

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ¹

О.Д. Пуговкина

Московский научно-исследовательский институт психиатрии – филиал ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, Московский городской психолого-педагогический университет

В последнее время наблюдается всплеск интереса исследователей к изучению роли различных способностей в сфере социального познания в возникновении симптомов эмоциональной дезадаптации и депрессии: эмоционального интеллекта [1, 6, 14], ментализации [12, 13], социальных навыков [3, 17, 18], социального интеллекта [8] и др. Перечисленные подходы используют различную терминологию для описания конструкторов, отражающих схожие явления: способности человека к построению, осмыслению, исправлению внутренних репрезентаций психических состояний как своих, так и другого человека [11].

Проблема нарушений социального познания обсуждается в связи с проблемой высокой частоты хронификации депрессии. Наблюдения психотерапевтов [3] свидетельствуют о существенной роли дефицита в сфере социального познания и несформированности социальных навыков в формировании затяжного типа течения депрессии.

Эмпирические исследования, подтверждающие эти наблюдения, пока немногочисленны [3, 8], хотя в литературе подробно описан ряд общих особенностей мышления больных депрессиями, которые способствуют хронификации заболевания (например, руминация, невнимание к логической аргументации, недостаточность эмпатии, эгоцентричность в видении себя и других, отсутствие привычки выдвигать гипотезы и др.) [16]. С точки зрения Дж.Мак-Каллоу [3], описанные особенности мышления наиболее существенно затрудняют именно процессы социального познания, в то время как в отношении других явлений больные способны рассуждать более динамично и продуктивно.

В данной работе мы остановились на концепции социального интеллекта Дж.Гилфорда как модели исследования нарушений социального познания при депрессии. Это связано, во-первых, с тем, что концепция социального интеллекта является хорошо разработанным конструктором, комплексно представляющим интегративный показатель качества

социального познания. Во-вторых, выбор модели Дж.Гилфорда связан с удобной операционализацией данного подхода – разработан, стандартизирован и адаптирован на российской выборке надежный психодиагностический инструмент [4, 10].

Дополнительным параметром, позволяющим уточнить гипотезы исследования, является самооценка социальных навыков. Ответ на вопрос о связи депрессии и качества способностей в сфере социального познания неоднозначно звучит в исследованиях. Неясно, недостаточно развитые социальные навыки являются одним из факторов возникновения депрессии или же депрессия приводит к снижению социальных навыков.

В отдельных исследованиях показано, что дефицит социальных навыков может увеличивать риск к возникновению расстройств аффективного спектра [5, 15, 17]; нарушения в сфере социального познания рассматриваются как predispositionные и хронифицирующие, не зависящие от длительности заболевания [6, 8].

Вместе с тем отмечено, что ряд способностей в сфере социального познания (эмоциональный интеллект, ментализация, самооценка социальных навыков) имеют тенденцию к ухудшению по мере хронификации депрессии [7, 19].

Эмпирическое исследование нарушений социального интеллекта у больных рекуррентной депрессией

Целью данной работы было прояснение структуры нарушений социального интеллекта и самооценки социальных навыков у больных депрессией. Было проведено срезное исследование, в котором оценивался уровень социального интеллекта и самооценка качества социальных навыков у испытуемых. С использованием статистических методов была проанализирована связь социального интеллекта с выраженностью симптомов депрессии (субъективной тяжестью состояния на момент обследования) и давностью заболевания, а также изменения в самооценке социальных навыков по мере хронификации депрессии.

¹ Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского Научного Фонда (грант №14-18-03461)

Методический комплекс включал самоотчетные шкалы тревоги (BAI) и депрессии (BDI) А.Бека в адаптации Н.В.Тарабриной [9], тест «Социальный интеллект» Дж.Гилфорда в адаптации Е.С.Михайловой [4], опросник «Самооценка социальных навыков» А.П.Гольдштейна в адаптации О.Ю.Казьминой [2].

Выборка. В ходе эмпирического исследования были обследованы 40 пациентов, находящихся на лечении в отделениях Московского НИИ психиатрии. Критериями включения пациентов являлись: 1) диагноз депрессивного расстройства (F32.0–F33.0); 2) отсутствие личностной и органической патологии; 3) возраст от 20 до 60 лет.

