

НАРУШЕНИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА ПРИ РАССТРОЙСТВАХ АФФЕКТИВНОГО СПЕКТРА И ШИЗОФРЕНИИ

Исследование выполнено при финансовой поддержке РФФИ (грант № 08-06-00057а «Структура и динамика когнитивных, аффективных и коммуникативных нарушений при психических и поведенческих расстройствах»).

Показано, что при различных пограничных психических расстройствах (депрессиях, патологически выраженной тревоге, соматоформных дисфункциях) такие функции эмоционального интеллекта, как восприятие эмоций, их понимание и регуляция нарушаются неравномерно, что позволяет выделить специфические для указанных форм психических расстройств патопсихологические синдромы нарушений эмоционального интеллекта.

Ключевые слова: эмоциональный интеллект; расстройства аффективного спектра; шизофрения; синдромный анализ.

Согласно современным психологическим исследованиям [1, 2] интеллект не является единой познавательной способностью: в качестве самостоятельных выделяются лингвистический, логико-математический, музыкальный, социальный и другие виды интеллекта. В последнее время внимание сосредоточено на *эмоциональном интеллекте*. Если к 1990 г. по проблеме эмоционального интеллекта существовало всего несколько публикаций, то к началу XXI в. их количество превысило сотню (по данным [3, С. 11]). Перспективность и обоснованность использования концепта «эмоциональный интеллект» были показаны во множестве работ, выполненных в рамках общей, социальной и организационной психологии. Адаптация в современном обществе, карьерный рост, отношения в семье обусловлены не только и не столько с формальными способностями и когнитивным функционированием индивида, сколько с определенным рода навыками, тесно связанными с эмоциональной сферой личности. В ряде исследований было показано, что высокий уровень развития эмоционального интеллекта способствует успешности в различных сферах человеческой жизни, таких как образование, юриспруденция, медицина [4–6].

Вместе с тем как в популярной, так и в академической литературе [3, 6–8] подчеркивается, что низкий уровень эмоционального интеллекта тесно связан с социальной дезадаптацией и прежде всего с эмоциональными расстройствами: депрессией, тревогой, различными формами отклоняющегося поведения, которые все чаще проявляются в молодом возрасте. Несмотря на активный интерес общества к понятию «эмоциональный интеллект» (в связи с его ролью в адаптации и дезадаптации), а также высокую распространенность и социальную значимость расстройств аффективного спектра (см. [9–11]), систематических клинико-психологических исследований, посвященных нарушениям эмоционального интеллекта, до сих пор не проведено. Всё это обуславливает актуальность настоящей работы.

Целью исследования является изучение структуры, особенностей и нарушений эмоционального интеллекта у больных с расстройствами аффективного спектра (депрессивными, тревожными и соматоформными расстройствами) и шизофренией в сравнении с эмоциональным интеллектом здоровых испытуемых.

Опираясь на концепцию Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо [12, 13], а также культурно-деятельностный подход Московской психологической школы (Л.С. Вы-

готский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия), под *эмоциональным интеллектом*, в рамках данного исследования, будет пониматься специальная метаспособность, состоящая из иерархически организованных способностей восприятия, понимания и регуляции эмоциональных состояний, реализующая свои функции в особой деятельности, основной целью которой является наиболее точное и эффективное отражение своих и чужих эмоций для их успешного управления в целях и задачах другой, более общей деятельности (например, профессиональной, деятельности общения, переживания).

Методическое обеспечение работы. Основными были выбраны экспериментально-психологический (авторские методики, направленные на оценку восприятия эмоций), психодиагностический (Тест эмоционального интеллекта Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо – MSCEIT в адаптации Е.А. Сергиенко [14, 15]) и математико-статистический методы исследования. Кратко остановимся на операционализации отдельных компонентов эмоционального интеллекта.

Восприятие эмоций – авторские методики «Классификация эмоционально выразительных лиц по сенсорно-перцептивным признакам» и «Реконструкция круга Шлосберга» (испытуемым предлагается разложить карточки с изображением эмоционально выразительных лиц от нейтрального к максимально эмоциональному, а также от одной эмоции к другой). Чем больше испытуемый отклоняется от эталонного порядка расположения карточек, тем больше баллов ему начисляется.

Понимание эмоций. Для оценки первичного означения эмоций [16] используется шкала «Идентификация эмоций» методики MSCEIT (испытуемые должны правильно назвать и оценить интенсивность эмоций, изображенных на эмоционально выразительных лицах и абстрактных картинах). Для оценки вторичного означения эмоций [16], т.е. отражения причинно-следственных отношений между эмоциями и мотивами, использовались шкалы MSCEIT «Понимание и анализ эмоций» (задания на эмоциональный словарь и анализ сложных чувств) и «Использование эмоций для решения проблем» (задания, направленные на оценку понимания того, какие эмоции способствуют более эффективному выполнению различного рода деятельности).

