального уплощения и диссоциативные изменения мышления. Можно предположить, что клиническая картина болезни зависит от того, какая из этих сфер пострадала больше всего: с изменениями мотивации может быть связана апатичность мышления, с нарушениями личностного смысла – изменения личностной позиции больного, то есть аутистическое и резонёрское мышление, а в связи с нарушениями избирательности – селективное и паралогическое (Блейхер В. М., Крук И. В., Боков С. Н., 2002). Дефицит мотивации у больных способствует дальнейшему развитию дефекта в ходе заболевания и имеет большое значение для психосоциальной терапии – в ходе болезни мотивация стремительно падает, что становится причиной ухудшения результатов больных в ходе психосоциальной терапии, психообразовательные программы не дают должного результата из-за пассивности пациента (Семёнова Н. Д., 2019). Таким образом, формирование мотивации пациента для участия в психосоциальной терапии и реабилитации становится одной из основных задач комплексной терапии шизофрении (Wykes T. et al., 2015).

1.2 Социальное взаимодействие при шизофрении

Помимо описанных выше нарушений интеллектуально-мнестических функций, у больных шизофренией всегда нарушается их социальное взаимодействие, так как происходит аутизация и отказ от общения с другими людьми, а также нарушение социального познания в связи с личностными особенностями больных. Р. Лэйнг (1995) описывает нарушения эмпатии, трудности понимания социальных ситуаций и невозможность видения своего

поведения глазами других людей. Характерное для больных шизофренией нарушение социальных когниций включают в себя, в частности, проблемы с пониманием и интерпретацией поведения окружающих (Спектор В. А., 2021).

У больных шизофренией наблюдается выраженное снижение социального интеллекта (совокупности способностей, определяющих успешность социального взаимодействия), степень этого снижения зависит от формы болезни, её длительности, социально-демографических характеристик пациента и особенностей его преморбида. Эти нарушения носят выраженных и комплексный характер, включая дефициты различных компонентов. Нарушается социальная перцепция (способность воспринимать социальные стимулы), логическая обработка социальной информации, критическая оценка своих действий в социуме, а также направленность на общение (Холмогорова А., Рычкова О., 2021).

Первоначально социальные нарушения рассматривались как часть общего дефицита когнитивных функций. Из-за нарушений мышления, внимания и отдельных видов памяти, речи и ассоциативных процессов у больных нарушается обучение, усвоение информации. Таким образом, при когнитивном дефиците становится неизбежным и искажённое восприятие социальных знаний и навыков. Поэтому впоследствии социальное познание стало отдельным направлением исследований (Рычкова О. В., Сильчук Е. П., 2010).

Известно, что в связи с нарушениями таких психических функций, как внимание, мышление и память, переработка информации у больных происходит неэффективно. В качестве последствий нарушений избирательности внимания выступают нарушенная концентрация, быстрая утомляемость и отвлекаемость, неуверенность и пугливость в поведении, объясняющаяся отсутствием защиты от сверхстимуляции. Внимание в норме выполняет функцию подготовки к восприятию, то есть отвечает за ожидающее поведение и готовность к быстрой реакции, защищает от различных раздражителей и поддерживает концентрацию. Соответственно, его нарушения влияют на взаимодействие больного с другими людьми. Также

важным барьером при общении становится размывание границ понятий и сочетание в них символизации и конкретики (Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф., 1991).

У больных снижена социальная мотивация и коммуникативная направленность мышления, они испытывают значительные трудности при попытках понять позицию другого человека, поэтому часто игнорируют её (Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф., 1991; Спектор В. А., 2021). Нарушаются такие социальные навыки, как адекватность социального восприятия, способность к вербальной коммуникации и решению межличностных конфликтов. Снижается способность к распознаванию эмоций другого человека и адекватному выражению собственных, вербальному выражению своих чувств и мыслей. Нарушено восприятие лиц других людей и эмоций, которые они выражают (Холмогорова А. Б., 1983; Спектор В. А., 2021).

Больные шизофренией проявляют повышенную тревогу по отношению к социальным эмоционально-значимым стимулам. Основным нарушением их эмоциональной сферы является ангедония – сниженная способность получать удовольствие от жизни, которая мешает их социальному взаимодействию и снижает мотивацию к общению. Стоит отметить, что начальные этапы шизофрении, во время которых прогрессивный процесс обладает наиболее деструктивным характером, сопровождается наиболее выраженной динамикой социальных потерь – снижение социальных навыков и обеднение социального окружения негативно сказываются друг на друге (Семёнова Н. Д., 2019). Высокий уровень субъективного «эмпатического дистресса» (повышенная готовность к переживанию тревоги в ходе напряженных социальных коммуникаций) приводит к более выраженному, чем у здоровых лиц, психическому неблагополучию, которое мешает пациенту разделять и понимать чувства другого человека и приводит к более частому избеганию межличностных контактов. Высокая социальная ангедония также связана со снижением способности проявлять эмпатическую заботу о другом человеке,

испытывать к нему сочувствие и симпатию (Холмогорова А., Рычкова О., 2021).

Социальное окружение и характер эмоциональных контактов с близкими людьми играют важную роль в течении шизофрении. При наличии в семье большого количества негативных эмоций, враждебности и критики в адрес больного течение заболевания резко ухудшается. Часто больным не хватает социальной поддержки от близких людей, хотя они в ней очень нуждаются (Холмогорова А. Б., 2007). С помощью семейных вмешательств (психотерапевтических, образовательных и поведенческих методов) для членов семьи больных шизофренией производится психообразование, обучение эффективному межличностному взаимодействию и преодолению отгороженности больного от семьи. Дисфункциональные отношения в семье являются одним из важных факторов, предрасполагающих к рецидиву болезни (Мунин А. О., Акулова А. А., Белокрылов И. В., 2020).

При этом такое явление, как семейная стигма, переживаемое родственниками больного, не только ухудшает качество жизни самих родственников, но и часто препятствует обращению за помощью в случае рецидива заболевания, таким образом негативно влияя на течение и прогноз болезни (Лутова Н. Б., Макаревич О. В., Сорокин М. Ю., 2020).

В зарубежных исследованиях шизофрении популярной является «теория разума» («theory of mind»). Это понятие обозначает специфический навык индивида осознавать собственное психическое состояние и состояние других людей (Кондюхова Т. Н., Баданова И. И., 2017). Нарушение этой способности встречается при различных нервно-психических заболеваниях, но при шизофрении оно является ключевым. Chris Frith (2014) описывает шизофрению как расстройство репрезентации умственных состояний и считает, что нарушения в когнитивной системе касаются в основном распознавания намерений, мыслей и убеждений как собственных, так и тех, которые он приписывает другим.

Чаще всего нарушения социального познания, такие как «theory of mind», описываются при раннем детском аутизме, но присутствуют и при

шизофрении. Эти нарушения явно связаны с трудностями коммуникации, установлением контактов с другими людьми и появлением дружеских отношений, вследствие чего больные изолируются и утрачивают способность понимать намерения и чувства других, не могут вести себя адекватно и делать свои мотивы понятными для окружающих (Рычкова О. В., Сильчук Е. П., 2010).

В исследованиях Н. С. Курека были установлены значительные трудности в распознавании эмоций больными шизофренией, что связано как с ухудшением собственной способности распознавать эмоции и склонности к безэмоциональным интерпретациям, так и с дефицитом положительных эмоций и нарушением когнитивного компонента эмоциональной сферы, который проявляется в недооценивании своих и чужих эмоций (Курек Н. С., 1986; Курек Н. С., 1988). При этом проблемы обнаруживаются не только в индентификации эмоций, но и в обработке самой структуры, которая отвечает за интеграцию отдельных черт лица в единое целое (Спектор В. А., 2021).

В. П. Критская, Т. К. Мелешко и Ю. Ф. Поляков (1991) в качестве ведущего компонента выделяют нарушения потребностно-мотивационных характеристик социальной регуляции психической деятельности и поведения, которые проявляются в сниженной направленности личности. Вслед за мотивационно-личностными нарушениями страдают исполнительские функции, в результате чего нарушается социальное познание и функционирование.

Для исследования особенностей коммуникативной сферы больных шизофренией наиболее важным является исследование межличностных взаимодействий. Это взаимодействие характеризуется специфическими особенностями, связанными с нарушениями личности у данной категории людей. Такие особенности имеют большое значение для диагностики и организации терапии.

Работы медицинских психологов и психиатров, касающиеся особенностей общения больных шизофренией, можно разделить на две основных группы (Хломов Д. Н., Гаранян Н. Г., 1982): к первой группе

относятся исследования, придающие наибольшее значение нарушениям в области общения и межличностных отношений, во второй изменения социального поведения рассматриваются как следствие более глубоких нарушений. Несмотря на различие взглядов, обе группы работ опираются на такие аспекты социального поведения больных, как восприятие одного человека другим, эмоциональные проявления в коммуникативной деятельности и общение в процессе психотерапии. Коррекционная работа с больными тесно связана с организацией их социального поведения. Современная концепция лечения основывается на биопсихосоциальной модели и помимо психофармакотерапии включает в себя психосоциальные вмешательства (Мунин А. О., Акулова А. А., Белокрылов И. В., 2020).

В структуре межличностного взаимодействия центральным является собственно взаимодействие, то есть особенности коммуникации. Межличностное общение в основном регулируется двумя личностными структурами, в которых отражён прошлый опыт общения: системой межличностных отношений и системой межличностных взаимодействий. Человек понимает и учитывает только те взаимодействия между людьми, которые он может воспринять и категоризировать, поэтому восприятие межличностных отношений является важнейшим фактором, определяющим поведение человека в ситуации взаимодействия с другими. Построение и восприятие отношений определяет система межличностных взаимодействий, в которой могут быть выделены диапазон воспринимаемых и собственных взаимодействий. Наиболее полно личность больных шизофренией проявляется в аутизме, который влияет на организацию их социального поведения. При большей выраженности аутизма и большем дефекте личности больным свойственно снижение трудовой и социальной адаптации (Василевская Е. А., 2019).

Важной характеристикой восприятия межличностных взаимодействий является их дифференцированность. При нарастании когнитивной сложности ситуаций взаимодействия меньшее число больных может воспринять их правильно. Снижение показателя восприятия таких ситуаций ещё более

заметно при исследовании больных с большей выраженностью дефекта личности. Таким образом, чем сильнее социальная дезадаптация больных, тем больше снижается уровень когнитивной сложности восприятия межличностного взаимодействия, то есть оно воспринимается менее дифференцировано и точно. При этом показатели когнитивной сложности восприятия собственных взаимодействий снижены у всех больных шизофренией. Также важно отметить меньшее количество и меньшую развёрнутость описаний, отказы от построения собственных взаимодействий, выраженную формализацию и ограничение тем общения. В целом, восприятие собственных взаимодействий у более сохранных больных нарушено сильнее, чем восприятие взаимодействий с другими людьми, а у больных с более выраженными личностными нарушениями наблюдаются расстройства восприятия обоих этих видов. Такие изменения оказывают существенное влияние на понимание общения между людьми, построение собственных коммуникаций, восприятие общения в группе и в определённых ситуациях и построение в них соответствующего поведения. При этом наблюдаются тенденции к формализации общения, избеганию межличностных взаимодействий и уменьшению направленности на восприятие эмоций партнёра (Хломов Д. Н., 1984; Спектор В. А., 2021).

В настоящее время активно исследуется роль ближайшего окружения больных шизофренией в течении их болезни. Эти люди вносят значительный вклад в реабилитацию пациентов, но при этом страдают из-за болезни близкого и подвергаются физической и психологической нагрузке. Адекватные семейные отношения имеют положительное влияние на социальную адаптацию больного, сокращают количество рецидивов заболевания и улучшают комплаентность медикаментозной терапии, неблагоприятные же отношения действуют противоположным образом. Кроме этого, люди, заботящиеся о пациентах, уменьшают нагрузку с государственных учреждений социального обслуживания населения и могут

раньше всех распознавать рецидивы заболевания, при наличии достаточной осведомлённости (Гетманенко Я. А., Трусова А. В., 2019).

Круг социальных контактов у больных значительно меньше, чем у здорового населения (Stein C. H., Aguirre R., Hunt M. G., 2013). При этом поддержка социального окружения уменьшает ощущение одиночества, позитивно влияет на качество жизни, уменьшает интенсивность переживаний по поводу стигматизации и уменьшает количество госпитализаций (Hendryx M., Green C. A., Perrin N. A., 2009). Пациенты, имеющие относительно небольшое количество социальных контактов, имеют большую выраженность негативных и общесоматических симптомов и нарушения социальных функций. Социальная поддержка рассматривается в виде инструментального компонента (материальная, физическая и информационная поддержка) и эмоционального (психологическая поддержка, ощущение сопричастности, эмпатия, доверительность отношений). Больные оценивают свою возможность самостоятельно оказывать такую поддержку близким как крайне позитивно влияющую на их психологическое благополучие (Софронов А. Г. и др., 2021). Этот феномен называется «реципрокной поддержкой» и наиболее сильно связан с положительным прогнозом заболевания (Karanci N. A. et al., 2017).

Доказано, что пациенты, которые проживают в более сбалансированных семьях, имеют более высокое качество жизни, параметры социального функционирования и адаптации, а также менее выраженную психопатологическую симптоматику. На данный момент разрабатываются методы психологического воздействия, направленные на лечение пациента внутри семьи и с помощью ближайших родственников, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений (Гетманенко Я. А. и др., 2019). Для наиболее благоприятной лечебной среды необходимо, чтобы родственники, близкие друзья и медицинское окружение больного не проявляли к нему негативных эмоций в виде грубой критики, враждебности, старались не слишком сильно контролировать его жизнь и избегать усиленной эмоциональной опеки, поэтому другим направлением психологической

работы с окружением может являться специальная работа с родственниками больных и медицинским персоналом (Холмогорова А. Б., 2000).

Для многофакторного анализа социальной сети больных шизофренией используется «Методика структурной оценки социальной сети больных шизофренией», в основе которой лежит методика S.L. Phillips (1981) в переводе Гурович И.Я. и др. (2007), дополнительно используется анкета для оценки активности пациента в социальных сетях (Софронов А. Г. и др., 2021).

Таким образом, проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы показал комплексный, многомерный и спаянный характер психологических нарушений при шизофрении. Одно из центральных мест в этом комплексе занимает нарушение социального взаимодействия, структура которого недостаточно изучена. Это определило основную цель и задачи настоящего исследования.

ГЛАВА 2. ОРГАНИЗАЦИЯ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данной главе будет рассмотрена процедура проведения исследования, критерии включения пациентов в выборку, социально-демографическая и клиническая характеристики испытуемых, а также описаны проводимые методы исследования и математической обработки данных.

2.1 Процедура исследования

Исследование проводилось однократно в условиях стационара СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 6» в период становления ремиссии при подготовке больных к выписке. Исследование состояло из трёх частей: 1) социальные сети и выраженность негативных симптомов исследовались в формате полуструктурированного интервью; 2) личностный опросник и шкала эмоциональной реактивности заполнялись пациентом; 3) данные шкалы глобального функционирования сообщались врачом после выписки пациента, данные шкалы негативной симптоматики выставлялись психологом по результатам беседы. Набор испытуемых происходил в период с 16.11.2021 по 01.03.2022.

2.2 Материал исследования

В исследование включались больные с установленным диагнозом параноидная шизофрения (F20.0 по МКБ-10), проходившие стационарное лечение в СПб ГКУЗ «Городская психиатрическая больница № 6», доступные психологическому исследованию.

2.2.1 Социально-демографическая характеристика

Исследовано 60 больных параноидной шизофренией – 30 мужчин и 30 женщин; в каждой группе по 50% от всей выборки. Для наглядности половозрастные характеристики пациентов представлены в таблице 1.

Таблица 1. Демографические характеристики

Пол	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%	N	%	N	%
	30	50	30	50	60	100
Возраст	M	σ	M	σ	M	σ
	37,17	11,27	47,90	12,53	42,53	13

Как видно из данных таблицы 1, было исследовано равное количество мужчин и женщин. Средний возраст мужской выборки был равен 37,17, $\sigma=11,27$, а у женской выборки $M=47,90$, $\sigma=12,53$, $t=-3,49$, $p=0,000$. Такие результаты соответствуют реальному составу больных психиатрической клиники, способных и согласных на участие в исследовании. В целом, средний возраст выборки – 42,53 года, $\sigma=13$.