Пациенты были обследованы во время становления ремиссии. Консультации по вопросам включения пациентов в исследование давали врачи-психиатры: заведующая клиническим отделением №4, кандидат медицинских наук И.Н.Емельянова, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии, кандидат медицинских наук Д.М. Царенко.

В табл. 1 представлены социодемографические характеристики обследованных групп. Отдельную группу сравнения составили 35 здоровых испытуемых. По уровню образования, профессиональному и семейному статусам группы существенно не различались.

В табл. 2 приведены клинические характеристики группы больных депрессивными расстройствами. Данные о количестве эпизодов заболевания в подгруппах пациентов, выделенных строго в соответствии с кодом диагноза по МКБ-10, свидетельствуют о методологической сложности исследования факто-

ров хронификации депрессии. Депрессивные состояния, имеющие очевидно психогенную, ситуационно-обусловленную природу, даже при повторном обращении клинически ближе относятся к категории первичного эпизода и кодируются соответствующим образом.

Результаты и обсуждение

Анализ результатов исследования социального интеллекта включал несколько этапов. На первом этапе был проведен сравнительный анализ показателей социального интеллекта в выделенных подгруппах. Результаты представлены в графической форме на рисунке.

Обнаружено, что все больные депрессией существенно уступают здоровым испытуемым по всем параметрам социального интеллекта, что подтверждается статистикой на высоком уровне значимости. Все результаты группы нормы могут быть отнесены, в соответствии с нормативными значениями теста, к уровням «выше среднего» и «высокий». Абсолютное большинство показателей больных депрессиями лежит в диапазоне от «ниже среднего» до «среднего».

Различия между пациентами с разной давностью заболевания не достигают степени статистической значимости, хотя средние значения все-таки незначительно выше в группе больных с первичным эпизодом депрессии.

В обзоре имеющихся исследований мы отмечали, что они (исследования) различаются с точки зрения исследовательских моделей и методических подходов к оценке нарушений социального познания. При этом разнообразии ученые сходятся во мне-

Таблица 1

Социодемографические характеристики обследованных групп

Группы Показатели		Пациенты с первичным депрессивным эпизодом n=17	Пациенты с рекуррентной депрессией n=23	Здоровые испытуемые n=35
Средний возраст (M(±SD))		37,91 (±10,17)	40,22 (±9,18)	36,54 (±7,41)
Пол	Ж	10 (59%)	14 (64%)	22 (68,7%)
	М	7 (41%)	9 (36%)	13 (37,1%)

Примечания: М – среднее значение, SD – стандартное отклонение.

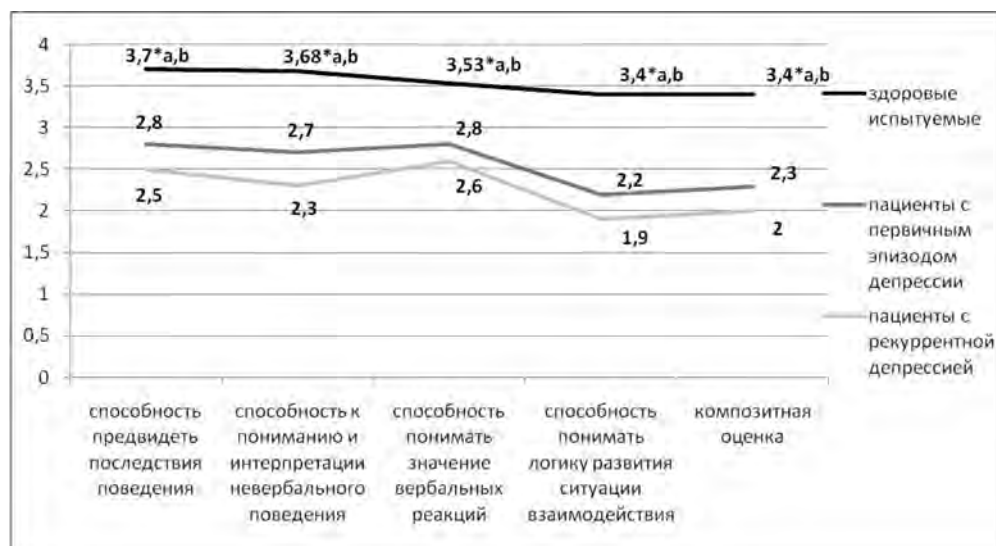
Таблица 2

Клинические характеристики групп больных с первичным депрессивным эпизодом и рекуррентной депрессией

