

**ОСОБЕННОСТИ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО
ИНТЕЛЛЕКТА, КАЧЕСТВА ЖИЗНИ
И СОЦИАЛЬНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ
У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ**

В.А. Шемет, В.А. Карпюк

*Гродненский государственный медицинский университет,
Гродно, Беларусь*

В настоящее время шизофрения – одно из наиболее инвалидирующих психических заболеваний. Особенностью шизофрении является ее долговременное воздействие на здоровье, связанное с высокой частотой рецидивов. Социальная дезадаптация в результате болезни, влекущая за собой инвалидизацию молодых и сохранных в физическом плане лиц ведет к огромным экономическим затратам общества [2]. Шизофрения имеет наибольший удельный вес среди других психических заболеваний в структуре госпитализированной заболеваемости пациентов с расстройствами психики и поведения. Говоря о затратах, связанных с шизофренией, необходимо отметить, что 16 % пациентов переносят только один эпизод заболевания с последующим полным восстановлением здоровья либо с незначительным или непродолжительным ухудшением состояния. Несколько эпизодов заболевания с последующим полным восстановлением здоровья либо с незначительным или непродолжительным ухудшением состояния переносят 32 % пациентов, 9 % – страдают длительными нарушениями, 43 % – отмечают стойкие, с возрастающей тяжестью, симптомы при отсутствии периодов полной ремиссии [2, 3].

Согласно актуальным представлениям и действующим классификациям психических и поведенческих расстройств нарушение социального функционирования является определяющей характеристикой шизофрении, сохраняющейся на всем протяжении болезни. При этом под социальным функционированием понимается способность осуществлять целенаправленную деятельность, поддерживать межличностные отношения, заботиться о себе. Социальное функционирование обусловлено социальным познани-

ем. Социальное познание – это способность конструировать представления о взаимоотношениях между людьми и гибко использовать их для управления социальным поведением [1, 5, 8].

Купирование острого состояния не решает проблемы интеграции пациента в общество. В современной психиатрии реализуется новая парадигма лечения шизофрении. Внимание психиатров фокусируется не на снятии симптомов, а на предупреждении рецидивов. Поэтому стандартом терапии становится долгосрочное последовательное ведение больного при минимизации обострений и достижении максимально возможного социального приспособления и качества жизни. Как следствие такого подхода, основной стратегией лечения пациентов с шизофренией является комплексный подход, сочетающий в себе индивидуально подобранную фармакотерапию и психотерапевтическое воздействие с целью повышения социального функционирования пациентов, минимизации социальной дезадаптации и предупреждения обострений заболевания. Следует отметить, что нарушение социального функционирования часто может существовать до начала болезни и является значимым предиктором прогноза шизофрении [8, 11].

Эффективное социальное познание невозможно без эмоционального процессинга. Еще со времен Е. Блейера известно, что одним из главных факторов дисфункционального поведения при шизофрении, не зависящим от культуральных условий, является эмоциональный дефицит. Как показали исследования, способность воспринимать эмоциональную информацию специфически нарушена при шизофрении [9, 11, 12]. У пациентов с шизофренией определяется дефицит распознавания невербальных эмоций. Для них характерны ограничение регуляции эмоций, их выраженная реактивность. Высокая чувствительность к эмоциональному стрессу связана с преобладанием аверсивных эмоциональных состояний и тенденцией к снижению позитивных эмоций. Нарушения эмоций не зависят от длительности заболевания и являются преморбидной особенностью пациентов с шизофренией. Установлено, что нарушения эмоционального распознавания являются важным фактором развития первого приступа шизофрении и последующих обострений болезни, в значительной степени влияют на успех проводимой терапии. Аномальные особенности

эмоционального процессинга устойчивы во времени, а значит, их можно рассматривать в качестве одного из predispositional и хронифицирующих психосоциальных (внутриличностных) факторов патогенеза шизофрении. Дефицит эмоционального процессинга является значимым предиктором нарушений социального функционирования пациентов с шизофренией, ограничивающим повседневное взаимодействие, играющим главную роль в формировании уязвимости к стрессу. Социальная дезадаптация при шизофрении во многом определяется факторами, существующими до клинической манифестации заболевания, среди которых выделяют когнитивную и аффективную составляющие. Неспособность адаптироваться к проявлениям болезни, частые рецидивы обусловлены и нарушением эмоционального процессинга, характерного для больных с шизофренией [9, 11, 12].

