

О.В. Рычкова, Н.А. Соина, Г.Л. Гуревич

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ ПРИ ШИЗОФРЕНИИ

ФГБУ Национальный научный центр наркологии МЗ РФ, г. Москва

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

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

EMOTIONAL INTELLIGENCE IN SCHIZOPHRENIA

O.V. Rychkova, N.A. Soina, G. Gurevich

National Scientific Center for Research on Addictions of the Russian Ministry of Healthcare, Moscow

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

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

Одним из сложнейших разделов психологии является область изучения эмоций. Реальность эмоциональной сферы, состоящая из переменчивых, всегда субъективных, крайне сложно измеряемых явлений, именуемых чувствами, эмоциями, переживаниями, плохо поддается описанию и систематизации. Попытки создания теории эмоций предпринимались неоднократно авторами, стоящими на разных теоретических позициях. Первые концепции абсолютизировали физиологический компонент эмоций, интерпретируя их в духе идеи Ч. Дарвина об эмоциях как рудиментах целесообразных приспособительных реакций животных, или У. Джемс и К.Г. Ланге, рассматривающих эмоции как следствие тех или иных рефлекторных физиологических проявлений. В психоаналитической психологии З. Фрейд в качестве основного эмоционального переживания рассматривал аффект тревоги, выводимый из влечений (запретных, инстинктивных), и представляющий собой форму инстинктивной энергии. Такое сужение взгляда помешало психоанализу создать систематическую теорию аффектов, а понимание коммуникативного значения эмоций нашло отражение в психоаналитических разработках много позднее.

Важнейшим вкладом в психологию эмоций стали когнитивно-ориентированные теории эмоций как зарубежных (М. Arnold, К. Pribram, S. Schachter, R. Lazarus), так и отечественных авторов (П.В. Симонов). Наибольшее значение здесь отводится процессам оценки и контроля, которые определяют знак эмоции. Роль эмоций в регуляции деятельности человека

также зафиксирована в теоретических моделях – как признание эмоции в качестве актуального отражения потребности человека (С.Л. Рубинштейн), через отражение в эмоции смысла действия (А.Н. Леонтьев), признание их регулирующего или дезорганизующего влияния (В.К. Вилюнас). Эвристичная идея о единстве интеллекта и аффекта сформулирована Л.С. Выготским, который говорил об «обобщении переживаний», «аффективном обобщении» или «логике чувств». Подчеркнем также, что у Л.С. Выготского умственные процессы, включая осознание переживаний («смысловое осознание»), то есть интеллектуализация чувств, проявляются в первую очередь во взаимодействии с людьми. Авторитетные западные исследователи также подчеркивают коммуникативные функции эмоций (К. Изард), их роль в межличностном взаимодействии и регуляторных процессах во внутреннем плане личности.

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

Популярность и признание как предмета, достойного изучения, понятие «эмоциональный интеллект» приобрело с 1995 г., после выхода ставшей

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

Шизофрения привлекла внимание исследователей нарушений эмоционального интеллекта в последние годы не случайно. Помимо высокой социальной значимости данного психического расстройства, обусловленной ранним началом болезненного процесса и тяжелыми социальными последствиями, важны и другие соображения. В психиатрии (и клинической психологии) постепенно осуществляется переход от трактовки данного заболевания как имеющего сугубо биологическую основу, к пониманию психосоциальных механизмов развития расстройства (пусть на эндогенно измененной почве). В связи со сменой биологической парадигмы на биопсихосоциальную, наиболее последовательно воплощаемую в диатез-стрессовой модели, правомерен отказ от фрагментированного описания изолированных дефектов у больных шизофренией, что ранее имело место как в феноменологически ориентированной психиатрии, сосредоточенной на описании симптомов и систематизации синдромов, так и в экспериментальной патопсихологии. Последняя была центрированной на изучении нарушений мыслительной сферы у больных, поскольку именно их полагали ядром патопсихологического шизофренического симптомокомплекса. В отечественной патопсихологии это отражено в подходе Ю.Ф. Полякова и его соавторов, описавших нарушения избирательности актуализации информации, в меньшей степени – в работах школы Б.В. Зейгарник, где нарушения мышления рассматривали в контексте личности больного. Однако понимания заболевания в динамике требует учета факторов риска и протективных, и роль эмоциональной жизни пациента, его способов реагирования на стресс имеет ключевое значение. Кроме того, в последние годы у больных шизофренией все чаще в качестве ведущих описывают нарушения, связанные именно с познанием объектов социального мира: нарушение восприятия социальных стимулов, социальной компетентности, коммуникативных навыков, всего того, что препятствует адаптации. Нарушения социального познания перестали рассматриваться как часть более общего дефицита когнитивных способ-