В таблице 2 представлено распределение по образовательному и трудовому статусу пациентов, составивших всю группу, а также группы мужчин и женщин.

Таблица 2. Образовательный и трудовой статус

Образовательный и трудовой статус		Мужчины		Женщины		Всего	
		N	%	N	%	N	%
Образование	Среднее неполное	2	6,67	0	0	2	3,33
	Среднее	9	30	4	13,33	13	21,67
	Среднее специальное	12	40	12	40	24	40
	Неполное высшее	4	13,33	2	6,67	6	10
	Высшее	3	10	12	40	15	25
Трудовой статус	Не работает	19	63,33	21	70	40	66,67
	Работает	11	36,67	9	30	20	33,33

Как показывает таблица 1, большинство исследованных пациентов (61,67%) имеют полное среднее и среднее специальное образование, одна

четверть пациентов (25%) имеют высшее образование, 10% имеют неполное высшее образование и 3,33% - неполное среднее образование. Из таблицы можно сделать вывод, что в группе мужчин больше, чем в группе женщин, лиц со средним неполным, средним и неполным высшим образованием, лиц со средним специальным образованием в обеих группах равное количество, а лиц с высшим образованием больше в группе женщин. $\chi^2=9,99$, $p=0,406$.

По трудовому статусу группы значимо не различаются, в каждой из групп большинство (66,67%) составляют лица, в данный момент не работающие.

В таблице 2 представлено распределение пациентов по основным характеристикам семейной сферы.

Таблица 3. Семейные характеристики

Семейные характеристики		Мужчины		Женщины		Всего	
		N	%	N	%	N	%
Семейное положение	Холост	26	86,67	15	50	41	68,33
	Женат/замужем	0	0	4	13,33	4	6,67
	В разводе	4	13,33	7	23,33	11	18,33
	Вдовец/вдова	0	0	4	13,33	4	6,67
Наличие детей	Нет детей	27	90	15	50	42	70
	Один ребенок	2	6,67	7	23,33	9	15
	Двое детей	1	3,33	7	23,33	8	13,33
	Много детей	0	0	1	3,33	1	1,67

Наличие сиблингов	Нет сиблингов	5	16,67	12	40	17	28,33
	Один сиблинг	22	73,33	10	33,33	32	53,33
	Два сиблинга	3	10	5	16,67	8	13,33
	Много сиблингов	0	0	3	10	3	5

Среди изученных пациентов большинство (68,33%) никогда не состояло в брачных отношениях, и лишь около 7 % в настоящее время имеют собственную семью. В группе мужчин больше, чем в группе женщин, лиц, не состоящих в брачных отношениях, а в группе женщин больше лиц, находящихся замужем, в разводе или являющихся вдовами ($\chi^2=11,77$, $p=0,008$).

Подавляющее большинство испытуемых всей выборки (70%), и особенно, мужской выборки (90%), не имеют детей; в группы женщин не имеет детей ровно половина группы. В группе женщин больше лиц, у которых есть один ребенок, двое детей и много детей ($\chi^2=11,71$, $p=0,009$).

Большая часть испытуемых (53,33%) имеет только одного сиблинга. В группе женщин больше лиц, не имеющих сиблингов, имеющих двух сиблингов или нескольких сиблингов, при этом в группе мужчин больше лиц, имеющих одного сиблинга ($\chi^2=10,88$, $p=0,054$).

Таким образом, анализ основных социально-демографических характеристик исследованных 60 больных параноидной шизофренией показал, что среди всех больных преобладают лица со средним образованием, не работающие и не имеющие собственной семьи и детей; анализ гендерных различий показал, что социально-демографическая ситуация более благоприятна в группе женщин по сравнению с группой мужчин.

2.2.2 Клиническая характеристика

Диапазон длительности заболевания среди выборки испытуемых (по дате первичной госпитализации) в среднем – около 16,2 лет. Длительность заболевания в группе женщин в среднем составила 17,8 лет, $\sigma=12,37$, в группе мужчин – 14,6 лет, $\sigma=9,64$. Различия по этому показателю между группами не значимы.

В таблице 4 представлено распределение больных по диагнозам.

Таблица 4. Клинический диагноз

Диагноз	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%	N	%	N	%
Параноидная шизофрения непрерывная	14	46,67	17	56,67	31	51,67
Параноидная шизофрения эпизодическая с нарастающим дефектом	15	50	10	33,33	25	41,67
Параноидная шизофрения эпизодическая со стабильным дефектом	1	3,33	2	6,67	3	5
Параноидная шизофрения с недостаточным периодом наблюдения	0	0	1	3,33	1	1,67

Большая часть испытуемых в обеих группах имеет диагнозы «Параноидная шизофрения непрерывная» и «Параноидная шизофрения с нарастающим дефектом». В группе мужчин больше, чем в группе женщин, больных параноидной шизофренией эпизодической с нарастающим дефектом, при этом в группе женщин больше больных параноидной шизофренией эпизодической со стабильным дефектом, с недостаточным периодом наблюдения и непрерывной

Ведущие психопатологические синдромы, по данным медицинской документации, представлены в таблице 5.

Таблица 5. Психопатологические синдромы

Синдром	Мужчины		Женщины		Всего	
	N	%	N	%	N	%
Параноидный	10	33,33	7	23,33	17	28,33
Кататоно-параноидный	1	3,33	2	6,67	3	5
Галлюцинаторно-параноидный	11	36,67	11	36,67	22	36,67
Аффективно-параноидный	8	26,67	10	33,33	18	30

Значимых различий не выявлено, в обеих группах преобладает галлюцинаторно-параноидный синдром (36,67%), при этом в группе женщин больше, чем в группе мужчин, лиц с кататоно-параноидным и аффективно-параноидным синдромами, а в группе мужчин – с параноидным синдромом.

В таблице 6 представлены параметры выраженности негативной симптоматики для всей группы и пациентов обеих групп, полученные с помощью рейтинговой клинической Шкалы оценки негативной симптоматики (SANS). Для наглядности соотношения показателей представлены также в виде графика на рисунке 1.

Таблица 6. Показатели Шкалы оценки негативной симптоматики

Показатели шкалы оценки негативной симптоматики	Мужчины		Женщины		Вся группа	
	M	σ	M	σ	M	σ
Уплотнение аффекта	2,87	0,82	2,57	1,19	2,72	1,02
Нарушения речи	2,73	1,17	2,80	0,92	2,77	1,04
Апатия-абулия	3,63	0,85	3,30	1,15	3,47	1,01
Ангедония-асоциальность	3,80	0,92	3,53	1,07	3,67	0,99
Нарушения внимания	2,63	0,81	2,40	0,93	2,52	0,87

Общий балл	3,13	0,69	2,92	0,85	3,03	0,77
------------	------	------	------	------	------	------

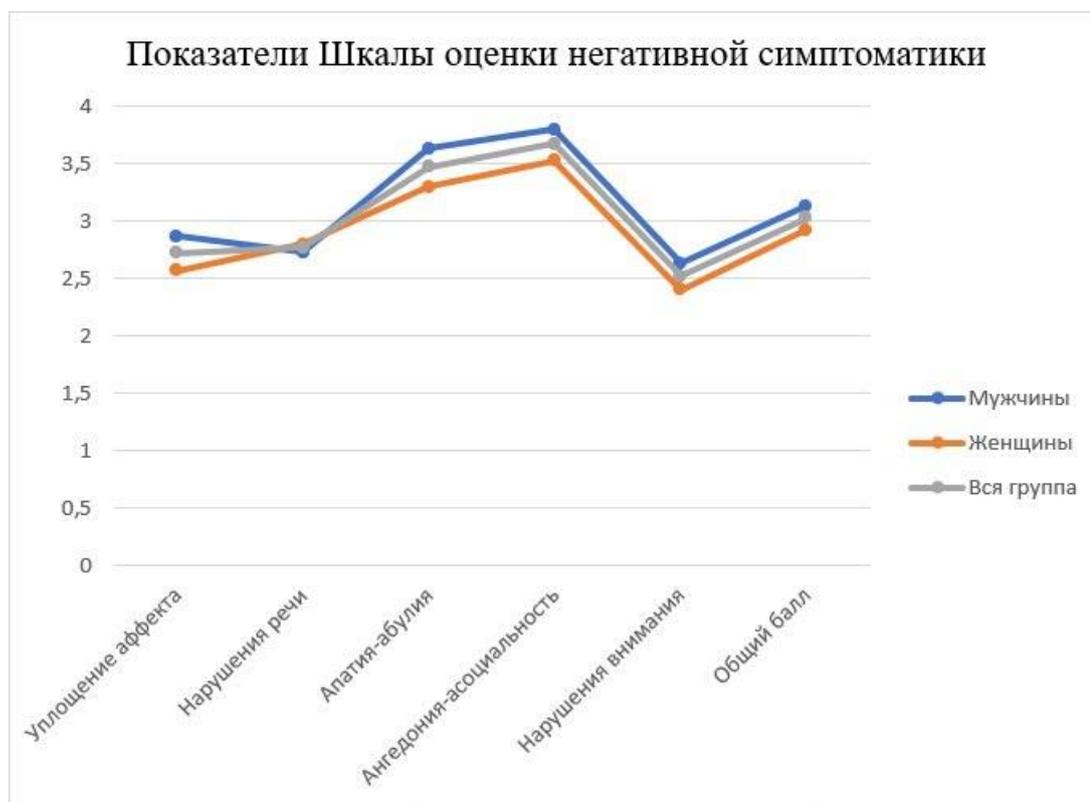


Рисунок 1. График показателей Шкалы оценки негативной симптоматики

У испытуемых обеих групп наиболее выражены нарушения по шкале «ангедония-асоциальность» и «апатия-абулия», при этом нарушения речи больше выражены у группы женщин, а выраженность уплощения аффекта, апатии-абулии, нарушений внимания и негативной симптоматики в целом больше у лиц из группы мужчин. По общей выраженности негативной симптоматики и отдельным ее параметрам статистически значимых различий между группами не выявлено.

Таким образом, изучение социально-демографических и клинических характеристик показало, что в целом среди больных преобладают лица со средним образованием, не работающие и не имеющие собственной семьи и детей; наиболее выраженными являются нарушения по шкале «ангедония-асоциальность» и «апатия-абулия».

В группах мужчин и женщин наблюдаются отличия по социально-демографическим признакам: в группе мужчин статистически значимо больше лиц со средним неполным, средним и неполным высшим образованием, а в группе женщин больше лиц с высшим образованием; среди исследованных мужчин больше лиц, не состоящих в браке, а среди женщин больше тех, кто находится замужем, в разводе или является вдовами, т.е сейчас или ранее имели собственную семью; большинство испытуемых из группы мужчин не имеют детей, соответственно среди женщин больше тех, у кого есть один, двое или несколько детей; в группе женщин больше тех, кто не имеет сиблингов, а также тех, кто имеет двух или нескольких сиблингов, при этом в группе мужчин больше лиц, имеющих одного сиблинга. По клиническим характеристикам статистически значимых различий между группами мужчин и женщин не выявлено.

2.3 Методы исследования

Для всех испытуемых очно, в условиях стационара проводились следующие методы: Шкала оценки негативной симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms), Оценка социальной сети психически больных, Шкала глобального функционирования (Global Assessment of Functioning Scale - GAF scale), Краткая форма Пертской шкалы эмоциональной реактивности (Perth Emotional Reactivity Scale – Short Form, PERS-S), Опросник личности ТИPI-RU (перевод и адаптация пятифакторного опросника личности).

2.3.1 Шкала оценки негативной симптоматики (Scale for the Assessment of Negative Symptoms)

Шкала оценки негативной симптоматики (SANS) помогает дать количественную и структурную оценку негативных симптомов, проявляющихся в отсутствии или снижении психического свойства, существующего в норме. Это клиническая рейтинговая шкала, оценивающая

выраженность психопатологических симптомов, а также тяжесть их проявления в динамике. Данная методика была создана N. Andreasen (1982) вместе с шкалой позитивной симптоматики (SAPS), эти шкалы могут дополнять друг друга при оценивании состояния психически больных.

Шкала содержит 25 симптомов, которые группируются в субшкалы. Такие симптомы, как обеднение мимики, снижение спонтанной подвижности, обеднение выразительности моторики, избегание контакта взглядом, уплощение аффекта, неадекватность аффекта (паратимии), монотонность и снижение выразительности речи, субъективное ощущение потери эмоций составляют шкалу «Уплощение и ригидность аффекта»; обеднение словарного запаса, обеднение тематики разговора, обрывы мыслей, ответы с задержкой, субъективная оценка нарушений речи – шкалу «Нарушения речи»; уход за собой, снижение продуктивности в работе или учебе, снижение физического энергетического потенциала, субъективная оценка апато-абулических нарушений – шкалу «Апато-абулические расстройства»; активность свободного времени, сексуальные интересы, способность чувствовать интимность и близость, отношения с родными и коллегами (аутизм), субъективное осознание ангедонии-асоциальности – шкалу «Ангедония-асоциальность»; невнимательность в контакте, невнимательность при психологическом тестировании, субъективное восприятие снижения концентрации внимания – шкалу «Внимание». Экспериментатор оценивает характеристики испытуемого по всем 25 пунктам, после чего считает средний показатель для каждой субшкалы путём суммирования баллов всех входящих в неё симптомов. Каждый пункт оценивается по степени тяжести от 0 до 5 баллов, где 0 – отсутствие нарушения, 1 – нарушение сомнительно, 2 – нарушение присутствует в лёгкой степени, 3 – умеренное нарушение, 4 – выраженное нарушение и 5 – тяжёлое нарушение.

Для оценки общего уровня выраженности дефицитарной симптоматики баллы, полученные в каждой субшкале, суммируются между собой и делятся на 5 (общее количество субшкал), в результате чего получается общий балл тяжести симптомов (или интегральный показатель негативной симптоматики).

При оценке в динамике утяжеление симптоматики отражается как повышение балла, а редукция – как снижение.

Основная область применения данной шкалы – клинические исследования эффективности психофармакотерапии, так как благодаря большому количеству пунктов и существованию подшкал можно дифференцированно оценивать влияние препаратов на негативную симптоматику (Andreasen N. C., 1989).

2.3.2 Оценка социальной сети психически больных

Методика оценки социальной сети психически больных была предложена группой исследователей под руководством д.м.н., профессора А.Г. Софронова.

Понятие «социальная сеть» описывает круг социальных контактов человека. Методика оценивает социальную сеть больного по четырём структурам: «Объективные параметры», «Интернет-активность», «Эмоциональный аспект социальной поддержки» и «Реципрокная поддержка». Следует упомянуть, что благодаря методике оцениваются не только структурные характеристики индивидуальной сети больных, но и характеристики социальных взаимодействий (содержание, функции и качество отношений). Таким образом, объединяются объективные характеристики социальных переменных и субъективные индивидуальные переменные. Данная методика отражает значимые измерения социальной сети и задаёт мишени для дальнейшей психотерапевтической работы и социальной реабилитации больных (Софронов А. Г. и др., 2021).

Количество знакомых у больных шизофренией обычно значительно меньше, чем у здоровых людей, и включает в себя небольшое число близких людей, без которых пациент нередко не может обходиться. Круг значимых людей и отношения с ними очень важны для понимания того, как больной функционирует в обществе. При этом важно различать социальную сеть, наиболее близкое окружение больного, и именно социальную поддержку,

которая обычно оказывает позитивное влияние. Социальная сеть же, при условии, что она состоит только из родственников пациента, может отрицательно сказываться на его социальном функционировании. Положительно влияет социальная сеть, состоящая как минимум из 7 членов разного пола и возраста, в которой имеется хотя бы один наиболее близкий и оказывающий поддержку человек и отсутствуют чрезмерно зависимые отношения.