Особый интерес представляет изучение эмоционального интеллекта (ЭИ) у пациентов с шизофренией. В соответствии с моделью Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо (2002) эмоциональный интеллект представляет комплекс способностей, которые участвуют в осознании, понимании и контроле собственных эмоций и эмоций окружающих [4, 7, 10]. Эмоциональный интеллект описывает множество дискретных эмоциональных способностей: процессы восприятия и оценку эмоций, сравнение эмоций друг с другом и с другими понятиями и представлениями, понимание и рассуждения об эмоциях, использование этой информации в качестве основы для мышления и принятия решений, управление собственными эмоциями и эмоциями других и регулирование их. Эмоциональный интеллект является составной частью социального интеллекта [6]. Понимание и выражение собственных эмоций, правильное определение, понимание и переработка собственных эмоций и эмоций других людей является важным социальным навыком. Низкий уровень эмоционального интеллекта связан с нарушением социального функционирования и социальной дезадаптацией.

В соответствии с данными исследований, свидетельствующих об эмоциональном дефиците у пациентов с шизофренией, можно предположить, что у данной группы больных нарушен и эмоциональный интеллект. В свою очередь нарушение эмоцио-

нального интеллекта является одной из значимых причин социальной дезадаптации и снижения социального функционирования при шизофрении. Небольшое количество исследований, посвященных изучению эмоционального интеллекта у пациентов с шизофренией, показывает неоднозначные результаты.

Важным критерием оценки социального функционирования и адаптации является качество жизни. Относительно больных шизофренией его можно определить как показатель, интегрирующий большое число физических, психологических, эмоциональных и социальных характеристик, демонстрирующих способность человека адаптироваться к проявлениям болезни, которая нарушена у пациентов с шизофренией и из-за когнитивной и аффективной составляющих.

В связи с вышесказанным **целью** настоящего пилотного исследования явилось изучение эмоционального интеллекта, показателей качества жизни и социального функционирования у пациентов с шизофренией.

Материалы и методы исследования. Группа исследуемых была сформирована случайным образом из категории пациентов, удовлетворяющих исследовательским диагностическим критериям МКБ-10 для шизофрении, проходящих курс стационарного лечения в общепсихиатрическом мужском и женском отделениях, в отделении дневного пребывания учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический центр "Психиатрия-наркология"». В исследовании принимали участие 44 человека (14 мужчин, 30 женщин) в возрасте от 18 до 60 лет, получающих адекватную фармакотерапию и состоящих на диспансерном учете. Длительность заболевания составила от 1 года до 23 лет. По формам шизофрении распределение было следующим: 34 человека – параноидная, 6 – простая, 4 – кататоническая.

Группу сравнения для изучения эмоционального интеллекта составляли 40 психически здоровых испытуемых (20 мужчин, 20 женщин) в возрасте от 21 до 39 лет.

Для изучения эмоционального интеллекта использовался объективный тест способностей Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо – MSCEIT в адаптации Е.А. Сергиенко [6]. В соответствии с теорией интеллекта Дж. Мейера, П. Сэловея и Д. Карузо

эмоциональный интеллект тесно связан с когнитивным интеллектом и состоит из четырех компонентов адаптивных способностей:

1. Восприятие, оценка и выражение эмоций или же идентификация эмоций.
2. Использование эмоций для повышения эффективности мышления и деятельности.
3. Понимание и анализ эмоций.
4. Сознательное управление эмоциями.