ностей, но стали интерпретироваться как отдельный, особый вид нарушений, значимый для понимания шизофренического дефекта (P.W. Corrigan, D.L. Penn). В контексте темы настоящей статьи особое значение имеют исследования нарушений восприятия лицевой экспрессии, эмоций, как собственных, так и других лиц (Е.И. Елигулашвили, Д.Н. Хломов, Н.С. Курек, Н.Г. Гаранян, D.L. Penn, P.W. Corrigan, D. Combs, S. Mohamed др.), автобиографической памяти как тесно связанной с эмоциональным опытом и его переработкой (S. Blairy, A. Neumann, F. Nutthals, L. Pierret), нарушений «прагматики речи», затрудняющих построения социального взаимодействия больными шизофренией (W.I. Fraser, K.M. King, P. Thomas, R.E. Kendell, R. Goldfarb, J. Eisenson). Модель «эмоционального интеллекта» близка к указанным областям феноменов и привлекает четкостью, лаконичностью. Исследования эмоционального интеллекта при психопатологических состояниях ведутся как за рубежом, так и в нашей стране (А.Ш. Тхостов, И.В. Плужников, С.Д. Frith, Т.А. Russell, К. Rubia, R. Bar-On и др.), хотя число работ невелико.

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

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Выборка включала 60 больных шизофренией (30 мужчин, 30 женщин), находящихся в состоянии ремиссии, в возрасте от 20 до 55 лет. Критерий включения: диагноз «Шизофрения, параноидная форма», критерии исключения – наличие актуального психического состояния. Группа сравнения 30 психически здоровых испытуемых (15 мужчин, 15 женщин), не имевших существенных отличий от больных по возрасту. Исследование проводилось на базе филиала № 5 МСЭ по г. Белгороду.

В исследовании использовались следующие методики: Шкала позитивной и негативной симптоматики PANSS; Шкала депрессии (А.Бек), Шкала тревоги (А.Бек), «Шкала социальной ангедонии» – RSAS (M.L. Eckblad, L.J. Chapman, J.P. Chapman, M. Mishlove,

1982), «Запрет на выражение чувств» (ЗВЧ), (В.К. Зарецкий, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, 2006), «Проективный тест враждебности» (Н.Г. Гаранян, А.Б. Холмогорова, 2006), тест «Распознавание эмоций» (Гаранян Н.Г., Курек Н.С., 1984), тест «Поза и жест» (Курек Н.С., 1984), «Тест глаз» (S. Baron-Cohen, 1999) (адаптация авторов статьи). Математический анализ проведен с использованием SPSS for Windows, Standard Version 11.5.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Клинический анализ (по субшкалам PANSS) показал: позитивная симптоматика у больных исследованной группы присутствует в минимальной степени (суммарный балл «Шкалы позитивных симптомов» чуть выше 11), так как больные находятся в состоянии ремиссии. По «Шкале негативных симптомов» показатель 20,2 балла, повышение достигается за счет субшкал Н1 («Притупленный аффект») и Н6 («Нарушения спонтанности и плавности речи»), где средние значение достигают 3 баллов, субшкал Н2 («Эмоциональная отгороженность») и Н3 («Трудности в общении») – соответственно 2,5 балла. По «Шкале общепатологических симптомов» (39,8 баллов) повышение достигается за счет субшкал О6 («Депрессия»), О7 («Моторная заторможенность»), О11 («Нарушения внимания»), О12 («Снижение критичности к своему состоянию»), О13 («Расстройство воли»), О15 («Загруженность психическими переживаниями»), О16 («Активная социальная устранимость»), усредненные значения по которым около 3 баллов. Содержательный анализ шкал позволяет оценить пациентов исследованной группы как замкнутых, отстраненных от окружающего, в том числе – от социальной жизни, избегающих общения, которое тяготит их, с устойчиво сниженным настроением; критика к своей измененности снижена.