В основе данной методики лежит методика S. L. Phillips (1981), валидизированная на выборке более тысячи человек, на русский язык она переведена И. Я. Гуровичем и др. (2007) и была использована во многих отечественных исследованиях. Методика состоит из: 1) составления перечня наиболее близких больному лиц; 2) оценки длительности и доверительности отношений, их частоты, степени эмоциональной и материальной поддержки для каждого близкого человека; 3) формальных характеристик, таких как размер и плотность сети. Однако русский перевод данной методики не прошёл валидизацию для психически больных. Поэтому было проведено определение валидности данной методики в клинике с добавлением новых шкал для оценки онлайн-активности испытуемых и редуцированием шкал с низкими объяснительными способностями.

Данное исследование проводится в виде полуструктурированного интервью, состоящего из четырёх частей. В первой части пациенту нужно ответить на 8 вопросов, касающихся лиц, к которым он может обратиться с определёнными проблемами:

- 1) кого можно попросить позаботиться о домашних животных и цветах на время отсутствия;
- 2) с кем можно обсудить проблемы, связанные с учёбой или работой;
- 3) кто помогает в домашних делах;
- 4) с кем пациент проводит свободное время;
- 5) кого считает своим лучшим другом;
- 6) с кем обсуждает свои личные проблемы;

7) кто оказывает ему помощь в принятии наиболее важных жизненных решений;

8) кто при необходимости помогает с материальными проблемами.

Далее составляется список из всех названных людей.

Во второй части из общего списка выбираются те люди, с которыми испытуемый:

1) находится в наиболее близких отношениях (с указанием типа этих отношений);

2) проживает в одном городе;

3) в одном доме;

4) в одной квартире;

5) вместе работает или учится;

б) имеет похожие увлечения.

Ответ на данные вопросы, кроме первого, не фиксируются, а используются для прояснения, чтобы в итоговый список лиц не попали случайные люди, отношения с которыми уже не поддерживаются или являются формальными. Если такое случается, дальнейшие вопросы относительно данного лица не задаются либо в подсчёте итоговых данных этот человек не участвует.

В третьей части уточняется ответ на первый вопрос второго раздела – список имён наиболее близких людей выписывается в отдельную таблицу, в каждую колонку рядом с именем ставится балл в соответствии с ответом респондента на вопросы: в первую колонку – длительность знакомства с каждым человеком (в годах или месяцах); во вторую – частота контактов (1 – реже одного раза в год, 2 – около раза в месяц, 3 – раз в неделю, 4 – каждые 2-3 дня, 5 – каждый день); в третью – какие проблемы испытуемый может обсуждать с данным человеком (1 – имеется ощущение неловкости при обсуждении любых вопросов, 2 – возможно обсуждение только отвлечённых тем, таких как спорт, погода, политика, 3 – возможна беседа о работе, учёбе и здоровье, и 4 – обсуждение любых тем, в том числе самых сокровенных); следующие 4 колонки – как часто этот человек оказывает вам материальную

помощь, как часто помогает морально, как часто вы помогаете ему материально и как часто морально – оценивается в зависимости от частоты: 0 баллов – никогда, 1 балл – иногда, 2 балла – часто и 3 балла – очень часто.

Последний четвёртый блок содержит вопросы относительно использования больших социальных сетей (мессенджеры социальными сетями не считаются):

- 1) Как часто Вы пользуетесь социальными сетями?
- 2) В скольких сетях Вы зарегистрированы?
- 3) В скольких из них активно ведёте свою страницу?
- 4) Как часто публикуете записи?
- 5) Как часто общаетесь в соцсетях со своими знакомыми?
- 6) Как часто Вы комментируете записи в сообществах/участвуете в групповых дискуссиях?
- 7) Сколько у Вас друзей в соцсетях?
- 8) Со сколькими из них Вы обмениваетесь сообщениями хотя бы раз в месяц?
- 9) Со сколькими из них Вы можете иногда встретиться в реальной жизни?

Ответы на вопросы, касающиеся частоты, даются в цифрах: 4 балла – ежедневно, 3 балла – несколько раз в неделю, 2 – несколько раз в месяц, 1 – несколько раз в год, 0 – никогда.

Полученные результаты оцениваются по:

- 1) общему числу названных испытуемым лиц (люди из первой части без повторов;
- 2) размеру социальной сети – количество людей, названных испытуемым во второй части (положительное значение – 7 и более лиц);
- 3) числу лиц, не являющихся родственниками пациента;
- 4) продолжительности знакомств – по первому вопросу третьей части опросника, исключая родственников;
- 5) доверительности отношений – балл ответов на третий вопрос третьей части;

б) необходимости в получении инструментальной поддержки – оценивается по четвёртому вопросу;

7) необходимости получения моральной поддержки – по пятому вопросу;

8) способности оказывать инструментальную поддержку – по шестому;

9) способности оказывать эмоциональную поддержку – по седьмому.

В последних пяти пунктах подсчитывается частота ответа на определённый вопрос.

Данная методика продемонстрировала высокую внутреннюю и внешнюю валидность и применимость в клинической практике у больных шизофренией, так как компактна и затрачивает небольшое количество ресурсов испытуемых (Софронов А. Г. и др., 2021).

2.3.3 Шкала глобального функционирования (Global Assessment of Functioning Scale - GAF scale)

Данная шкала является клинической оценочной шкалой и служит для общей оценки способности психически больных к повседневному функционированию. Шкала глобальной оценки была предложена Luborsky в Шкале оценки здоровья-болезни (Luborsky L, 1962) и пересмотрена Spitzer и соавторами (Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J, 1976). В дальнейшем шкала была модифицирована для оценки социально-психологического функционирования пациентов в связи с их психиатрическим диагнозом и получила название GAF.

Шкала состоит из нескольких пунктов, в каждом из которых подробно описываются особенности функционирования и представлен диапазон баллов. Специалист, проводящий методику, относит пациента к одному из диапазонов, выставляя ему конкретный балл исходя из того, к какой из границ диапазона ближе функционирование пациента на текущий момент. Шкала используется для оценки социального функционирования в психиатрических обследованиях, лечении и реабилитации, увеличение баллов по данной шкале

может служить показателем эффективности проведённого лечения и психологических вмешательств. Оценка варьируется от 1 балла (серьёзное ухудшение функционирования) до 100 (чрезвычайно высокое функционирование) (Hall RC, 1995).

2.3.4 Краткая форма Пертской шкалы эмоциональной реактивности (Perth Emotional Reactivity Scale – Short Form, PERS-S)

Данная шкала измеряет как общую реактивность негативных и позитивных эмоций, так и их интенсивность, длительность и активацию.

В настоящее время биологические предрасположенности (или типы темперамента) изучаются меньше, чем психологические особенности личности. При этом рассмотрение отдельных свойств темперамента позволяет получить данные о различных аспектах психологического функционирования личности. Среди черт темперамента, описанных Я. Стреляу (2009), эмоциональная реактивность, то есть высокая чувствительность к эмоциям и низкая эмоциональная выносливость, является важным показателем в психосоматических отношениях, например, имеет положительную корреляцию с невротизмом и отрицательные с экстраверсией и психотизмом (Cyniak-Cieciura M, Zawadzki B, Strelau J., 2016). Высокая эмоциональная реактивность показывает слабость нервной системы и малую устойчивость к психическим нагрузкам, что может быть связано с возникновением психических расстройств (Ларионов П. М., Агеенкова Е. К., Белашина Т. В., 2021).

В основе эмоциональной реактивности лежат такие свойства, как активность (быстрота реакции на стимул, скорость и лёгкость появления эмоционального ответа), интенсивность (глубина переживания) и длительность (сколько времени нужно личности, чтобы вернуться к первоначальному состоянию) (Preece D, Vecerra R, Campitelli G., 2018).

Данная шкала исследует все вышеперечисленные свойства и состоит из 18 пунктов. Её русскоязычная версия является валидной и надёжной для

измерения многомерных характеристик эмоциональной реактивности (Ларионов П. М., Агеенкова Е. К., Белашина Т. В., 2021), а краткость данной методики позволяет использовать шкалу для испытуемых с мотивационно-волевым дефектом.

При прохождении опросника испытуемый оценивает каждое из 18 утверждений согласно тому, насколько они описывают его обычное состояние («совсем не похоже на меня», «скорее не похоже на меня», «ни похоже, ни непохоже на меня», «скорее похоже на меня» или «очень похоже на меня»). Испытуемый выбирает один из вариантов ответа. Путём суммации его ответов по пятибалльной шкале получают результаты по двум составным шкалам («общая реактивность позитивных эмоций» - сумма ответов на все нечётные пункты, «общая реактивность негативных эмоций» - на чётные пункты) и по шести подшкалам: «активация позитивных эмоций», «длительность позитивных эмоций», «интенсивность позитивных эмоций», «активация негативных эмоций», «длительность негативных эмоций», «интенсивность негативных эмоций». Для получения результатов по подшкалам нужно сложить результаты по конкретным пунктам. Для всех шкал и подшкал более высокие результаты указывают на более высокий уровень эмоциональной реактивности (то есть, чем больше полученный балл по отдельным подшкалам, тем быстрее эмоции активизируются, выше их интенсивность или дольше длительность в зависимости от конкретной подшкалы).

2.3.5 Опросник личности TIPI-RU (перевод и адаптация пятифакторного опросника личности)

Опросники, построенные на базе «Большой пятёрки», содержат большое количество вопросов и не подходят для исследования слабомотивированных испытуемых, какими обычно являются больные шизофренией. TIPI-RU содержит всего 10 вопросов и подходит для быстрой диагностики личностных черт таких больных. Он содержит те же 5 шкал, что и «Большая пятёрка»: экстраверсия, дружелюбие, добросовестность, эмоциональная стабильность и

открытость опыту, которые оцениваются по ответам больного на 10 утверждений, касающихся его восприятия себя:

- 1) как открытого, полного энтузиазма;
- 2) критичного, склонного спорить;
- 3) надёжного и дисциплинированного;
- 4) тревожного, легко расстраивающегося;
- 5) открытого для нового опыта, сложного;
- 6) замкнутого, тихого;
- 7) сочувствующего, сердечного;
- 8) неорганизованного, беспечного;
- 9) спокойного, эмоционально устойчивого;
- 10) обыкновенного, не творческого.

Ответом на каждое высказывание является цифра от 1 до 7, где 1 обозначает полное несогласие с утверждением, 7 – полное согласие, 4 – нечто среднее. Баллы за ответы на вопрос подсчитываются по пяти шкалам в виде суммы баллов за два вопроса, разделённых пополам: экстравертность (балл за 1 вопрос и балл, обратный ответу на 6 вопрос), дружелюбие (балл за 7 вопрос и обратный 2), добросовестность (балл за 3 вопрос и обратный 8), эмоциональная стабильность (балл за 9 вопрос и обратный 4) и открытость новому опыту (балл за 5 вопрос и обратный 10). Обратные баллы равны цифрам, противоположным баллу ответа на данный вопрос: $7=1$, $6=2$, $5=3$, $4=4$, $3=5$, $2=6$, $1=7$. (Сергеева А.С., Кириллов Б.А., Джумагулова А.Ф., 2016).

Данный опросник апробирован на русскоязычной выборке, было выяснено, что он обладает удовлетворительными психометрическими показателями и может быть рекомендован для экспресс-диагностики личностных черт (Корнилова Т. В., Чумакова М. А., 2016).

2.4 Математико-статистические методы обработки данных

Получены описательные статистики для всей группы пациентов, группы мужчин и группы женщин. Для сравнительного анализа мужчин и женщин по

выделенным показателям использовался t-критерий Стьюдента для независимых выборок, и в тех случаях, когда дисперсия была неоднородна по критерию Левеня, использовался критерий U-Манна-Уитни. Для оценки взаимосвязи между качественными переменными использовался χ^2 Пирсона, для оценки взаимосвязи между количественными переменными использовался ранговый критерий Спирмена. Анализ данных проводился с использованием программного обеспечения IBM SPSS Statistics.

ГЛАВА 3. РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БОЛЬНЫХ ПАРАНОИДНОЙ ШИЗОФРЕНИЕЙ

В данной главе представлены количественные и качественные характеристики социального взаимодействия изученных больных шизофренией, выраженность нарушений их повседневного функционирования, уровень их эмоциональной реактивности и личностные особенности, а также взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с психологическими, клиническими и демографическими (полом и возрастом) характеристиками.

3.1 Количественные и качественные характеристики социального взаимодействия

Ниже будут представлены характеристики социального взаимодействия, полученные с помощью методики оценки социальных сетей психически больных.

В таблице 7 представлены показатели всей группы пациентов и различия между выборками по количественным показателям. Также они представлены в виде графика на рисунке 2.

Таблица 7. Количественные показатели методики оценки социальных сетей

Количественные показатели методики оценки социальных сетей	Мужчины		Женщины		Всего	
	М	σ	М	σ	М	σ
Общее количество знакомых	3,13	1,74	4,47	2,46	3,80	2,20
Количество близких людей	2,50	1,59	2,93	2,49	2,72	2,07
Количество близких людей, не являющихся родственниками	0,50	1,01	0,53	0,90	0,52	0,94
Длительность знакомства	3,67	10,32	9,22	18,00	6,44	14,69

Количество используемых соцсетей	0,40	0,30	0,56	0,54	0,35	0,54
Количество друзей из соцсетей, с которыми ведутся переписки	2,60	6,04	7,67	14,89	5,13	11,45
Количество лиц из соцсетей, с которыми респондент общается в жизни	3,13	7,73	2,53	4,66	2,83	6,28

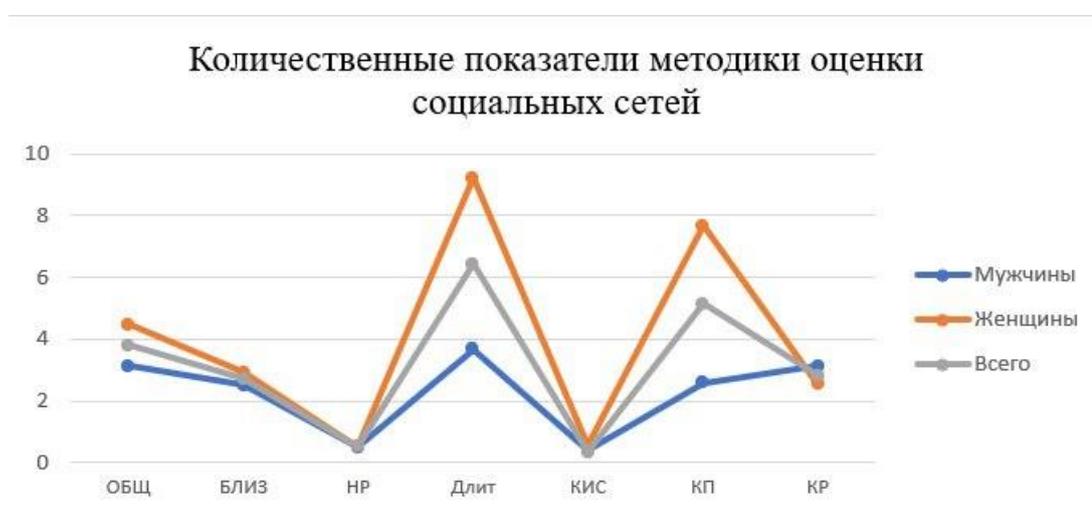


Рисунок 2. График количественных показателей методики оценки социальных сетей

Примечание: * – в данном графике и далее приняты следующие обозначения: ОБЩ – «Общее количество названных людей», БЛИЗ – «Количество близких людей», НР – «Количество близких людей, не являющихся родственниками респондента», Длит – «Длительность знакомства с близкими людьми», КИС – «Количество используемых соцсетей», КП – «Количество друзей из соцсети, с которыми ведутся переписки», КР – «Количество лиц из соцсети, с которыми респондент общается в жизни».