	Пациенты с первичным депрес- сивным эпизодом (F32) n=7 M (±SD)	Пациенты с рекуррентной депрессией (F33) n=23 M (±SD)
Давность заболевания (годы)	0,92 (±0,79)	9,56 (±6,51)
Количество эпизодов депрессии	2,13 (±1,12)	4,89 (±2,61)
Выраженность симптомов депрессии (BDI)	19,50(±12,92)	25,39 (±9,99)
Выраженность симптомов тревоги (BDA)	12,42 (±10,83)	16,56 (±12,31)

Уровень социального интеллекта в группах больных с первичным эпизодом, с рекуррентной депрессией и в группе здоровых испытуемых

Примечания: *a – различия статистически значимы ($p < 0,001$) (критерий Манна-Уитни) при сравнении группы здоровых испытуемых и пациентов с первичным депрессивным эпизодом, *b – различия статистически значимы ($p < 0,001$) (критерий Манна-Уитни) при сравнении группы здоровых испытуемых и пациентов с рекуррентной депрессией.



нии о снижении социального познания при депрессии. В нашей работе этот факт был подтвержден с использованием модели социального интеллекта Дж.Гилфорда.

Сравнение групп больных рекуррентным депрессивным расстройством и больных с первичным депрессивным эпизодом свидетельствует о том, что группы пациентов с разной давностью заболевания значимо не различаются по уровню социального интеллекта, хотя средние значения все-таки незначительно выше в группе больных с первичным эпизодом депрессии.

Ряд исследований свидетельствует о нарастании нарушений в сфере социального познания по мере хронификации депрессии [19, 20], некоторые говорят об устойчивом дефиците способностей, носящем predispositional характер.

Мы предполагали, что пациенты с хроническим типом течения будут уступать больным с первичным эпизодом в отношении социального интеллекта, и ожидали, что эти различия будут несколько более

выражены. Сглаженность различий мы можем объяснить тем, что в выборке пациентов с первичным эпизодом находились и те пациенты, которые после выздоровления вернутся к прежней жизни (депрессия которых носила травматический, ситуативный характер), и пациенты, которых, к сожалению, ждет повторение эпизода депрессии (депрессия которых носит анаклитический характер и связана с большей выраженностью дисфункций интерперсональной сферы).

Уточнить вопрос о роли нарушений социального интеллекта, как предиктора хронификации депрессии, могло бы проспективное исследование.

В рамках данного срезового исследования была возможность провести только корреляционный анализ связи параметров социального интеллекта и клинических характеристик заболевания (табл. 3).

Мы не обнаружили значимых корреляций параметров социального интеллекта с выраженностью симптомов депрессии и давностью заболевания. Все полученные связи носят очень слабый харак-

Таблица 3

Связь показателей социального интеллекта и выраженности симптомов у больных депрессиями

Показатели социального интеллекта	Давность заболевания		Количество перенесенных эпизодов депрессии		Выраженность симптомов депрессии	
	г	р	г	р	г	р
Способность предвидеть последствия поведения	-0,110	0,564	0,052	0,841	-0,007	0,661
Способность к пониманию и интерпретации невербального поведения	-0,260	0,165	0,081	0,757	0,125	0,473
Способность понимать значение вербальных реакций	-0,185	0,329	0,304	0,235	0,016	0,928
Способность понимать логику развития ситуации взаимодействия	-0,231	0,220	0,033	0,900	-0,100	0,567
Композитная оценка	-0,418*	0,022	-0,129	0,622	-0,035	0,840

Примечания: г – коэффициент корреляции Спирмена; р – коэффициент значимости.