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

Данные свидетельствуют, что эмоциональное состояние больных шизофренией характеризуется резким повышением измеряемых параметров, за

которым стоит преобладание негативных переживаний в виде чувства потери энергии, безрадостности, утраты прежних интересов, утомляемости, раздражительности, безнадежности, с пессимистической оценкой перспектив. Также больные испытывают беспокойство, неспособность расслабиться, ощущение страха перед окружающим миром (данные подтверждают показатели по общепатологическим шкалам и клинические наблюдения).

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

Приведенные в таблице 2 данные свидетельствуют о повышении уровня социальной ангедонии и показателя по проективному тесту враждебности у больных. Последний тест, основанный на проективной процедуре и относительно свободный от искажений, позволяет определить вклад в показатель враждебности таких параметров, как видение других людей как «склонных возвышаться за счет принижения окружающих» (фактор 1), как приписывание другим «презрения к слабости» (фактор 2) и как «холодных и равнодушных» (фактор 3). Полученные на выборке больных результаты очевидно свидетельствуют о наличии у больных приписываний

Таблица 1
Усредненные показатели эмоционального состояния больных шизофренией исследованной группы

Испытуемые	Показатель по Шкале депрессии	Показатель по Шкале тревоги
Больные	28,63 ± 11,8**	19 ± 11,66**
Здоровые	3,23 ± 1,85	5,97 ± 8,16

Примечание: ** – степень достоверности различий по U-критерию Манна – Уитни $p < 0,01$.

Таблица 2
Показатели социальной ангедонии и враждебности больных шизофренией

Испытуемые	Данные «Проективного теста враждебности»			Показатель шкалы «Социальная ангедония»
	1 фактор	2 фактор	3 фактор	
Больные	45,75* ± 19,62	56,78** ± 17,71	57,83* ± 14,63	23,75 ± 8**
Здоровые	27,27 ± 11,83	47,77 ± 10,52	41,43 ± 11,2	4,87 ± 1,98

Примечание: ** – степень достоверности различий по U-критерию Манна – Уитни $p < 0,01$; * – степень достоверности различий по U-критерию Манна – Уитни $p < 0,05$.

всех трех типов характеристик, что предопределяет значительные искажения в мотивации межличностного взаимодействия – с фактически неизбежным отказом от него.

В рамках нашей работы был проведен анализ импрессивного компонента эмоционального интеллекта – по данным трех тестов, направленных на оценку способности распознавать эмоции другого человека. В таблице 3 представлены результаты свидетельствуют о резком снижении способности больных определять эмоциональное состояние партнера по общению. Это касается как способности распознавать чувства других по мимике, так и по парамимическим проявлениям. Повсеместно отмечались затруднения, отказы от ответов, использование описательных формулировок и неэмоциональных суждений. Аналогичные данные получены по «Тесту глаз».

Экспрессивный компонент эмоционального интеллекта оценивался на основе методики, измеряющей запрет на выражение чувств, поскольку очевидно, что чем более отчетливо выражен запрет, тем менее вероятным будет как спонтанное, непосредственное, так и произвольное выражение эмоций. Данные по тесту ЗВЧ (табл. 4) демонстрируют выраженный, в части случаев почти предельный запрет на выражение базовых эмоций, особенно гнева, страха и печали, а также общий запрет на выражение чувств.