Исходя из таблицы 7, наибольшими показателями для обеих групп стали длительность знакомства с близкими людьми (в среднем 6,44 года) и количество друзей из соцсетей, с которыми респонденты ведут переписки (в среднем 5,13 человек). Значимые различия между группами мужчин и женщин были выявлены по параметру «Общее количество знакомых» ($t\text{-value}=-2,425$, $p=0,018$), но в данном случае дисперсия оказалась неоднородной, критерий Левеня был значимым. Поскольку для некоторых параметров критерий Левеня

является значимым, для их сравнения использовался критерий U-Манна-Уитни. Различия между мужской и женской выборками, полученными по критерию U-Манна-Уитни, приведены в таблице 8.

Таблица 8. Различия между мужской и женской выборками по критерию U-Манна-Уитни

Данные по критерию U-Манна-Уитни	Мужчины		Женщины		U	p-value
	М	σ	М	σ		
Общее количество знакомых	3,13	1,74	4,47	2,46	302,0000	0,027
Количество друзей из соцсетей, с которыми ведутся переписки	2,60	6,04	7,67	14,89	-	-

Таким образом, из всех количественных показателей значимые различия между группами мужчин и женщин были выявлены по такому параметру, как общее количество знакомых – у женщин их было в среднем 4,47 человек, а у мужчин – 3,13 ($U=302,0000$, $p\text{-value}=0,027$).

В таблице 9, а также на рисунке 3 представлены различия между группами по ранговым показателям (по непараметрическому критерию U-Манна-Уитни).

Таблица 9. Ранговые показатели методики оценки социальных сетей

Ранговые показатели методики оценки социальных сетей	Мужчины	Женщины	U	p-value
Имеется ощущение неловкости при обсуждении любых вопросов	30,00	31,00	-	-
Возможно обсуждение только отвлечённых тем, таких как спорт, погода, политика	31,03	29,97	-	-
Возможна беседа о работе, учёбе и здоровье	28,30	32,70	-	-
Обсуждение любых тем, в том числе самых сокровенных	32,88	28,12	-	-

Никогда не получают материальную помощь от близких людей	25,37	35,63	296,0000	0,016
Иногда получают материальную помощь от близких людей	32,72	28,28	-	-
Часто получают материальную помощь от близких людей	34,55	26,45	328,5000	0,021
Очень часто получают материальную помощь от близких людей	30,92	30,08	-	-
Никогда не получают моральную помощь от близких людей	30,07	30,93	-	-
Иногда получают моральную помощь от близких людей	28,67	32,33	-	-
Часто получают моральную помощь от близких людей	28,70	32,30	-	-
Очень часто получают моральную помощь от близких людей	32,43	28,57	-	-
Никогда не оказывают материальную помощь близким людям	28,42	32,58	-	-
Иногда оказывают материальную помощь близким людям	32,57	28,43	-	-
Часто оказывают материальную помощь близким людям	31,92	29,08	-	-
Очень часто оказывают материальную помощь близким людям	30,00	31,00	-	-
Никогда не оказывают моральную помощь близким людям	32,02	28,98	-	-
Иногда оказывают моральную помощь близким людям	26,10	34,90	318,0000	0,027
Часто оказывают моральную помощь близким людям	26,67	34,33	335,0000	0,029
Очень часто оказывают моральную помощь близким людям	31,30	29,70	-	-

Частота использования соцсетей	34,20	26,80	-	-
Частота публикации записей	34,10	26,90	-	-
Частота интернет-общения	31,65	29,35	-	-
Частота комментирования	31,87	29,31	-	-



Рисунок 3. График ранговых показателей методики оценки социальных сетей

Примечание: * – в данном графике и далее приняты следующие обозначения: Д1 – «Ощущение неловкости при обсуждении любых вопросов с близкими людьми», Д2 – «Возможно обсуждение только отвлечённых тем, таких как спорт, погода, политика», Д3 – «Возможна беседа о работе, учёбе и здоровье», Д4 – «Обсуждение любых тем, в том числе самых сокровенных», ПМАТП0 – «Никогда не получают материальную помощь от близких людей», ПМАТП1 – «Иногда получают материальную помощь от близких людей», ПМАТП2 – «Часто получают материальную помощь от близких людей», ПМАТП3 – «Очень часто получают материальную помощь от близких людей», ПМОРП0 – «Никогда не получают моральную помощь от близких людей», ПМОРП1 – «Иногда получают моральную помощь от близких людей», ПМОРП2 – «Часто получают моральную помощь от близких людей», ПМОРП3 – «Очень часто получают моральную помощь от близких людей», ОМАПТ0 – «Никогда не оказывают материальную помощь близким людям», ОМАПТ1 – «Иногда оказывают материальную помощь близким людям», ОМАПТ2 – «Часто оказывают материальную помощь близким людям», ОМАПТ3 – «Очень часто оказывают материальную помощь близким людям», ОМОРП0 – «Никогда не оказывают моральную помощь близким людям», ОМОРП1 – «Иногда оказывают моральную помощь близким людям», ОМОРП2 – «Часто оказывают моральную помощь близким людям», ОМОРП3 – «Очень часто оказывают моральную помощь близким людям», ЧИС – «Частота использования соцсетей», ЧПЗ – «Частота публикации записей», ЧИО – «Частота интернет-общения», ЧК – «Частота комментирования».

Исходя из таблицы 9, в группе женщин выявлено статистически значимо больше, чем среди мужчин, лиц, никогда не получающих материальную помощь от близких людей ($U=296,0000$, $p=0,016$), лиц, которые оказывают

моральную помощь своим близким иногда ($U=318,0000$, $p=0,027$), и часто ($U=335,0000$, $p=0,029$), а среди мужчин – тех, кто часто получает материальную поддержку от близких людей ($U=328,5000$, $p=0,021$).

3.2 Выраженность нарушений повседневного функционирования

По данным Шкалы глобального функционирования способность больных к общению и другим формам повседневной социальной активности в среднем по группе можно оценить как невысокую ($M=57,40$, $\sigma=9,61$), но и не достигающую уровня десоциализации (диапазон оценок шкалы от 1 до 100; чем больше оценка, тем лучше повседневное функционирование). Общая способность к повседневному функционированию у лиц мужской выборки ($M=54,30$, $\sigma=9,60$) ниже, чем у лиц женской выборки ($M=60,50$, $\sigma=8,89$). Различия между группами по данной характеристике являются статистически значимыми ($t\text{-value}=-2,60$, $p=0,012$).

3.3 Уровень эмоциональной реактивности

Показатели Краткой формы Пертской шкалы эмоциональной реактивности всей группы пациентов, а также групп мужчин и женщин, представлены в таблице 10 и на рисунке 4.

Таблица 10. Количественные показатели шкалы эмоциональной реактивности

Эмоциональная реактивность	Мужчины		Женщины		Всего	
	М	σ	М	σ	М	σ
Активация позитивных эмоций	11,67	2,50	12,80	2,23	12,23	2,40
Длительность позитивных эмоций	10,97	2,53	11,43	2,78	11,20	2,62
Интенсивность позитивных эмоций	9,97	2,86	10,30	2,84	10,13	2,81
Активация негативных эмоций	8,20	2,46	9,07	2,77	8,63	2,61
Длительность негативных эмоций	7,90	2,66	7,57	3,51	7,73	3,07
Интенсивность негативных эмоций	8,43	2,92	8,67	3,79	8,55	3,33

Общая реактивность позитивных эмоций	32,93	6,86	34,53	6,11	33,73	6,44
Общая реактивность негативных эмоций	24,53	6,91	25,30	9,14	24,92	7,97

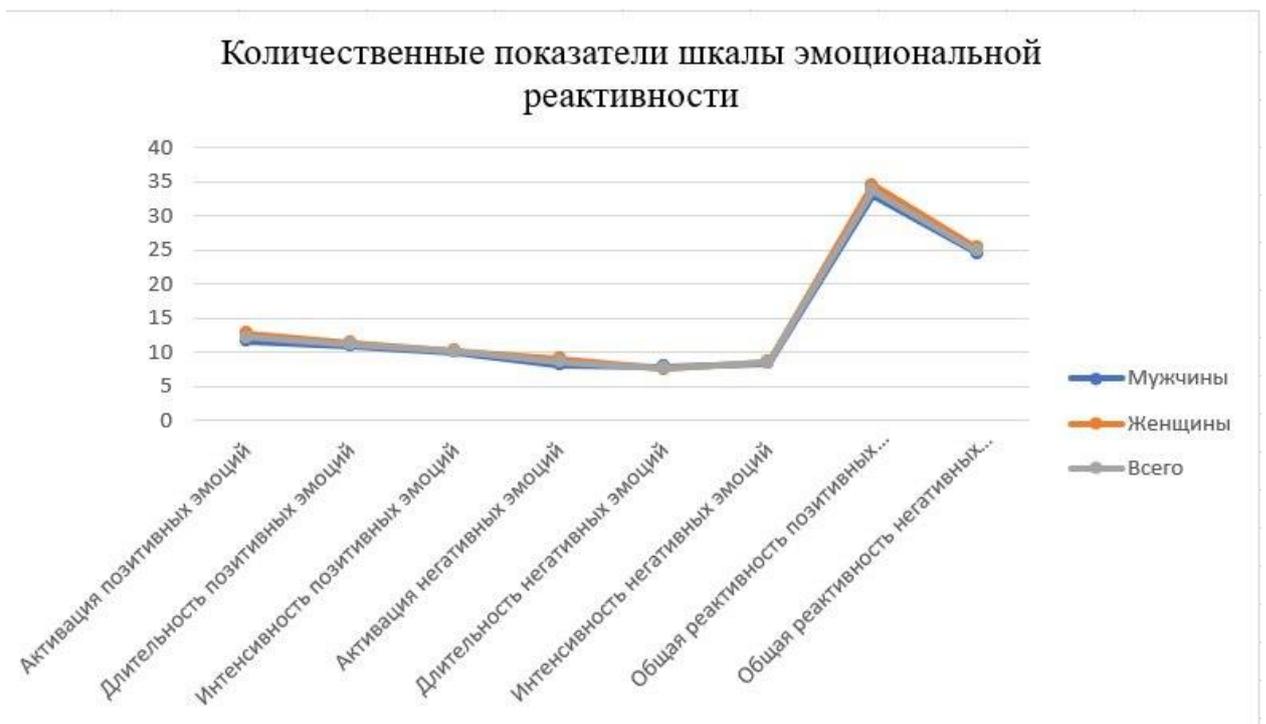


Рисунок 4. График количественных показателей шкалы эмоциональной реактивности

Как видно из таблицы 10, во всей группе пациентов и в каждой из сопоставляемых групп мужчин и женщин общая реактивность позитивных эмоций выше, чем реактивность негативных эмоций. Среди частных характеристик реактивности и позитивных, и негативных эмоций во всей группе преобладает характеристика «активация». Важно отметить, что по сравнению с нормативными данными, полученными авторами методики на российской выборке (Ларионов П. М. с соавт., 2021), общая реактивность позитивных эмоций исследованных больных ($M=33,73$, $\sigma=6,44$) лишь незначительно ниже нормативного показателя ($M=34,13$, $\sigma=5,59$); общая реактивность негативных эмоций ($M=24,92$, $\sigma=7,97$) существенно отличается тестовой нормы ($M=28,87$, $\sigma=5,59$). Так как общая реактивность, как

интегративный показатель остальных характеристик, в целом у группы снижена, можно говорить о снижении скорости (легкости) возникновения эмоционального ответа на негативные стимулы, глубины (силы) эмоциональных переживаний (эмоции являются более сглаженными, чем в норме), а также уменьшении длительности негативных переживаний.

По критерию t-Стьюдента различий между группами выявлено не было, но так как по некоторым характеристикам дисперсия оказалась неоднородной (критерий Левеня был значимым), для их сравнения был использован критерий U-Манна-Уитни. Различия между мужчинами и женщинами по критерию U-Манна-Уитни приведены в таблице 11.

Таблица 11. Различия между мужской и женской выборками по критерию U-Манна-Уитни

Эмоциональная реактивность	Мужчины		Женщины		U	p-value
	М	σ	М	σ		
Интенсивность негативных эмоций	8,43	2,92	8,67	3,79	-	-

Исходя из данных, приведенных в таблице 11, по параметру интенсивности негативных эмоций значимых различий выявлено не было.

Таким образом, по характеристикам эмоциональной реактивности изученная группа больных шизофренией отличается от нормативных данных по параметрам общей реактивности негативных эмоций в сторону замедления скорости эмоционального отклика, сглаженности эмоций и длительности негативно окрашенных эмоциональных переживаний. Группа мужчин и группа женщин по параметрам эмоциональной реактивности статистически значимо не различаются. При этом у группы женщин по сравнению с группой мужчин выше все показатели, кроме длительности негативных эмоций.

3.4 Личностные особенности

Личностные особенности пациентов всей группы, группы мужчин и группы женщин представлены в таблице 12 и на рисунке 5.

Таблица 12. Показатели личностного опросника TIPI-RU

Личностные особенности	Мужчины		Женщины		Всего	
	М	σ	М	σ	М	σ
Экстравертность	4,60	1,50	4,42	1,74	4,51	1,60
Дружелюбие	4,70	1,64	5,23	1,12	4,97	1,28
Добросовестность	5,08	1,51	5,47	1,27	5,28	1,39
Эмоциональная стабильность	5,13	1,58	4,98	1,35	5,06	1,45
Открытость новому опыту	4,45	1,57	4,44	1,89	4,44	1,71

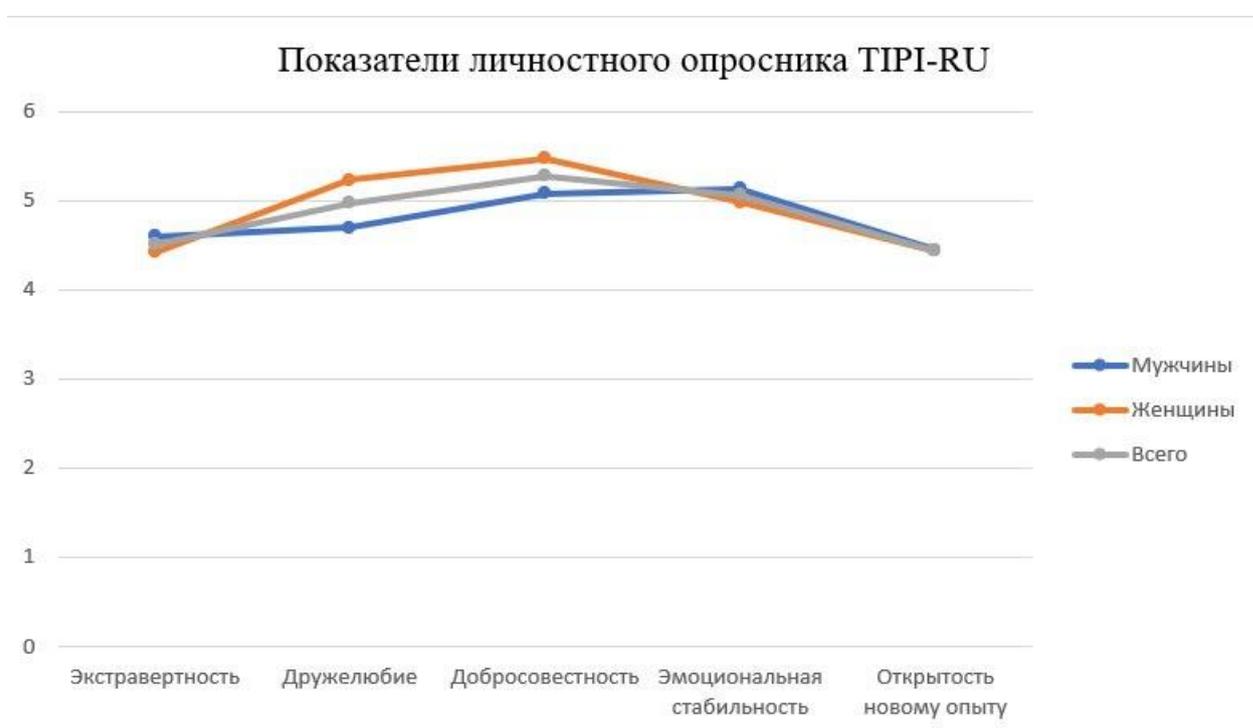


Рисунок 5. График показателей личностного опросника

В структуре черт личности во всей группе больных преобладают черты, измеряемые шкалами «Добросовестность» (организованность; предполагает некоторую ригидность) и «Эмоциональная стабильность»; в наименьшей степени представлены черты экстраверсии и открытости новому опыту.