Показатели самооценки социальных навыков у больных депрессией и здоровых испытуемых

Показатели социальной успешности	Пациенты с первичным депрессивным эпизодом (n=17) M (SD)	Пациенты с рекуррентной депрессией (n=23) M (SD)	Здоровые испытуемые (n=35) M (SD)
Самооценка социальных навыков	3,1 (0,49)	3,2 (0,61)	3,7(0,42)*a, b
Оценка социальных навыков других	3,1 (0,61)	3,2 (0,82)	3,6 (0,39)*a, b

Примечания: M – среднее значение, SD – стандартное отклонение, *a – различия статистически значимы ($p < 0,01$) (критерий Манна-Уитни) при сравнении группы здоровых испытуемых и пациентов с первичным депрессивным эпизодом, *b – различия статистически значимы ($p < 0,01$) (критерий Манна-Уитни) при сравнении группы здоровых испытуемых и пациентов с рекуррентной депрессией.

тер (коэффициенты корреляции от 0,007 до 0,125). Исключение составил интегративный показатель социального интеллекта, для которого была зафиксирована устойчивая отрицательная связь с давностью депрессии ($r = -0,418$, $p = 0,022$).

Этот факт обращает внимание на сложность и многослойность структуры социального интеллекта и позволяет предполагать, что конечное качество социального познания (или композитную оценку по тесту социального интеллекта, в данной работе) определяют разные способности. В использованном в работе тесте Дж.Гилфорда выделяется четыре фактора, один из которых связан с обработкой невербальной информации. Возможно, индивидуальные различия в структуре социального интеллекта перекрывают групповые тенденции, которые проявились в нашем исследовании только в отношении композитной оценки по тесту.

Сравнение оценок социальных навыков (своих и навыков окружающих) свидетельствует о том, что оценки больных депрессией лежат в значимо более низком диапазоне (табл. 4). Больные депрессиями (первичной, рекуррентной) существенно ниже оценивают качество навыков взаимодействия. Этот факт может говорить о завышенных требованиях и ожиданиях от своих действий и от поведения партнера, что может препятствовать получению удовлетворения от общения и приводить к ощущению социальной ангедонии, одной из ключевых черт хронической депрессии. Можно говорить о том, что не только недостаточность социального интеллекта может выступать в качестве мишени психокоррекционной помощи, но и стандарты в оценке социальных навыков.

Выводы

1. Несмотря на большой поток исследований нарушений социального познания при депрессии, остается неясной причинно-следственная связь этих нарушений с появлением и выраженностью симптомов депрессии, а также специфичность и связь нару-

шений в сфере социального познания с общими особенностями мышления и когнитивного функционирования у больных депрессиями.

2. В эмпирическом исследовании нарушений социального интеллекта у больных депрессиями обнаружено значимое и существенное снижение всех показателей социального интеллекта (способность предвидеть последствия поведения, способность к пониманию и интерпретации невербального поведения, способность понимать значение вербальных реакций, способность понимать логику развития ситуации) у больных депрессиями, не связанное с субъективной тяжестью и давностью заболевания. Дальнейшее уточнение характера связи социального интеллекта и клинических характеристик депрессии требует проспективного дизайна исследования. Установлено, что по сравнению со здоровыми испытуемыми больные депрессиями значительно ниже оценивают качество социальных навыков у себя и у других людей.

3. На результаты исследования роли психологических факторов, в частности, социального интеллекта, в процессе хронификации депрессивных расстройств существенное влияние может оказывать способ разграничения подгрупп пациентов. Выделение подгрупп пациентов с первичной и рекуррентной депрессией требует особого обоснования и формализованного учета клинических наблюдений (выходящих за рамки диагностической системы МКБ).