Запрет на выражение чувств ведет к отчуждению больными genuинных, внутренних переживаний, отрицание их порождает дискомфорт, растерянность из-за невозможности точного осознания собственного состояния, а в тяжелых случаях – симптомы деперсонализации. Также запрет на выражение чувств не дает возможности справляться с ними, перерабатывать и отреагировать эмоции, что приводит к эффекту кумуляции (особенно негативных переживаний, запрет на выражение которых выше). Полагаем, что это ухудшает эмоциональное состояние больных, стабилизирует и хронифицирует нарушения эмоциональной сферы.

Анализ корреляционных связей между измеряемыми параметрами (ранговая корреляция Спирмена) показал многочисленные значимые связи между показателями. Для обобщения данных проведен факторный анализ, позволивший выделить четыре основных по нагрузке фактора.

Группа параметров, объединенных влиянием **первого фактора**, включает в себя показатели распознавания всех видов эмоций, оказавшихся тесно связанными между собой, что логично, поскольку они отражают одну способность – к перцепции социальных эмоциональных стимулов. Интересно, что в данный фактор с отрицательным знаком и максимальным значением вошел параметр социальной ангедонии (-0,639). Этот факт доказывает, что точность распознавания эмоций других людей по мимическим и пантомимическим проявлениям снижается у больных шизофренией по мере повышения уровня социальной ангедонии; отсюда фактор определен как «Социальная ангедония как фактор нарушения эмоционального интеллекта». Полагаем, что роль социальной ангедонии как мотивационной составляющей нарушенной деятельности межличностного общения также нашла свое подтверждение. В фактор с отрицательным знаком вошли показатели клинического неблагополучия больных (шкалы общепсихопатологических (-0,52) и негативных (-0,48) симптомов) и депрессии (-0,469). В отношении содержательных связей перцептивных способностей больных и социальной ангедонии можно говорить о кольцевых закономерностях, где каждый компонент состояния усиливает и стабилизирует иные составляющие, хронифицируя патологические феномены (в данном случае социальная ангедония, депрессия препятствуют осуществлению деятельности и совершенствованию навыков социальной перцепции эмоционального состояния).

Второй фактор объединил практически все составляющие экспрессивного компонента эмоционального интеллекта, и запрет на выражение основных эмоций, включая общий запрет (0,727),

Таблица 3
Показатели импрессивного компонента эмоционального интеллекта у больных шизофренией

Испытуемые	«Распознавание эмоций»	«Поза и жест»	«Тест глаз»
Больные	7 ± 3,03**	4,85 ± 3,21**	10,7 ± 6**
Здоровые	14,7 ± 2	14,43 ± 1,7	24,6 ± 3,08

Примечание: ** – степень достоверности различий по U-критерию Манна – Уитни $p < 0,01$; * – степень достоверности различий по U-критерию Манна – Уитни $p < 0,05$.

Таблица 4
Показатели экспрессивного компонента эмоционального интеллекта больных шизофренией

Испытуемые	Запрет на выражение отдельных эмоций				Общий запрет
	печаль	радость	гнев	страх	
Больные	2,16** ± 0,65	1,9 ± 0,8	2,47** ± 0,59	2,27** ± 0,58	1,81* ± 0,68
Здоровые	1,8 ± 0,73	1,59 ± 0,72	1,72 ± 0,47	1,83 ± 0,5	1,75 ± 0,63

Примечание: ** – степень достоверности различий по U-критерию Манна – Уитни $p < 0,01$; * – степень достоверности различий по U-критерию Манна – Уитни $p < 0,05$.