Значимых различий между группами по показателям, характеризующим личностные особенности, выявлено не было, при этом можно отметить, что у группы женщин более выражены дружелюбие и добросовестность, а у группы

мужчин экстравертность и эмоциональная стабильность; по параметру открытости к новому опыту показатели обеих групп примерно равны.

3.5 Взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с психологическими характеристиками

В данном параграфе будут рассмотрены значимые корреляции показателей Методики оценки социальных сетей психически больных с такими психологическими характеристиками, как особенности эмоциональной реактивности, личностные особенности и показатели повседневного функционирования. В таблице 13 отражена взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с показателями шкалы эмоциональной реактивности.

Таблица 13. Взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с показателями эмоциональной реактивности

Взаимосвязь		Показатели шкалы эмоциональной реактивности							
		АП Э	ДП Э	ИП Э	АН Э	ДН Э	ИН Э	ОРП Э	ОРН Э
Показатели социального взаимодейств ия	ОБЩ					- .283			
	НР				- .285	- .281	- .263		- .312
	Длит				- .294	- .287	- .308		- .333
	Д1			.290		.285	.309		.312
	Д2					.322	.326		.342*
	Д4	- .265							
	ПМАТП 3			.271					
	ПМОРП 0					.287			
	ПМОРП 1	- .316							- .284
	ОМАТП 2		.277					.309	

	ОМОРП					-			
	3					.325			-.278

Примечание: * – корреляция значима на уровне 0,01, остальное – на уровне 0,05. В данной таблице и далее приняты следующие обозначения: АПЭ – «Активация позитивных эмоций», ДПЭ – «Длительность позитивных эмоций», ИПЭ – «Интенсивность позитивных эмоций», АНЭ – «Активация негативных эмоций», ДНЭ – «Длительность негативных эмоций», ИПЭ – «Интенсивность негативных эмоций», ОРПЭ – «Общая реактивность позитивных эмоций», ОРНЭ – «Общая реактивность негативных эмоций».

Слабая значимая положительная связь ($p \leq 0,05$) наблюдается между:

1) длительностью позитивных эмоций и частым оказанием материальной помощи близким людям ($p=0,277$);

2) интенсивностью позитивных эмоций и ощущением неловкости при обсуждении любых вопросов с близкими людьми ($p=0,290$) и очень частым получением материальной помощи от близких людей ($p=0,271$);

3) длительностью негативных эмоций и ощущением неловкости при обсуждении любых вопросов с близкими людьми ($p=0,285$), возможностью обсуждения с близкими людьми только отвлечённых тем ($p=0,322$) и отсутствием получения моральной помощи от близких людей ($p=0,287$);

4) интенсивностью негативных эмоций и ощущением неловкости при обсуждении любых вопросов с близкими людьми ($p=0,309$) и возможностью обсуждения с близкими людьми только отвлечённых тем ($p=0,326$);

5) общей реактивностью позитивных эмоций и частым оказанием материальной помощи близким людям ($p=0,309$);

б) общей реактивностью негативных эмоций и ощущением неловкости при обсуждении любых вопросов с близкими людьми ($p=0,312$).

Слабая значимая отрицательная связь ($p \leq 0,05$) наблюдается между:

1) активацией позитивных эмоций и возможностью обсуждения с близкими людьми любых тем, в том числе самых сокровенных ($p=-0,265$) и периодическим получением моральной помощи от близких людей ($p=-0,316$);

2) активацией негативных эмоций и количеством близких людей, не являющихся родственниками респондента ($p=-0,285$) и длительностью знакомства с близкими людьми ($p=-0,294$);

3) длительностью негативных эмоций и количеством лиц, с которыми общается респондент ($\rho=-0,283$), количеством близких людей, не являющихся родственниками респондента ($\rho=-0,281$), длительностью знакомства с близкими людьми ($\rho=-0,287$) и очень частым оказанием моральной помощи близким людям ($\rho=-0,325$);

4) интенсивностью негативных эмоций и количеством близких людей, не являющихся родственниками респондента ($\rho=-0,263$) и длительностью знакомства с близкими людьми ($\rho=-0,308$);

5) общей реактивностью позитивных эмоций периодическим получением моральной помощи от близких людей ($\rho=-0,284$);

б) общей реактивностью негативных эмоций и количеством близких людей, не являющихся родственниками респондента ($\rho=-0,312$), длительностью знакомства с близкими людьми ($\rho=-0,333$) и очень частым оказанием моральной помощи близким людям ($\rho=-0,278$).

Значимая положительная связь ($p \leq 0,01$) была выявлена между общей реактивностью негативных эмоций и возможностью обсуждения с близкими людьми только отвлечённых тем ($\rho=0,342$).

В таблице 14 представлены значимые корреляции между особенностями социального взаимодействия и личностными особенностями (экстравертность, дружелюбие, добросовестность, эмоциональная стабильность, открытость новому опыту) и показателями повседневного функционирования.

Таблица 14. Взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с личностными особенностями и показателями повседневного функционирования

Взаимосвязь		TIPI-RU		GAF
		Добросовестность	Открытость новому опыту	
	ОБЩ		.295	.502*
	БЛИЗ		.283	.261

Показатели социального взаимодействия	НР			.324
	Длит			.285
	Д2	-.421*		
	ПМАТП1			.289
	ОМАТП2			.276
	КИС		.338*	
	ЧПЗ		.261	
	ЧИО		.258	.406*
	КП		.318	.406*
	КР			.322

Примечание: * – корреляция значима на уровне 0,01, остальное – на уровне 0,05. В данной таблице и далее, помимо указанных выше, приняты следующие обозначения: TIPI-RU – «Результаты опросника личностных особенностей», GAF – «Результаты шкалы повседневного функционирования».

Слабая значимая положительная связь ($p \leq 0,05$) выявлена между открытостью новому опыту и количеством лиц, с которыми общается респондент ($\rho=0,295$), количеством близких людей ($\rho=0,283$), частотой публикации записей ($\rho=0,261$), частотой интернет-общения ($\rho=0,258$) и количеством друзей из соцсети, с которыми ведутся переписки ($\rho=0,318$), а также между способностью к повседневному функционированию и количеством близких людей ($\rho=0,261$), количеством близких людей, не являющихся родственниками респондента ($\rho=0,324$), длительностью знакомства с близкими людьми ($\rho=0,285$), периодическим получением материальной помощи от близких людей ($\rho=0,289$), частым оказанием материальной помощи близким людям ($\rho=0,276$) и количеством лиц из соцсети, с которыми респондент общается в жизни ($\rho=0,322$).

Значимая отрицательная связь ($p \leq 0,01$) выявлена между такой личностной характеристикой, как добросовестность, и возможностью обсуждения с близкими людьми только отвлечённых тем ($\rho=-0,421$).

Значимая положительная связь ($p \leq 0,01$) выявлена между открытостью новому опыту и количеством используемых соцсетей ($\rho=0,338$), а также между способностью к повседневному функционированию и количеством лиц, с которыми общается респондент ($\rho=0,502$), частотой интернет-общения

($\rho=0,406$) и количеством друзей из соцсети, с которыми ведутся переписки ($\rho=0,406$).

Таким образом, наиболее насыщенными корреляционными связями с особенностями социального взаимодействия являются такие психологические характеристики, как длительность негативных эмоций, общая реактивность негативных эмоций, открытость новому опыту и способностью к повседневному функционированию.

3.6 Взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с клиническими характеристиками

Далее будет рассмотрена взаимосвязь показателей методики оценки социальных сетей психически больных с такими клиническими характеристиками, как показатели выраженности негативной симптоматики (уплощение и ригидность аффекта, нарушения речи, апато-абулические расстройства, ангедония-асоциальность, нарушения внимания, общая выраженность) и длительность заболевания. Для наглядности результаты представлены в таблице 15.

Таблица 15. Взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с клиническими характеристиками

Взаимосвязь		Показатели шкалы SANS					Общий балл	Длительность
		Аффект	Речь	Апат-абул	Анг-асоц	Внимание		
Показатели социального взаимодействия	ОБЩ	-.284		-.436*	-.601*	-.502*	-.527*	
	БЛИЗ				-.357*		-.310	
	ДЗ	-.309		-.288		-.266	-.303	
	ПМАТП1	-.281					-.271	-.293
	ПМОРПЗ				-.365*	-.268	-.270	
	ОМАТП0	-.275						
	ОМАТП1				-.293			

	ОМОРПЗ			-	-	-.256	-.329	
	ЧИС		-.274	-.293	-.314	-.285	-.342*	-.418*
	КИС							-.337*
	ЧПЗ							-.483*
	ЧИО	-.294	-.370	-	-	-.443*	-.463*	-.415*
	ЧК							-.326
	КП	-.281	-.289	-	-	-.417*	-.463*	-.343*
	КР		-.309	-	-	-.427*	-.460*	-.308

Примечание: * – корреляция значима на уровне 0,01, остальное – на уровне 0,05.

Слабая значимая отрицательная связь ($p \leq 0,05$) выявлена между:

1) нарушениями аффекта и количеством лиц, с которыми общается респондент ($\rho = -0,284$), возможностью обсуждения с близкими людьми таких тем, как работа, учеба и здоровье ($\rho = -0,309$), периодическим получением материальной помощи от близких людей ($\rho = -0,281$), отсутствием оказания материальной помощи близким людям ($\rho = -0,275$), частотой интернет-общения ($\rho = -0,294$) и количеством друзей из соцсети, с которыми ведутся переписки ($\rho = -0,281$);

2) нарушениями речи и частотой использования соцсетей ($\rho = -0,274$), частотой интернет-общения ($\rho = -0,370$), количеством друзей из соцсети, с которыми ведутся переписки ($\rho = -0,289$) и количеством лиц из соцсети, с которыми респондент общается в жизни ($\rho = -0,309$);

3) апато-абулическими нарушениями и возможностью обсуждения с близкими людьми таких тем, как работа, учеба и здоровье ($\rho = -0,288$) и частотой использования соцсетей ($\rho = -0,293$);

4) ангедонией-асоциальностью и периодическим оказанием материальной помощи близким людям ($\rho = -0,293$) и частотой использования соцсетей ($\rho = -0,314$);

5) нарушениями внимания и возможностью обсуждения с близкими людьми таких тем, как работа, учеба и здоровье ($\rho=-0,266$), очень частым получением моральной помощи от близких людей ($\rho=-0,268$), очень частым оказанием моральной помощи близким людям ($\rho=-0,256$) и частотой использования соцсетей ($\rho=-0,285$);

6) общей выраженностью негативной симптоматики и количеством близких людей ($\rho=-0,310$), возможностью обсуждения с близкими людьми таких тем, как работа, учеба и здоровье ($\rho=-0,303$), периодическим получением материальной помощи от близких людей ($\rho=-0,271$), очень частым получением моральной помощи от близких людей ($\rho=-0,270$) и очень частым оказанием моральной помощи близким людям ($\rho=-0,329$);

7) длительностью заболевания и периодическим получением материальной помощи от близких людей ($\rho=-0,293$), частотой комментирования записей ($\rho=-0,326$) и количеством лиц из соцсети, с которыми респондент общается в жизни ($\rho=-0,308$).

Значимая отрицательная связь ($p \leq 0,01$) выявлена между:

1) апато-абулическими нарушениями и количеством лиц, с которыми общается респондент ($\rho=-0,436$), очень частым оказанием моральной помощи близким людям ($\rho=-0,405$), частотой интернет-общения ($\rho=-0,390$), количеством друзей из соцсети, с которыми ведутся переписки ($\rho=-0,413$) и количеством лиц из соцсети, с которыми респондент общается в жизни ($\rho=-0,476$);

2) ангедонией-асоциальностью и количеством лиц, с которыми общается респондент ($\rho=-0,601$), количеством близких людей ($\rho=-0,357$), очень частым получением моральной помощи от близких людей ($\rho=-0,365$), очень частым оказанием моральной помощи близким людям ($\rho=-0,363$), частотой интернет-общения ($\rho=-0,399$), количеством друзей из соцсети, с которыми ведутся переписки ($\rho=-0,454$) и количеством лиц из соцсети, с которыми респондент общается в жизни ($\rho=-0,402$);

3) нарушениями внимания и количеством лиц, с которыми общается респондент ($\rho=-0,502$), частотой интернет-общения ($\rho=-0,443$), количеством

друзей из соцсети, с которыми ведутся переписки ($\rho=-0,417$) и количеством лиц из соцсети, с которыми респондент общается в жизни ($\rho=-0,427$);

4) общей выраженностью негативной симптоматики количеством лиц, с которыми общается респондент ($\rho=-0,527$), частотой использования соцсетей ($\rho=-0,342$), частотой интернет-общения ($\rho=-0,463$), количеством друзей из соцсети, с которыми ведутся переписки ($\rho=-0,463$) и количеством лиц из соцсети, с которыми респондент общается в жизни ($\rho=-0,460$);

5) длительностью заболевания и частотой использования соцсетей ($\rho=-0,418$), количеством используемых соцсетей ($\rho=-0,337$), частотой публикации записей ($\rho=-0,483$), частотой интернет-общения ($\rho=-0,415$) и количеством друзей из соцсети, с которыми ведутся переписки ($\rho=-0,343$).

Таким образом, наиболее насыщенными корреляционными связями с особенностями социального взаимодействия являются такие клинические характеристики больных шизофренией характеристики, как ангедония-асоциальность, нарушения внимания, общая выраженность негативной симптоматики и длительность заболевания.

3.7 Взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с возрастом

На рисунке 6 представлены значимые корреляционные связи между возрастом пациентов и показателями оценки социальных сетей психически больных.

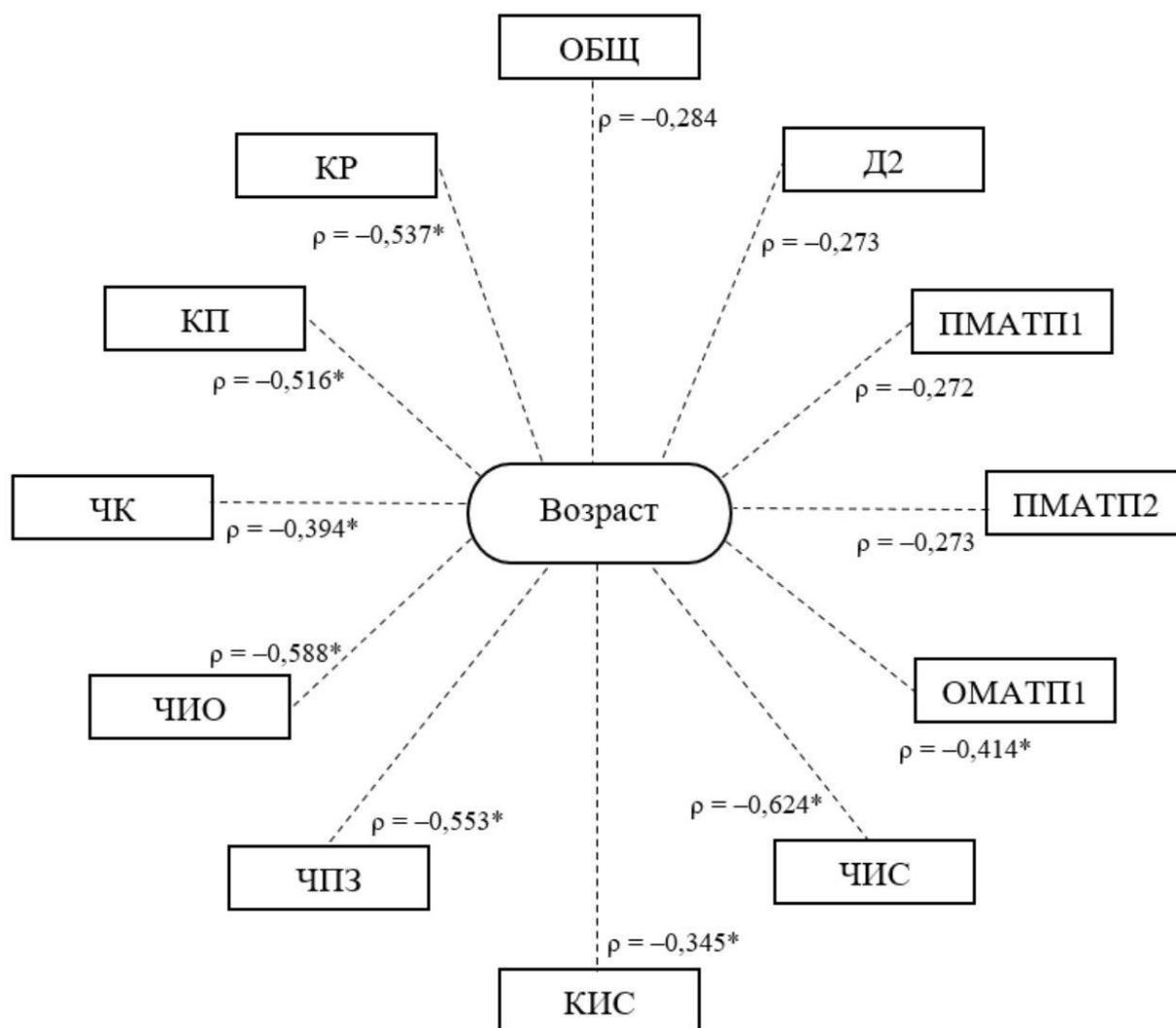


Рисунок 6. Взаимосвязь особенностей социального взаимодействия с возрастом

Примечание: * – корреляция значима на уровне 0,01, остальное – на уровне 0,05. Пунктирные линии обозначают отрицательную корреляцию.