4. Дальнейшее изучение нарушений социального интеллекта у больных депрессией требует, по-видимому, более тонкой психологической модели социального познания. Модель Дж.Гилфорда, ориентированная на операционный аспект социального познания, не позволяет вскрыть механизмы нарушений, которые затрагивают при депрессии мотивационный (социальная ангедония) и рефлексивный (эгоцентрическая позиция в социальном познании) аспекты.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. М., 2005.
2. Казьмина О.Ю. Структурно-динамические особенности систем межличностных взаимодействий у больных юношеской малопрогредиентной шизофренией: Дисс. ... канд. психол. наук. М., 1997.
3. Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии. М., 2003.
4. Михайлова Е.С. Методика исследования социального интеллекта (Адаптация теста Дж. Гилфорда и М. Салливена): Руководство по использованию. СПб., 1996.
5. Носенко Е.Л., Коврига Н.В. Эмоциональный интеллект: концептуализация феномена, основные функции // Высшая школа. 2003. № 2. С. 56–64.
6. Плужников И.В. Нарушения эмоционального интеллекта при расстройствах аффективного спектра и шизофрении // Психология и педагогика. 2009. № 3. С. 211–213.
7. Пуговкина О.Д., Щеголева Л.М. Дисфункции интерперсональной сферы у больных хроническими депрессивными и тревожными расстройствами (тезисы) // XV съезд психиатров России. 2010. С. 325–326.
8. Пуговкина О.Д., Паламарчук Л.С. Социальный интеллект и хронификация депрессии // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 114–125.
9. Тарабрина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса. СПб., 2001.
10. Ушаков Д.В. Социальный интеллект как вид интеллекта // Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования. М., 2003.
11. Холмогорова А.Б., Зарецкий В.К. Может ли быть полезна российская психология в решении проблем современной психотерапии: размышления после XX конгресса интернациональной федерации психотерапии (IFP). [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 4. URL: <http://medpsy.ru> (дата обращения: 21.12.2010).
12. Alsarraf J.J., Nilsson Y. Reflecting around the functions behind depression – A correlational study of depression, mentalization and attachment. Linköping University: Department of Behavioural Sciences and Learning, 2009.
13. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York: Other Press, 2002.
14. Hansenne M. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects // Psychiatry Res. 2007. N 1. P. 63–68.
15. Landa J. Predictive validity of Perceived Emotional Intelligence on nursing students' self-concept // Nurse Education Today. 2009. N 7. P. 801–808.
16. Nolen-Hoeksema S. The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms // J. Abnorm. Psychology. 2000. N 109. P. 504–511.
17. Segrin C. Social skills deficits associated with depression // Clin. Psychol. Rev. 2000. N 3. P. 379–403.
18. Weissman M., Markowitz J., Klerman G. Clinician's Guide to Interpersonal Psychotherapy. Oxford UP, 2007.
19. Werden D., Elikann L., Linster H., Dykierk P., Berger M. Theory of Mind (ToM) and depression – an explorative study including Narrative ToM-Performances. International Society on Brain and Behaviour: 3rd International Congress on Brain and Behaviour. Thessaloniki, Greece, 2007 // Ann. Gen. Psychiatry. 2008. N 7.
20. Zobel I., Werden D., Linster H., Dykierk P., Drieling T., Berger M., Schramm E., Theory of mind deficits in chronically depressed patients // Depression and Anxiety. 2010. N 27. P. 821–828.

НАРУШЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПАЦИЕНТОВ С РЕКУРРЕНТНОЙ ДЕПРЕССИЕЙ

О.Д. Пуговкина

В работе представлены результаты эмпирического исследования нарушений социального интеллекта у пациентов с рекуррентной депрессией. Зафиксировано существенное снижение всех параметров социального интеллекта у больных рекуррентной депрессией в сравнении с группой здоровых испытуемых и с контрольной груп-

пой пациентов, впервые обратившихся за лечением депрессии. Показана относительная независимость успешности выполнения тестовых заданий от тяжести и давности заболевания в группе пациентов с депрессией.

Ключевые слова: депрессия, социальный интеллект.

IMPAIRMENT OF SOCIAL INTELLIGENCE IN PATIENTS WITH RECURRENT DEPRESSION

O.D. Pougovkina

The author presents empirical data concerning impairment of social intelligence in patients with recurrent depression. The researcher finds in patients significant decrease on all the parameters of social intelligence, in comparison with healthy controls and also with the patient control group for

the first time seeking treatment for their depression. The author shows that good results on the tests seem to be relatively independent from severity and duration of disease in the patient group.

Key words: depression, social intelligence.

Пуговкина Ольга Дмитриевна – доцент, кандидат психологических наук, старший научный сотрудник лаборатории клинической психологии и психотерапии Московского научно-исследовательского института психиатрии – филиала ФГБУ «ФМИЦПН» Минздрава России, доцент кафедры клинической психологии и психотерапии факультета консультативной и клинической психологии Московского городского психолого-педагогического университета; e-mail: olgapugovkina@yandex.ru