оказались связаны значимыми корреляционными связями. Также в данную группу параметров вошли показатели депрессии (0,332) и тревоги (0,576), и группа параметров определена как «Нарушения экспрессивного компонента эмоционального интеллекта вследствие аффективных расстройств». Исходя из анализа составляющих, видно, что больные вследствие высокого уровня тревоги склонны воспринимать большинство ситуаций как угрожающие, что вновь ведет к повышенной настороженности и замкнутости в общении. Депрессивные переживания, во многом связанные с собственным болезненным состоянием, а также опытом прошлых неудач в межличностном взаимодействии, также способствуют повышению запрета на выражение разных видов эмоций, в частности, страха и гнева. Таким образом, тревожно-депрессивные состояния, способствующие нарушению экспрессивного компонента эмоционального интеллекта, и сами усугубляются по мере усиления запрета на выражение чувств, так как больные, боясь выразить через проявление чувств свое отношение к происходящему, теряют возможность отреагировать собственные эмоции, повлиять на поведение окружающих и изменить ситуацию.

Следует отметить, выделение первого фактора, объединившего практически все показатели распознавания эмоций, и второго фактора, влияющего на все показатели запрета на выражение чувств, подтверждает правомерность предложенной нами модели эмоционального интеллекта, включающей его импрессивный и экспрессивный компоненты.

Третий фактор обуславливает группу «Клинической симптоматики», состоящей из связанных между собой психопатологических симптомов разных групп, которые характеризуют общее клиническое неблагополучие больных исследуемой выборки. Клинические симптомы также связаны положительной корреляционной связью с распознаванием эмоции страдания (0,392), что вполне объяснимо восприятием больными своего состояния как болезненного, неприятного, и отрицательно связано с видением окружающих как «презирающих слабость» (один из показателей Теста враждебности (-0,453)). Полагаем, что больные, переживающие клиническое неблагополучие как собственную слабость и беспомощность, легче распознают страдания другого человека, и в меньшей степени боятся презрения других людей по отношению к себе. Можно предполагать возрастание готовности принимать помощь других людей по мере ухудшения клинического состояния, и болезнь может иметь некое коммуникативное значение для наших пациентов, становится определенным «мостиком» между ними и другими людьми. Положительное значение такой роли клинической симптоматики вызывает сомнения.

Значение третьего фактора состоит и в относительной независимости параметров эмоционального интеллекта от клинической картины основного заболевания, это указывает на необходимость организации помощи больным с опорой на обязательную психологическую, психотерапевтическую поддержку, которые не могут быть заменены психофармакотера-

пией, поскольку имеют различные по сути мишени воздействия.

Под влиянием **четвертого фактора** оказались отдельные параметры эмоционального интеллекта, характеризующие распознавание негативных эмоций – гнева (0,632), презрения (0,482), показатели социальной ангедонии (0,341), депрессии (0,51), два фактора теста враждебности («видение других людей как «доминантных и завистливых»» (0,449) и «видение других людей как «холодных и равнодушных»» (0,444)), а также суммарный показатель общих психопатологических симптомов (0,322). Поскольку все перечисленные показатели связаны положительной корреляцией, можно видеть, что улучшение распознавания негативных эмоций других лиц, безусловно не доставляющее больным удовольствия, обязательно будет сопровождаться нарастанием социальной ангедонии, видением окружающих как «холодных и равнодушных», «доминантных и завистливых». Также этому будут сопутствовать эксцелляция клинических симптомов, включая депрессию. Эти данные видятся нам интересными по двум причинам. Во-первых, это подтверждает большую роль связанного с межличностными отношениями стресса в ухудшении клинического состояния больных. Во-вторых, роль клинической симптоматики здесь может быть истолкована особым образом – как защитного маневра, призванного ухудшить восприятия социальной информации, травмирующей пациента. Обозначая группу показателей как «Клинические симптомы как защита от негативных переживаний», мы признаем полемический характер утверждения. Основные **выводы** исследования:

1. У больных шизофренией по сравнению со здоровыми испытуемыми наблюдаются значительные повышения показателей по шкалам тревоги, депрессии, враждебности и выраженные проявления социальной ангедонии. Данные показатели связаны между собой, отражают глобальный испытываемый больными эмоциональный дискомфорт, причастны к его хронификации, способствуют отказу больных от активного социального взаимодействия.