Слабая значимая отрицательная связь ($p \leq 0,05$) выявлена между возрастом респондентов и количеством лиц, с которыми общается респондент ($\rho = -0,284$), возможностью обсуждения с близкими людьми только отвлечённых тем ($\rho = -0,273$), периодическим получением материальной помощи от близких людей ($\rho = -0,272$) и частым получением материальной помощи от близких людей ($\rho = -0,273$).

Значимая отрицательная связь ($p \leq 0,01$) выявлена между возрастом и периодическим оказанием материальной помощи близким людям ($\rho = -0,414$), частотой использования соцсетей ($\rho = -0,624$), количеством используемых

соцсетей ($\rho=-0,345$), частотой публикации записей ($\rho=-0,553$), частотой интернет-общения ($\rho=-0,588$), частотой комментирования ($\rho=-0,394$), количеством друзей из соцсети, с которыми ведутся переписки ($\rho=-0,516$) и количеством лиц из соцсети, с которыми респондент общается в жизни ($\rho=-0,537$).

Таким образом, результаты корреляционного анализа однозначно свидетельствуют о том, что с возрастом значительно снижаются многие показатели, характеризующие количество и качество реального и виртуального общения. Полученный результат можно считать закономерным, если принять внимание спаянность таких клинико-биологических показателей, как возраст и длительность заболевания.

3.8 Обсуждение результатов исследования

В центр настоящего исследования поставлено социальное взаимодействие больных шизофренией, дифференцированная оценка которого осуществлена с помощью новой, специально разработанной для этой цели «Методики оценки социальной сети психических больных» (Софронов А. Г. и др., 2021). По результатам исследования социальных сетей больных шизофренией было выявлено, что для обеих групп мужчин и женщин наиболее выявленными показателями стали длительность знакомства с близкими людьми (в среднем 6,44 года) и количество друзей из соцсетей, с которыми респонденты ведут переписки (в среднем 5,13 человек). Самыми низкими показателями были «количество используемых соцсетей» (0,35), что может быть связано с аутизацией и изоляцией больных, а также со снижением их трудового функционирования и инвалидизацией (Василевская Е. А., 2019), и «количество близких людей, не являющихся родственниками» (в среднем 0,52 человека), что можно объяснить трудностью поддерживать длительные отношения с остальными людьми, кроме близких родственников, в связи со сложностями в понимании намерений и чувств других людей, неспособности

вести себя адекватно и делать свои мотивы понятными для окружающих (Рычкова О. В., Сильчук Е. П., 2010).

В соответствии с задачами исследования для выявления особенностей социального взаимодействия больных шизофренией, связанных с полом, был проведен сравнительный анализ показателей «Методики оценки социальной сети психических больных», полученных в группах мужчин и женщин. Результаты сравнительного анализа показали, что значимые различия между группой мужчин и группой женщин были выявлены по такому параметру, как общее количество знакомых – у женщин их было в среднем 4,47 человек, а у мужчин – 3,13 ($U=302,0000$, $p\text{-value}=0,027$), в группе женщин выявлено статистически значимо больше, чем среди мужчин, лиц, никогда не получающих материальную помощь от близких людей ($U=296,0000$, $p=0,016$), лиц, которые оказывают моральную помощь своим близким иногда ($U=318,0000$, $p=0,027$), и часто ($U=335,0000$, $p=0,029$), а среди мужчин – тех, кто часто получает материальную поддержку от близких людей ($U=328,5000$, $p=0,021$). Важно отметить, что ухудшение способности оказывать материальную поддержку было обнаружено ранее в исследовании Софронова А. Г. и др. (2021), а возможность больных оказывать близким людям такую поддержку (феномен реципрокной поддержки) оценивается как фактор, положительно влияющий на прогноз заболевания (Karanci N. A. et al., 2017, Софронов А. Г. и др., 2021).

В дальнейшем были изучены психологические факторы, потенциально связанные с особенностями социального взаимодействия при шизофрении. На основе анализа литературы к таким факторам были отнесены: уровень и качество повседневной активности – «глобального функционирования» (Аграновский М. Л. и др., 2020), характеристики эмоциональной сферы (Рычкова О. В., Соина Н. А., Гуревич Г. Л., 2013; Незнанов Н.Г., 2018; Ревина А. А., Магомедова М. А., 2019), индивидуально-личностные особенности (Незнанов Н.Г., 2018). В соответствии с задачами исследования в каждом случае анализировались различия между мужчинами и женщинами по показателям психодиагностических методик.

По данным Шкалы глобального функционирования способность больных к общению и другим формам повседневной социальной активности в среднем по группе можно оценить как невысокую ($M=57,40$, $\sigma=9,61$), но и не достигающую уровня десоциализации (диапазон оценок шкалы от 1 до 100; чем больше оценка, тем лучше повседневное функционирование). Общая способность к повседневному функционированию у лиц мужской выборки ($M=54,30$, $\sigma=9,60$) ниже, чем у лиц женской выборки ($M=60,50$, $\sigma=8,89$). Различия между группами по данной характеристике являются статистически значимыми ($t\text{-value}=-2,60$, $p=0,012$).

По характеристикам эмоциональной реактивности во всей группе пациентов и в каждой из сопоставляемых групп мужчин и женщин общая реактивность позитивных эмоций была выше, чем общая реактивность негативных эмоций. Важно отметить, что по сравнению с нормативными данными, полученными авторами методики на российской выборке (Ларионов П. М. с соавт., 2021), общая реактивность позитивных эмоций исследованных больных ($M=33,73$, $\sigma=6,44$) лишь незначительно ниже нормативного показателя ($M=34,13$, $\sigma=5,59$); а общая реактивность негативных эмоций ($M=24,92$, $\sigma=7,97$) существенно отличается тестовой нормы ($M=28,87$, $\sigma=5,59$). Так как общая реактивность, как интегративный показатель остальных характеристик, в целом у всей группы снижена, можно говорить о замедлении возникновения эмоционального ответа на негативные стимулы, сглаженности эмоциональных переживаний, а также уменьшении длительности негативных переживаний относительно нормативных данных. Полученные результаты соответствуют описанным нарушениям эмоционального реагирования у больных параноидной шизофренией, таких как замедление эмоциональных реакций на негативные переживания (Рычкова О. В., Соина Н. А., Гуревич Г. Л., 2013; Ревина А. А., Магомедова М. А., 2019) и меньшая чувствительность к эмоциям в целом (Незнанов Н.Г., 2018), а также определенная эмоциональная уплощенность по сравнению со здоровыми людьми (Фельде К., Быкова Е., 2018). Группа мужчин и группа женщин по параметрам

эмоциональной реактивности статистически значимо не различаются. При этом у группы женщин по сравнению с группой мужчин выше все показатели, кроме длительности негативных эмоций.

В структуре черт личности во всей группе больных преобладают черты, измеряемые шкалами «Добросовестность» (организованность; предполагает некоторую ригидность) и «Эмоциональная стабильность»; в наименьшей степени представлены черты экстраверсии и открытости новому опыту. Значимых различий между группами по показателям, характеризующим личностные особенности, выявлено не было, при этом можно отметить, что у группы женщин более выражены дружелюбие и добросовестность, а у группы мужчин экстравертность и эмоциональная стабильность; по параметру открытости к новому опыту показатели обеих групп примерно равны. Отсутствие статистически значимых различий по личностным характеристикам может быть связано с проблемами самооценки психически больными людьми своих личностных качеств, а также с игнорированием мнения других людей, связанным со значительными трудностями при попытках понять их позицию (Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф., 1991; Холмогорова А. Б., 1983).

На следующем этапе исследования в соответствии с задачами с помощью корреляционного анализа были изучены взаимосвязи показателей Методики оценки социальной сети психически больных с психологическими, клиническими характеристиками, а также с возрастом пациентов.

Оказалось, что среди психодиагностических показателей наиболее тесную связь с особенностями социального взаимодействия имеют такие характеристики, как длительность негативных эмоций, общая реактивность негативных эмоций, открытость новому опыту и способность к повседневному функционированию.

При изучении взаимосвязи особенностей социального взаимодействия с выраженностью отдельных симптомов, в совокупности отражающих степень выраженности негативной симптоматики в клинической картине изученных больных шизофренией, было выявлено, что наиболее тесная связь имеется с

такими показателями, как ангедония-асоциальность, нарушения внимания, общая выраженность негативной симптоматики и длительность заболевания.

Изучение взаимосвязи особенностей социального взаимодействия с возрастом показало, что с увеличением возраста значительно снижается большинство показателей, характеризующих количество и качество реального общения и все показатели, касающиеся виртуального общения.

Полученный результат можно считать закономерным, если принять внимание спаянность таких клиничко-биологических показателей, как возраст и длительность заболевания (Василевская Е. А., 2019; Пеккер М. В., Щелкова О. Ю., 2020).

Полученные результаты можно будет применять при разработке психокоррекционных и психообразовательных программ, психосоциальных вмешательств и тренинговых групп, направленных на коррекцию эмоциональных нарушений и повышение уровня повседневного функционирования – факторов, влияющих на успешность социального взаимодействия больных шизофренией (Овчинников А. А. и др., 2019), а также на улучшение характеристик собственно социального взаимодействия – повышение эмпатии, понимания социальных ситуаций, нарушенное у больных шизофренией (Р. Лэйнг, 1995), обучение адекватной интерпретации поведения окружающих (Спектор В. А., 2021). Улучшение и появление эмоциональных контактов с близкими людьми положительно влияет на прогноз шизофрении (Холмогорова А. Б., 2007), в связи с чем одной из целей развития социальной коммуникации больных может быть решение конфликтов в семье и с друзьями, обучение адекватному выражению эмоций с меньшей враждебностью к другим людям, развитие способности просить необходимую помощь у близких людей. Этой цели можно добиться с помощью психообразования членов семьи больных шизофренией и обучения более эффективному межличностному взаимодействию, чтобы предотвратить отгороженность больного от людей, которая является одним из факторов, приводящих к рецидиву заболевания (Мунин А. О., Акулова А. А., Белокрылов И. В., 2020).

ВЫВОДЫ

1. Изучение структуры социального взаимодействия больных шизофренией показало, что наиболее выраженными показателями являются длительность знакомства с близкими людьми (в среднем 6,44 года) и количество друзей из соцсетей, с которыми респонденты ведут переписки (в среднем 5,13 человек). Самыми низкими показателями были «количество используемых соцсетей» (0,35) и «количество близких людей, не являющихся родственниками» (в среднем 0,52 человека).
2. Уровень «глобального функционирования», характеризующий способность больных к общению и другим формам повседневной социальной активности, в исследованной группе больных шизофренией снижен, но не достигает уровня социальной дезадаптации, что подтверждается результатами изучения социальных характеристик больных (семейного, образовательного и трудового статуса).
3. При изучении особенностей эмоциональной сферы выявлено снижение реактивности негативных эмоций: замедление скорости эмоционального отклика, снижение интенсивности эмоций и длительности негативно окрашенных эмоциональных переживаний.
4. В структуре черт личности во всей группе больных шизофренией преобладают черты, измеряемые шкалами «Добросовестность» (организованность; предполагает некоторую ригидность) и «Эмоциональная стабильность»; в наименьшей степени представлены черты экстраверсии и открытости новому опыту.
5. Особенности социального взаимодействия больных шизофренией имеют значимые статистические связи с такими психологическими характеристиками, как длительность негативных эмоций, общая реактивность негативных эмоций, открытость новому опыту и способность к повседневному функционированию.
6. Выявлена тесная взаимосвязь показателей социального взаимодействия с клиническими симптомами, отражающими выраженность негативной

симптоматики при шизофрении: ангедония-асоциальность, нарушения внимания, общая выраженность негативной симптоматики и длительность заболевания.

7. Особенности социального взаимодействия и психологические характеристики больных шизофренией имеют специфику, связанную с полом. В группе женщин по сравнению с группой мужчин преобладают такие показатели социального взаимодействия, как: общее количество знакомых, отсутствие получения материальной помощи от близких людей, периодическое и частое оказание моральной помощи своим близким; в группе мужчин – частое получение материальной помощи от близких людей. Среди психологических характеристик в группе женщин значимо преобладает показатель общей способности к повседневному функционированию; на уровне, близком к статистической значимости – все параметры эмоциональной реактивности, кроме длительности негативных эмоций, а также личностные черты дружелюбие и добросовестность, в группе мужчин - экстравертность и эмоциональная стабильность.

8. Выявлено, что с увеличением возраста значительно снижается большинство показателей, характеризующих количество и качество реального общения и все показатели, касающиеся виртуального общения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Гипотезы данного исследования, обозначенные во введении, частично подтвердились. Одной из характеристик социального взаимодействия, наиболее выраженной у всей группы больных параноидной шизофренией, была длительность знакомства с близкими людьми, что относится к характеристикам реального общения. При этом второй по выраженности характеристикой было количество лиц, с которыми респонденты ведут переписки в интернете. Самыми низкими показателями были количество используемых соцсетей и количество близких людей, не являющихся родственниками пациента.

Также была выявлена статистически значимая взаимосвязь между характеристиками социального взаимодействия с психологическими, клиническими и половозрастными характеристиками больных. Особенности социального взаимодействия больных шизофренией имеют значимые статистические связи с такими психологическими характеристиками, как длительность негативных эмоций, общая реактивность негативных эмоций, открытость новому опыту и способность к повседневному функционированию, и такими клиническими характеристиками, как ангедония-асоциальность, нарушения внимания, общая выраженность негативной симптоматики и длительность заболевания. Также было выявлено, что с увеличением возраста значительно снижается большинство показателей, характеризующих количество и качество реального общения и все показатели, касающиеся виртуального общения. Была выявлена специфика особенностей социального взаимодействия и психологических характеристик, связанная с полом пациентов. У группы женщин в среднем общее количество знакомых было больше, чем у группы мужчин; в группе женщин выявлено статистически значимо больше, чем среди мужчин, лиц, никогда не получающих материальную помощь от близких людей; лиц, которые оказывают моральную помощь своим близким иногда и часто. При этом в группе мужчин больше, чем в группе женщин, тех, кто часто получает

материальную поддержку от близких людей. Общая способность к повседневному функционированию у лиц мужской выборки оказалась ниже, чем у лиц женской выборки.