Для регистрации показателей качества жизни и социального функционирования был использован Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных", разработанный и валидизированный А.Б. Шмуклером и И.Я. Гуровичем в 1994 году [1]. В нем нашли отражение такие характеристики, как образование и трудовая деятельность, здоровье, работоспособность, дневная активность, материально-бытовая сфера, семья и социальные контакты. Опросник имеет качественный характер [5]. Помимо интервью с пациентами для объективизации полученной информации использовались медицинские карты стационарного больного, амбулаторные карты, сведения, полученные от родственников пациентов.

Результаты исследования. Исследование эмоционального интеллекта показало, что у 33 (75 %) пациентов с шизофренией общий балл ЭИ был ниже по сравнению с испытуемыми в выборке стандартизации.

Анализ результатов по отдельным компонентам эмоционального интеллекта выявил снижение по блоку идентификации эмоций (восприятие, оценка, выражение) у 26 человек (59 %), по блоку использования эмоций в решении проблем (для повышения эффективности мышления и деятельности) – 22 пациента (50 %), по блоку понимания и анализа эмоций – 33 человека (75 %), по блоку сознательного управления эмоциями – 35 человек (80 %).

Следует отметить, что низкие показатели по всем составляющим эмоционального интеллекта наблюдались у 11 человек (25 %), в то время как у большинства пациентов снижение общего балла происходило за счет отдельных блоков или их сочетаний.

Интересным представляется тот факт, что среди пациентов с показателем ЭИ, соответствующим норме (11 человек, 25 %), 6

человек по всем блокам эмоционального интеллекта показали результаты, соответствующие выборке стандартизации. У остальных показатели распределились следующим образом: у 2 человек наблюдалось снижение по компоненту идентификация эмоций, у 1 – по блоку понимания и анализа эмоций, у 2 – по сознательному управлению. Причем снижение по этим показателям не оказало влияния на общий балл ЭИ.

По результатам оценки качества жизни и социального функционирования были получены следующие данные: 66 % пациентов (29 человек) никогда не состояли в браке и не имели собственных семей. По уровню образования обследуемые распределились следующим образом: 8 – имеют среднее образование, 16 – среднеспециальное, 5 – незаконченное высшее, 15 – высшее образование. Частично либо полностью неудовлетворенность полученным образованием демонстрируют 29 человек, что составляет 66 % обследуемых. По профессиональным группам на момент обследования пациенты распределились следующим образом: 13 человек нигде не работают и не учатся, 10 – находятся на второй группе инвалидности по психическому заболеванию, 5 – учащиеся, 9 – неквалифицированные рабочие, 6 – служащие, 1 – предприниматель. На момент обследования отсутствие хронических заболеваний внутренних органов наблюдается у 33 человек, что составляет 75 %, у 11 обследуемых имеются хронические заболевания внутренних органов в стадии компенсации без группы инвалидности. Что касается физической работоспособности, под которой понимается способность к выполнению домашнего труда, то выраженное ее снижение отмечается у 31 человека (70 %), из которых 5 ничем не могут заниматься, 12 способны с трудом выполнять только простейшие виды домашнего труда, 14 могут выполнять элементарную домашнюю работу, в то время как сложные виды деятельности затруднены, выполняются только "через силу". Удовлетворенность положением в семье демонстрируют 36 обследуемых (82 %). Выраженное ограничение социальных контактов, под которыми понимается общение с друзьями и знакомыми, демонстрируют 17 человек, общение у них ограничено родственника-

ми, либо семейным окружением. Общение с друзьями и знакомыми осуществляется реже одного раза в год.