2. У больных параноидной шизофренией выявлены выраженные нарушения импрессивного компонента эмоционального интеллекта, представленные затруднениями в распознавании эмоций других людей по мимическим и пантомимическим проявлениям.

3. Для больных шизофренией характерны высокие показатели запрета на выражение эмоций отрицательного спектра, что свидетельствует о нарушении экспрессивного компонента эмоционального интеллекта.

4. Снижение показателей эмоционального интеллекта у больных параноидной шизофренией имеет связь с отдельными клиническими проявлениями болезни, в частности, с позитивными симптомами (подозрительность, враждебность), негативными симптомами (притупленный аффект, эмоциональная отгороженность, малоконтактность, пассивно-апатическая социальная отгороженность), общими психопатологическими проявлениями (тревога, вина, напряженность, депрессия).

5. Установленные нарушения эмоционального интеллекта и сопутствующая им социальная неуспешность больных требуют психологического сопровождения медикаментозного ведения больных, использования специализированных психокоррекционных вмешательств.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андреева И.Н. Об истории развития понятия «эмоциональный интеллект» // Вопросы психологии. – № 5. – М., 2008. – С. 14–19.
2. Плужников И.В. Эмоциональный интеллект при аффективных расстройствах : авт. дисс ... канд. психол. наук. – М., 2010 – 34 с.
3. Bar-On R. (2000). Emotional and social intelligence: Insights from the Emotional Quotient Inventory (EQ-i) // In R. Bar-On and J. D. A. Parker (Eds.) Handbook of emotional intelligence. – San Francisco: Jossey-Bass.
4. Corrigan P.W., Penn D.L. (Eds.). Social Cognition and Schizophrenia. – Washington: APA, 2001 – 332 p.
5. Goleman D. Emotional intelligence. – New York: Bantam Books, 1995.
6. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D. Models of emotional intelligence // In R.J. Sternberg (Ed.), Handbook of intelligence. – Cambridge, UK: Cambridge University Press., 2000.
7. Meehl P.E. Schizotaxia, schizotypy, schizophrenia // American Psychologist. – 1962. – N 17. – P. 827–838.

8. Rado S. Psychoanalysis of behavior: The collected papers of Sandor Rado (Vol. 2). – New York: Grune and Stratton, 1962.

REFERENCES

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

Сведения об авторах

Рычкова Ольга Валентиновна – канд. психол. наук, ведущий научный сотрудник отделения медико-социальной реабилитации, ФГБУ Национальный научный центр наркологии МЗ РФ (119002, Москва, Малый Могильцевский пер., д. 3; тел.: 89161416282; e-mail: agibalovatv@mail.ru)

Соина Наталия Александровна – клинический психолог, ФКУ «Бюро медико-социальной экспертизы № 2» (г. Белгород)
Гуревич Геннадий Львович – канд. мед. наук, докторант отделения медико-социальной реабилитации, ФГБУ Национальный научный центр наркологии МЗ РФ (119002, Москва Малый Могильцевский пер., д. 3)

Information about the authors

Richkova Olga Valentinovna – candidate of psychological sciences, leading scientific researcher of the department of medical-social rehabilitation of National Scientific Center of Narcology, Ministry of Health of Russian Federation (119002, Moscow, Maliy Mogiltsevkiy lane, 3; tel.: 89161416282; e-mail: agibalovatv@mail.ru)

Soina Natalia Aleksandrovna – clinical psychologist, Bureau of Social-Medical Expertise N 2, Belgorod
Gurevich Gennadiy Lvovich – candidate of medical sciences, doctoral candidate of the department of medical-social rehabilitation of National Scientific Center of Narcology, Ministry of Health of Russian Federation (119002, Moscow, Maliy Mogiltsevkiy lane, 3)