Нарушение социального взаимодействия является одной из важнейших характеристик такой болезни, как шизофрения. Из-за снижения социального интеллекта у больных наблюдаются значительные трудности в понимании и прогнозировании поведения окружающих, что осложняет коммуникацию и снижает социальную адаптацию. Вследствие снижения способности понимать логику развития ситуации общения и значение поведения людей нарастает аутизация больных, круг их контактов сужается до нескольких человек и зачастую ограничивается одними лишь родственниками. Количество и качество социальных контактов пациентов влияет на их функционирование и адаптацию в обществе, поэтому, помимо традиционных задач диагностики и терапии шизофрении, следует изучать структуру социального взаимодействия больных и учитывать полученные данные при их лечении и реабилитации. В проведенном исследовании были получены данные о конкретных проблемных областях в области социального функционирования пациентов, которые могут использоваться как в диагностике данного расстройства по этим критериям, так и в его психотерапии (расширение круга общения за пределы 1-2 родственников пациента, обучение выражению эмоций, коррекция нарушений внимания) и реабилитации (восстановление способности оказывать материальную поддержку, преодоление асоциальности, повышение уровня повседневного функционирования), что положительно скажется на социальном взаимодействии пациентов и повысит качество их жизни в целом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аведисова А.С. Новые возможности улучшения когнитивных функций и социальной адаптации при терапии шизофрении // Фарматека. – 2004. – № 9/10. – С. 24–28.
2. Аграновский М. Л. и др. Клинические особенности ремиссий при рекуррентной шизофрении // Re-health journal. – 2020. – №. 1 (5).
3. Александровский Ю. А. и др. Психиатрия. – 2009.
4. Алфимова М. В. и др. Генетические аспекты нейропсихологии вербальной памяти при шизофрении // Вестник РАМН. – 1996. – Т. 4. – С. 39-45.
5. Биренбаум Г. В. К вопросу об образовании переносных и условных значений слова при патологических изменениях мышления // Новое в учении об апраксии, агнозии и афазии. — М.; Л.: Госмедиздат, 1934. — С. 147-164.
6. Блейхер В.М., Крук И.В., Боков С.Н. Клиническая патопсихология. М., 2002.
7. Василевская Е. А. Влияние социального интеллекта, прогностических способностей и нарушений логических операций мышления на уровень психосоциального функционирования у пациентов с шизофренией // Практическая медицина. – 2019. – Т. 17. – №. 3.
8. Гетманенко Я. А. и др. Влияние характеристик семейной системы и индивидуально-психологических особенностей опекуна на эффективность социально-психологической адаптации больных шизофренией // Национальный психологический журнал. – 2019. – №. 3 (35).
9. Гетманенко Я. А., Трусова А. В. Эволюция представлений о роли ближайшего окружения в развитии и течении шизофрении // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. – Т. 27. – №. 1. – С. 48-63.

10. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б. Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных. Под ред. И.Я. Гуровича, А.Б. Шмуклера. — (2-е изд.). — Москва: Медпрактика-М. 2007:179.
11. Данилова Е. В., Шевченко Е. А. Особенности личности больных параноидной шизофренией //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2015. – Т. 5. – №. 5.
12. Джонс П.Б., Бакли П.Ф. Шизофрения. Клиническое руководство / Пер. с англ. под общ. ред. С.Н. Мосолова. – М., 2008. – 192 с.
13. Дорофейкова М. В., Петрова Н. Н. Нарушения когнитивных функций при шизофрении и их коррекция //Современная терапия психических расстройств. – 2015. – №. 1. – С. 2-9.
14. Емельянцева В. Г., Изнуллаева Л. О. Сравнительная характеристика исследований изменения личности у больных шизофренией //Бюллетень медицинских интернет-конференций. – Общество с ограниченной ответственностью «Наука и инновации», 2014. – Т. 4. – №. 5.
15. Ерзин А. И. Когнитивные, мотивационные и ценностно-смысловые факторы проактивности при первом эпизоде шизофрении //Медицинская психология в России. – 2017. – №. 3.
16. Ершов Б. Б., Лебедева Г. Г., Тагильцева А. В. Структура и методы оценки когнитивного дефицита при шизофрении: нейропсихологический подход (обзор литературы) //Вестник Санкт-Петербургского университета. Социология. – 2014. – №. 3.
17. Жариков Н. М., Тюльпин Ю. Г. Психиатрия. – Мед. информ. агентство (МИА), 2009.
18. Зейгарник Б. В. Патология мышления. – Изд-во Московского университета, 1962.
19. Зейгарник Б. В. Патопсихология. — М.: Изд-во Моск. ун-та, 1976. — 238 с.

20. Зотов М. В., Гусева М. С., Зотова Н. Е. Процесс распознавания когнитивных ошибок другого человека и его нарушения при шизофрении // Культурно-историческая психология. – 2019. – Т. 15. – №. 2. – С. 32-42.
21. Зотов М. В. и др. Видеть посредством чужих глаз: восприятие социального взаимодействия в норме и при шизофрении // Культурно-историческая психология. – 2015. – Т. 11. – №. 4. – С. 4-21.
22. Иванова Л. А. и др. Терапия шизоаффективного расстройства и параноидной шизофрении с эпизодическим типом течения // Acta Biomedica Scientifica. – 2019. – Т. 4. – №. 2.
23. Кондюхова Т. Н., Баданова И. И. Особенности эмоционального интеллекта у женщин при параноидной шизофрении // Царскосельские чтения. – 2017. – Т. 2.
24. Корнетов А. Н. и др. Нейрокогнитивный дефицит в клиническом полиморфизме шизофрении: типология, выраженность и синдромальные перекрытия // Бюллетень сибирской медицины. – 2019. – Т. 18. – №. 2.
25. Корнетова Е. Г. и др. Влияние клинических и терапевтических показателей на выраженность нейрокогнитивного дефицита у пациентов с шизофренией // Бюллетень сибирской медицины. – 2020. – Т. 19. – №. 3. – С. 36-43.
26. Корнилова Т. В., Чумакова М. А. Апробация краткого опросника Большой пятерки (ТІРІ, КОБТ) // Психологические исследования. – 2016. – Т. 9. – №. 46. – С. 5-5.
27. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. – М., «Медицина», 1991. – 256 с.
28. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии // Ж-л невр. и психиатр. – 1986. - № 12. – С. 1831-1836.

29. Курек Н.С. Психологическое исследование когнитивного аспекта эмоциональных процессов у больных шизофренией // Ж-л невр. и психиатр. – 1988. - № 7. – С. 109-113.
30. Ларионов П. М., Агеенкова Е. К., Белашина Т. В. Психометрические свойства русскоязычной версии краткой формы Пертской шкалы эмоциональной реактивности //Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2021. – Т. 13. – №. 2. – С. 26-33.
31. Лейнг Р. Расколотое «Я» // СПб.: Белый кролик, Академия. – 1995. – Т. 352. – С. 20.
32. Лутова Н. Б., Макаревич О. В., Сорокин М. Ю. Бремя семьи и семейная стигма у родственников пациентов с шизофренией //Социальная и клиническая психиатрия. – 2020. – Т. 30. – №. 4. – С. 22-27.
33. Люсин Д. В., Ушаков Д. В. Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования. – 2004.
34. Магомедова М.В. О нейрокогнитивном дефиците и его связи с уровнем социальной компетентности у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2000. – №1. – С. 92–98.
35. Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств: МКБ-10 / ВОЗ; Пер. под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина. СПб.: Адис, 1994. 303 с.
36. Мунин А. О., Акулова А. А., Белокрылов И. В. Основные методы психотерапии негативных симптомов при шизофрении //Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2020. – Т. 24. – №. 3.
37. Незнанов Н.Г. Психиатрия. М., 2018. 495 с.
38. Овчинников А. А. и др. Влияние психокоррекционных вмешательств на динамику эмоциональных нарушений у больных шизофренией //Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Наука и социум». – Автономная некоммерческая организация дополнительного

- профессионального образования «Сибирский институт практической психологии, педагогики и социальной работы», 2019. – №. X.
39. Пеккер М. В., Щелкова О. Ю. Когнитивные корреляты критичности больных параноидной шизофренией: методология и программа исследования //Психология. Психофизиология. – 2020. – Т. 13. – №. 3.
40. Петрова Н. Н., Цыренова К. А. Комплаенс и когнитивное функционирование пациентов с первым эпизодом шизофрении //Российский психиатрический журнал. – 2019. – №. 4.
41. Познанский А. С., Дезорцев В. В. К клинико-патопсихологическому анализу нарушения чувства юмора //Вопр. эксперим. патопсихологии. – 1965. – С. 157-163.
42. Попов Ю.В., Вид В.Д. Современная клиническая психиатрия СПб.: Речь, 2000. 402 с.
43. Разумникова О. М. Опросник Р. Клонингер для определения темперамента и характера //Сибирский психологический журнал. – 2005. – №. 22.
44. Ревина А. А., Магомедова М. А. Влияние арт-терапии на эмоционально-волевою сферу больных с диагнозом "шизофрения" //Скиф. Вопросы студенческой науки. – 2019. – №. 11 (39). – С. 55-59.
45. Рычкова О. В. Когнитивно-ориентированное направление в психотерапии и психосоциальной терапии больных шизофренией //Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т. 17. – №. 4.
46. Рычкова О. В. Эмоциональные составляющие нарушений социальной перцепции при шизофрении //Социальная и клиническая психиатрия. – 2012. – Т. 22. – №. 4.
47. Рычкова О. В., Сильчук Е. П. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией //Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – №. 2.
48. Рычкова О. В., Соина Н. А., Гуревич Г. Л. Эмоциональный интеллект при шизофрении //Acta Biomedica Scientifica. – 2013. – №. 6 (94).

49. Рычкова О. В., Федорова А. П., Приймак М. А. Нарушения социального интеллекта и клиническая симптоматика при шизофрении //Социальная и клиническая психиатрия. – 2011. – Т. 21. – №. 3.
50. Самойлова Д. Д., Барыльник Ю. Б. Эмоциональный интеллект как показатель когнитивного функционирования у пациентов с шизофренией //Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13. – №. 4.
51. Саркисян Г. Р., Гурович И. Я., Киф Р. С. Нормативные данные для российской популяции и стандартизация шкалы «Краткая оценка когнитивных функций у пациентов с шизофренией» (BACS) //Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т. 20. – №. 3.
52. Семёнова Н. Д. К вопросу о развитии и современном состоянии психосоциальной терапии больных шизофренией // Российский психиатрический журнал. – 2019. – №. 5. – С. 40-44.
53. Сергеева А.С., Кириллов Б.А., Джумагулова А.Ф. Перевод и адаптация краткого пятифакторного опросника личности (TIPI-RU): оценка конвергентной валидности, внутренней согласованности и тест-ретестовой надежности // Экспериментальная психология. 2016. Т. 9. No. 3. С.138–154. doi:10.17759/ exppsy.2016090311).
54. Снежневский А. В. Общая психопатология: Курс лекций //М.: МЕД-пресс-информ. – 2001.
55. Софронов А. Г. и др. Методика структурной оценки социальной сети больных шизофренией: валидность и психометрические свойства //Обозрение психиатрии и медицинской психологии имени ВМ Бехтерева. – 2021. – №. 1. – С. 77-90.
56. Спектор В. А. Электрофизиологические корреляты нарушений восприятия лицевой экспрессии при шизофрении //Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – Т. 31. – №. 2. – С. 98-100
57. Стреляу Я., Митина О., Завадский Б. и др. Методики диагностики темперамента (формально-динамических характеристик поведения): Учебно-методическое пособие. Москва; 2009. 104 с.

58. Тепеницына Т.К. Анализ ошибок при исследовании внимания методом корректурной пробы // *Вопр. психологии.* — 1959. — № 5. — С. 145-153.
59. Тиганов А. С. и др. *Руководство по психиатрии* // М.: Медицина. — 1999. — Т. 1. — С. 712.
60. Ушаков Д. и др. *Социальный и эмоциональный интеллект. От процессов к изменениям.* — Litres, 2019.
61. Фельде К., Быкова Е. Исследование эмоционально-личностной сферы пациентов, больных шизофренией // *Скиф. Вопросы студенческой науки.* — 2018. — №. 11 (27).
62. Фурсов Б. Б. Проблема мотивации и ее нарушений при шизофрении // *Социальная и клиническая психиатрия.* — 2012. — Т. 22. — №. 4.
63. Хломов Д. Н., Гаранян Н. Г. — *Журн. невропатол. и психиатр., 1982 № 12 с. 113—116.)*
64. Хломов Д.Н. Особенности восприятия межличностных взаимодействий больными шизофренией: Дисс. ... канд. псих. н. — М., 1984, 177 с.
65. Холмогорова А.Б. Нарушения рефлексивной регуляции познавательной деятельности при шизофрении. Дисс. ... канд. псих. н. — М., 1983 — 219 с.
66. Холмогорова А. Б. и др. Программа тренинга когнитивных и социальных навыков (ТКСН) у больных шизофренией // *Социальная и клиническая психиатрия.* — 2007. — Т. 17. — №. 4.
67. Холмогорова А. Б. Психологические аспекты микросоциального контекста психических расстройств (на примере шизофрении) // *Консультативная психология и психотерапия.* — 2000. — Т. 8. — №. 3. — С. 35-71.
68. Холмогорова А., Рычкова О. *Нарушения социального познания. Новая парадигма в исследованиях центрального психологического дефицита при шизофрении.* — Litres, 2021.
69. Худякова Ю. Ю. Проблема валидности стандартизированных опросников в исследовании индивидуально-психологических особенностей больных шизофренией // *Вестник Костромского*

- государственного университета. Серия: Педагогика. Психология. Социокинетика. – 2014. – Т. 20. – №. 1.
70. Шмуклер А. Б. Эволюция подходов к диагностике шизофрении: от Крепелина до МКБ-11 // Consortium Psychiatricum. – 2021. – Т. 2. – №. 2. – С. 64-69.
71. Шошина И. И. и др. Сенсорно-когнитивные нарушения при шизофрении, резистентной к терапии //Социальная и клиническая психиатрия. – 2021. – Т. 31. – №. 2. – С. 13-17.
72. Янушко М. Г., Иванов М. В., Сорокина А. В. Когнитивные нарушения при эндогенных психозах: современные представления в свете дименсионального подхода //Социальная и клиническая психиатрия. – 2014. – Т. 24. – №. 1.
73. Ярзуткин С. В. и др. Некоторые особенности структуры индивидуальности при шизофрении //Ульяновский медико-биологический журнал. – 2014. – №. 1.
74. Addington J., Addington D., Maticka-Tyndale E. Cognitive functioning and positive and negative symptoms in schizophrenia // Schizophr. Res. 1991. Vol. 5. P. 123–134.
75. Addington J., Addington D. Neurocognitive and social functioning in schizophrenia // Schizophr. Bull. 1999. Vol. 25. P. 173–182.
76. Andreasen N. C. The Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS): conceptual and theoretical foundations //The British journal of psychiatry. – 1989. – Т. 155. – №. S7. – С. 49-52.
77. Bilder R. M. The neuropsychology of schizophrenia circa 2009 //Neuropsychology review. – 2009. – Т. 19. – №. 3. – С. 277-279.
78. Cyniak-Cieciura M, Zawadzki B, Strelau J. Formalna Charakterystyka Zachowania – Kwestionariusz Temperamentu: Wersja Zrewidowana. Warszawa; 2016. 95 p.
79. Egan M.F., Goldberg T.E, Gscheidle T. Relative risk for cognitive impairments in siblings of patients with schizophrenia // Biological Psychiatry. – 2001. – Vol. 50, No 2. – P. 98–107.

80. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: The global assessment scale: A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 33:766-771, 1976.
81. Frith C. D. The cognitive neuropsychology of schizophrenia. – Psychology press, 2014.
82. Green M.F., Kern R.S., Braff D.L. et al. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the “right stuff”? // *Schizophr. Bull.* 2000. Vol. 26. P. 119–136.
83. Green M.F. What are the functional consequences of neurocognitive deficits in schizophrenia? // *Am. J. Psychiatry.* 1996. Vol. 153. P. 321–330.
84. Goldberg T.E., Torrey E.F., Gold J.M. et al. Learning and memory in monozygotic twins discordant for schizophrenia // *Psychol. Med.* 1993. Vol. 23. P. 71–85.
85. Goldman-Rakic P.S. Working memory dysfunction in schizophrenia // *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 1994. Vol. 6. P. 348–357.
86. Hall RC. Глобальная оценка функционирования. Модифицированная шкала. *Психосоматика.* 1995; 36 (3): 267-75. PMID7638314.
87. Hambrecht M., Lammertink M., Klosterkötter J. et al. Subjective and objective neuropsychological abnormalities in a psychosis prodrome clinic // *Br J Psychiatry.* – 2002. – No 181 (43). – P. 30–37.
88. Harvey P. D., Keefe R. S. E. *Clinical neuropsychology of schizophrenia.* – 2009.
89. Hendryx M., Green C. A., Perrin N. A. Social support, activities, and recovery from serious mental illness: STARS study findings // *The journal of behavioral health services & research.* – 2009. – Т. 36. – №. 3. – С. 320-329.
90. Hoenig J. The concept of schizophrenia. *Kraepelin-Bleuler-Schneider* // *Br. J. Psychiatry.* 1983. Vol. 142. P. 547–556.
91. Kalkstein S., Hurford I., Gur R. C. Neurocognition in schizophrenia // *Behavioral neurobiology of schizophrenia and its treatment.* – 2010. – С. 373-390.

92. Karanci N. A. et al. Social support perceptions of Turkish people with schizophrenia: What helps and what doesn't help // *International Journal of Social Psychiatry*. – 2017. – T. 63. – №. 7. – C. 657-665.
93. Keefe R. S. E. et al. Norms and standardization of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) // *Schizophrenia research*. – 2008. – T. 102. – №. 1-3. – C. 108-115.
94. Keefe R.S., Eesley C.E., Poe M.P. Defining a cognitive function decrement in schizophrenia // *Biol. Psychiatry*. 2005. Vol. 57. P. 688–691.
95. Keefe R.S., Poe M., Walker T.M. et al. The Schizophrenia Cognition Rating Scale: an interview based assessment and its relationship to cognition, real world functioning, and functional capacity // *Am. J. Psychiatry*. 2006. Vol. 163. P. 426–432.
96. Luborsky L: Clinicians' judgments of mental health. *Arch Gen Psychiatry* 7:407-417, 1962.
97. Maller O. A Motivation Evaluating Rating Scale for chronic impaired schizophrenics (MERS) // *Psychiatra Clin*. 1974. Vol. 7 P. 347-357.
98. McGrath J.A., Avramopoulos D., Lasseter V.K. et al. Familiality of novel factorial dimensions of schizophrenia // *Arch Gen Psychiatry*. – 2009. – No 66. – P. 591–600.
99. Me Chie A., Chapman J. Disorders of attention and perception in early schizophrenia // *Br. J. Med. Psychol*. – 1961. – Vol. 34. – P. 103-116.
100. Medalia A., Revheim N., Casey M. Remediation of problem-solving skills in schizophrenia: evidence of a persistent effect // *Schizophr. Res*. 2002. Vol. 57, N 2–3. P. 165–171.
101. Mueser K.T., Bellack A.S., Douglas M.S., Morrison R.L. Prevalence and stability of social skill deficits in schizophrenia // *Schizophr. Res*. 1991. Vol. 5, N 2. P. 167–176.
102. Mohamed S., Paulsen J.S., O'Leary D. et al. Generalized cognitive deficits in schizophrenia: a study of first-episode patients // *Arch. Gen. Psychiatry*. 1999. Vol. 56. P. 749–754.

103. Pantelis C., Maruff P. The cognitive neuropsychiatric approach to investigating the neurobiology of schizophrenia and other disorders //Journal of Psychosomatic Research. – 2002. – T. 53. – №. 2. – C. 655-664.
104. Preece D, Becerra R, Campitelli G. Assessing Emotional Reactivity: Psychometric Properties of the Perth Emotional Reactivity Scale and the Development of a Short Form. J Pers Assess. Nov-Dec 2019;101(6):589-97.
105. Schakow D. Some observation on the psychology (and some fewer on the biology) of schizophrenia // J. Nerv. Ment. Dis. – 1971. – Vol. 153. – P. 300-316.
106. Stein C. H., Aguirre R., Hunt M. G. Social networks and personal loss among young adults with mental illness and their parents: A family perspective //Psychiatric rehabilitation journal. – 2013. – T. 36. – №. 1. – C. 15.
107. Subotnik K. I., Nuechterlen K. H., Green M. F. et al. Neurocognitive and social cognitive correlates of formal thought disorder in schizophrenia patients // Schizophr. Res. – 2006. – Vol. 85. – P. 84-95.
108. Waldo M.C., Carey G., Myles-Worsley M. et al. Codistribution of a sensory gating deficit and schizophrenia in multi-affected families // Psychiatr. Res. – 1991. – Vol. 39. – P. 257–268.
109. Wykes T. et al. Mental health research priorities for Europe //The Lancet Psychiatry. – 2015. – T. 2. – №. 11. – C. 1036-1042.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1. ИНФОРМАЦИОННАЯ КАРТА

Социально-демографические данные

1. Пол:
М – 1
Ж – 2
2. Возраст (полных лет)
3. Семейное положение:
Холост(а) – 1
Женат/Замужем – 2
Разведен(а) – 3
Вдовец(ва) – 4
4. Дети:
Нет детей – 1
Один ребенок – 2
Двое детей – 3
Много детей - 4
5. Сиблинги:
Нет сиблингов – 1
Один сиблинг – 2
Два сиблинга – 3
Много сиблингов – 4
6. Образование:
Среднее неполное – 0
Среднее – 1
Среднее специальное - 2
Незаконченное высшее – 3
Высшее – 4
7. Трудовой статус:
Не работает – 0
Работает – 1

Клинические данные

8. Длительность заболевания (в годах)
9. Код заболевания по МКБ-10:
Параноидная шизофрения непрерывная (F20.00) – 1
Параноидная шизофрения эпизодическая с нарастающим дефектом (F20.01) – 2
Параноидная шизофрения эпизодическая со стабильным дефектом (F20.02) – 3
Параноидная шизофрения с неясным течением, недостаточным периодом наблюдения (F20.09) – 4
10. Синдром:

Параноидный – 1
Кататано-параноидный – 2
Галлюцинаторно-параноидный – 3
Аффективно-параноидный – 4

Экспериментально-психологические данные

Шкала оценки негативной симптоматики

11. Уплотнение и ригидность аффекта

Нарушение отсутствует – 0

Нарушение спорно – 1

В лёгкой степени – 2

Умеренно – 3

Выражено – 4

Тяжёлые нарушения – 5

12. Нарушения речи

Нарушение отсутствует – 0

Нарушение спорно – 1

В лёгкой степени – 2

Умеренно – 3

Выражено – 4

Тяжёлые нарушения – 5

13. Апатно-абулические расстройства

Нарушение отсутствует – 0

Нарушение спорно – 1

В лёгкой степени – 2

Умеренно – 3

Выражено – 4

Тяжёлые нарушения – 5

14. Ангедония-асоциальность

Нарушение отсутствует – 0

Нарушение спорно – 1

В лёгкой степени – 2

Умеренно – 3

Выражено – 4

Тяжёлые нарушения – 5

15. Внимание

Нарушение отсутствует – 0

Нарушение спорно – 1

В лёгкой степени – 2

Умеренно – 3

Выражено – 4

Тяжёлые нарушения – 5

16. Общая выраженность негативной симптоматики

Нарушение отсутствует – 0

- Нарушение спорно – 1
- В лёгкой степени – 2
- Умеренно – 3
- Выражено – 4
- Тяжёлые нарушения – 5

Методика оценки социальной сети

- 17. Общее количество знакомых
- 18. Количество наиболее близких людей
- 19. Количество наиболее близких людей, кроме родственников
- 20. Длительность общения с близкими людьми, кроме родственников, в годах

Доверительность в общении с близкими людьми

- 21. Частота ответа «Имеется ощущение неловкости при обсуждении любых вопросов»
- 22. Частота ответа «Возможно обсуждение только отвлечённых тем, таких как спорт, погода, политика»
- 23. Частота ответа «Возможна беседа о работе, учёбе и здоровье»
- 24. Частота ответа «Обсуждение любых тем, в том числе самых сокровенных»

Получение материальной помощи от близкого человека

- 25. Частота ответа «Никогда»
- 26. Частота ответа «Иногда»
- 27. Частота ответа «Часто»
- 28. Частота ответа «Очень часто»

Получение моральной помощи от близкого человека

- 29. Частота ответа «Никогда»
- 30. Частота ответа «Иногда»
- 31. Частота ответа «Часто»
- 32. Частота ответа «Очень часто»

Оказание материальной помощи близкому человеку

- 33. Частота ответа «Никогда»
- 34. Частота ответа «Иногда»
- 35. Частота ответа «Часто»
- 36. Частота ответа «Очень часто»

Оказание моральной помощи близкому человеку

- 37. Частота ответа «Никогда»
- 38. Частота ответа «Иногда»
- 39. Частота ответа «Часто»
- 40. Частота ответа «Очень часто»

- 41. Частота использования соцсетей:

- Ежедневно – 4
- Несколько раз в неделю – 3
- Несколько раз в месяц – 2
- Несколько раз в год – 1
- Никогда – 0

42. Количество соцсетей с активно ведущимися страницами:
43. Частота публикации записей:
Ежедневно – 4
Несколько раз в неделю – 3
Несколько раз в месяц – 2
Несколько раз в год – 1
Никогда – 0
44. Частота общения в соцсетях:
Ежедневно – 4
Несколько раз в неделю – 3
Несколько раз в месяц – 2
Несколько раз в год – 1
Никогда – 0
45. Частота участия в дискуссиях:
Ежедневно – 4
Несколько раз в неделю – 3
Несколько раз в месяц – 2
Несколько раз в год – 1
Никогда – 0
46. Количество лиц из соцсетей, с которыми респондент переписывается, за месяц
47. Количество лиц из соцсетей, с которыми респондент видится в реальной жизни

Шкала глобального функционирования

48. Балл по шкале

Краткая форма Пертской шкалы эмоциональной реактивности

49. Активация позитивных эмоций
50. Длительность позитивных эмоций
51. Интенсивность позитивных эмоций
52. Активация негативных эмоций
53. Длительность негативных эмоций
54. Интенсивность негативных эмоций
55. Общая реактивность позитивных эмоций
56. Общая реактивность негативных эмоций

Опросник личности TIPI-RU

57. Экстравертность
58. Дружелюбие
59. Добросовестность
60. Эмоциональная стабильность
61. Открытость новому опыту

Краткая форма Пертской шкалы эмоциональной реактивности

62. Активация позитивных эмоций
63. Длительность позитивных эмоций
64. Интенсивность позитивных эмоций
65. Активация негативных эмоций
66. Длительность негативных эмоций
67. Интенсивность негативных эмоций
68. Общая реактивность позитивных эмоций
69. Общая реактивность негативных эмоций

ПРИЛОЖЕНИЕ 2. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИМЕРЫ

Клинический пример А

Пациентка М., 52 года

Диагноз: шизофрения параноидная, эпизодический тип течения с нарастающим дефектом (F20.01). Аффективно-бредовой синдром.

Наследственность не отягощена, развитие без особенностей. Психически больна с 1988 года, данная госпитализация четвертая по счету. Госпитализирована в связи с тем, что выгоняла из дома мужа и сына, разгромила квартиру, при поступлении контакт с больной был невозможен, применялась фиксация. Госпитализация недобровольная. Замужем, имеет двоих детей, есть старшая сестра. Образование среднее специальное, работает буфетчицей.

По результатам исследования особенностей социального взаимодействия общее количество знакомых составило 7 человек, из которых близкими респондентка назвала 4, один из которых не являлся ее родственником (длительность знакомства с ним – 15 лет). Общение с тремя из близких людей характеризует как средне-доверительное («возможно обсуждение таких тем, как здоровье, учеба, работа»), с одним – как полностью доверительное (возможно обсуждение любых тем, в том числе самых сокровенных). Двое людей постоянно оказывают пациентке материальную и моральную помощь, двое никогда не оказывают материальную помощь и часто оказывают моральную. Сама пациентка часто оказывает материальную помощь двоим людям и никогда не оказывает еще двоим, при этом моральную помощь постоянно оказывает троим и часто – одному. Из социальных сетей она использует только одну, которой пользуется ежедневно, но не ведет ее активно – никогда не публикует записи, несколько раз в месяц комментирует записи в сообществах, несколько раз в неделю общается со знакомыми. Всего друзей в социальных сетях – 500, хотя бы раз в месяц пациентка общается с 50, а в реальной жизни видится с 10.

По шкале способности к повседневному функционированию респондентка при выписке набрала 65 баллов. По результатам исследования эмоциональной реактивности показатели позитивных эмоций превышают показатели, характеризующие негативные эмоции (активация позитивных эмоций – 15 баллов, негативных – 10, длительность позитивных эмоций – 15 баллов, негативных – 6, интенсивность позитивных эмоций – 14, негативных – 5). Общая реактивность позитивных эмоций – 44 балла, негативных – 21 балл. При исследовании личностных особенностей максимальный балл был набран по шкале открытости новому опыту (7 баллов), далее следует экстраверсия (6,5) баллов, добросовестность (4,5 балла), дружелюбие и эмоциональная стабильность (по 4 балла).

Из показателей, характеризующих выраженность негативной симптоматики, наиболее выражены нарушения речи (3 балла из 5), присутствуют апато-абулические нарушения и нарушения внимания (по 2 балла), сомнительное нарушение по шкале ангедонии-асоциальности (1 балл) и отсутствие уплощения аффекта (0 баллов). Общая выраженность негативной симптоматики – 1,6 баллов (легкий уровень выраженности дефицитарной симптоматики).

Клинический пример В

Пациентка А., 45 лет

Диагноз: шизофрения параноидная, непрерывная, отсутствие ремиссии (F20.006). Галлюцинаторно-бредовой синдром.

Наследственность не отягощена, развитие без особенностей. Психически больна с 2005 года, данная госпитализация шестая по счету. Госпитализирована по причине страха за брата, на которого, по мнению пациентки, охотится мафия. Госпитализация добровольная. Не замужем, детей нет, есть старший брат. Образование среднее, не работает около 10 лет. Имеет 2 группу инвалидности (бессрочно).

При исследовании особенностей социального взаимодействия общее количество знакомых и количество близких людей состояло всего из одного человека – брата пациентки, количество близких людей, не являющихся ее

родственниками – 0. С братом доверительность общения оценивает на 3 балла из 4 («возможно обсуждение таких тем, как учеба, работа, здоровье»), брат постоянно оказывает материальную помощь и иногда оказывает моральную. Сама пациентка никогда не оказывает брату материальную помощь и иногда оказывает моральную. Соцсети не использует (все ответы по шкалам из блока оценки интернет-активности – 0 баллов).

Способность к повседневному функционированию при выписке – 45 баллов (ниже среднего). По результатам исследования эмоциональной реактивности активация, длительность и интенсивность позитивных эмоций – по 14 баллов, активация и длительность негативных – по 12 баллов, интенсивность негативных эмоций – 11 баллов. Общая реактивность позитивных эмоций – 42 балла, негативных – 35 баллов. Из личностных особенностей наиболее выражена эмоциональная стабильность (6,5 баллов), дружелюбие и добросовестность – по 5 баллов, экстраверсия – 4,5 балла, менее всего проявляется открытость новому опыту – 4 балла.

Из показателей, характеризующих проявления негативной симптоматики, наиболее выражена ангедония-асоциальность (5 баллов из 5), апато-абулические нарушения (4 балла), нарушения речи и внимания (по 3 балла), уплощение аффекта (2 балла). Общая выраженность негативной симптоматики – 3,4 балла, что соответствует умеренной степени выраженности дефицитарной симптоматики.

Представленные клинические примеры демонстрируют связь особенностей социального взаимодействия с выраженностью дефицитарной симптоматики.