Обсуждение результатов исследования. Полученные результаты показали общее снижение эмоционального интеллекта у большинства пациентов с шизофренией. Однако вклад отдельных компонентов ЭИ в результирующий показатель различен. Лишь у четверти пациентов отмечалось снижение по всем блокам ЭИ. У большинства исследуемых общее снижение эмоционального интеллекта происходило за счет двух компонентов – понимание и анализ эмоций, сознательное управление эмоциями, а также за счет их сочетания между собой и другими блоками. Нарушение понимания и анализа эмоций снижает способность к пониманию взаимоперевода эмоций, механизмов их изменчивости, способности различать смешанные и сложные чувства и понимать взаимодействие эмоций, понимание ситуативной обусловленности эмоций, предполагающей когнитивное понимание как смысла ситуации, так и опыта переживания похожих состояний. Низкие показатели по блоку сознательного управления эмоциями отражают неспособность к регуляции собственных эмоций, сознательному использованию их для личностного роста и установлению гармоничных межличностных отношений, к выбору оптимального эмоционального сопровождения эффективных действий, направленных на сохранение адаптивных взаимодействий.

Можно предположить, что выявленные особенности эмоционального интеллекта определяют тот факт, что большая часть исследованных больных никогда не состояла в браке и не имела своих собственных семей. С другой стороны, подавляющее большинство пациентов с шизофренией удовлетворены своим положением в семье, поскольку сложившиеся семейные стереотипы эмоционального процессинга соответствуют их адаптивным возможностям.

В то же время четверть пациентов с шизофренией не отличались по общему баллу эмоционального интеллекта от выборки стандартизации. Полученные результаты, на наш взгляд, подтверждают патогенетическую разнородность шизофрении.

Представляется интересным дальнейшее изучение вклада особенностей эмоционального интеллекта у пациентов с шизофренией в клиническую картину болезни, ее течение, прогноз, возможные пути профилактики последующих рецидивов.

Литература

1. *Гурович И.Я.* Опросник для оценки социального функционирования и качества жизни психически больных // Соц. и клин. психиатрия. 1998. Т. 8, № 2. С. 35-40.
2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире // Психическое здоровье: новое понимание, новая надежда. ВОЗ, 2001. [Электронный ресурс]. URL: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_ru.pdf (дата обращения 11.10.12).
3. *Мак-Дайд Д.* Основные вопросы организации психиатрической помощи в Европе // Европ. регион. бюро ВОЗ: Психиатрическая помощь. Ч. 1. Женева, 2005. 22 с.
4. *Мэйер Дж.* Эмоциональный интеллект: Руководство. М.: Изд-во Института психологии РАН, 2010. 186 с.
5. *Практикум по психосоциальному лечению и психосоциальной реабилитации психически больных / под ред. И.Я. Гуровича, А.Н. Шмуклера.* М.: Медпрактика, 2002. 180 с.
6. *Сергиенко Е.А., Ветрова И.И.* Тест Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо "Эмоциональный интеллект" (MSCEIT v. 2.0): Руководство. М.: Изд-во Института психологии РАН, 2010. 176 с.
7. Социальный и эмоциональный интеллект: от процессов к измерениям / под ред. Д.В. Люсина, Д.В. Ушакова. М.: Изд-во Института психологии РАН, 2009. 351 с.
8. *Adolfs R.* The neurobiology of social cognition // *Curr Opin Neurobiol.* 2001. N 11. P. 231-239.
9. *Barch D.M.* The relationships among cognition, motivation and emotion in schizophrenia: how much and how little we know // *Schizophrenia Bull.* 2005. N 31. P. 875-881.
10. *Mayer J., Salovey P., Caruso D.* Emotional intelligence: Theory, findings, and implications // *Psychological Inquiry.* 2004. N 15. P. 197-215.
11. *Roder V., Medalia A.* Neurocognition and Social Cognition in Schizophrenia Patients: Basic Concepts and Treatment. Karger, 2010. 178 p.
12. *Sachs G., Steger-Wuchse D., Kryspin-Exner I., Gur R.C., Katschnig H.* Facial recognition deficits and cognition in schizophrenia // *Schizophrenia Res.* 2004. N 68. P. 27-35.