Регуляция эмоций – шкала MSCEIT «Сознательное управление эмоциями», состоящая из нескольких историй, описывающих сложные жизненные ситуации; испытуемый должен оценить по 5-балльной шкале эффективность действий главного героя, которые могут

привести к изменению его чувств или эмоций других действующих лиц рассказа.

Методика эмоционального интеллекта Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо не является опросником, а представляет собой объективный тест способностей, который можно поставить в один ряд с тестом структуры интеллекта Д. Векслера, тестом социального интеллекта Дж. Гилфорда и др. В MSCEIT используется консенсусный способ сбора данных: каждому варианту ответа испытуемого приписывается балл, соответствующий доле испытуемых в выборке стандартизации, выбравших данный вариант ответа. Например, если ответ А в определенном задании выбрали 26% испытуемых из выборки стандартизации, то балл, присваиваемый за этот вариант, будет равен 0,26.

Испытуемые. Описанными выше методами были обследованы 40 больных депрессией (диагнозы F31.30, F32.10, F33.10, F34.0 по МКБ-10), 40 больных тревожными расстройствами (F40.01, F40.1, F41.0–F41.2, F43.2), 20 больных соматоформными расстройствами (F45.0–F45.3), 25 больных шизофренией (F20.0) и 45 здоровых испытуемых. Все испытуемые были молодого возраста (18–38 лет) и являлись полностью сопоставимыми по возрастным и социально-демографическим показателям. Во всех группах, кроме группы больных шизофренией, было равное количество мужчин и женщин; в группе больных шизофренией преобладали мужчины. Исследование проводилось на клинических базах Московского НИИ психиатрии Росздрава, ПБ № 4 им. П.Б. Ганнушкина, Научного центра психического здоровья РАМН.

Результаты исследования. Сравнительное исследование (с использованием описательных статистик и непараметрического критерия U Манна–Уитни) эмоционального интеллекта группы здоровых испытуемых и групп больных с различными психическими расстройствами показало следующее.

Больные депрессией отличались от здоровых испытуемых более низкими баллами по двум шкалам MSCEIT – «Сознательное управление эмоциями» ($p = 0,001698$) и «Использование эмоций при решении проблем» ($p = 0,013258$). По шкале «Сознательное управление эмоциями» средний балл со стандартным отклонением здоровых испытуемых составил $0,31770 \pm 0,03$, у больных депрессией он равнялся $0,29590 \pm 0,03$; по шкале «Использование эмоций для решения проблем» – $0,32845 \pm 0,03$ и $0,31117 \pm 0,03$ соответственно. Также больные депрессией отличались от здоровых испытуемых худшим выполнением заданий в методике «Классификация эмоционально выразительных лиц по сенсорно-перцептивным признакам». Больные чаще здоровых (на уровне тенденции – $p = 0,073588$) неправильно определяли интенсивность тех или иных эмоций в рамках одного знака. Средний балл со стандартным отклонением по данному параметру оценки у здоровых испытуемых был $2,66 \pm 1,02$, у больных депрессией – $3,05 \pm 0,74$. По другим субтестам статистически значимых различий выявлено не было.

Больные тревожными расстройствами, по данным MSCEIT, были схожи на больными аффективной патологией: статистически значимые различия (в сторону худшего выполнения заданий) с группой контроля на-

блюдались по шкалам «Сознательное управление эмоциями» ($0,29703 \pm 0,02$; $p = 0,002057$) и «Использование эмоций для решения проблем» ($0,31140 \pm 0,02$; $p = 0,007630$). По другим субтестам статистически значимых различий выявлено не было.

Больные соматоформными расстройствами отличались от здоровых испытуемых в сторону худшего выполнения заданий по всем шкалам MSCEIT: «Идентификация эмоций» ($0,33825 \pm 0,03$; $p = 0,020641$), «Понимание и анализ эмоций» ($0,39982 \pm 0,03$; $p = 0,017946$), а также (на уровне тенденции) по шкалам «Использование эмоций для решения проблем» ($0,31224 \pm 0,03$; $p = 0,070712$) и «Сознательное управление эмоциями» ($0,30251 \pm 0,02$; $p = 0,065810$). Средние баллы со стандартным отклонением по шкалам «Идентификация эмоций» и «Понимание эмоций» составили у здоровых испытуемых $0,36135 \pm 0,04$ и $0,41220 \pm 0,04$ соответственно. Отметим, что при столь выраженном снижении по параметру «Идентификация эмоций», статистически значимых различий со здоровыми испытуемыми по методикам «Классификация эмоционально выразительных лиц по сенсорно-перцептивным признакам» и «Реконструкция круга Шлосберга» у больных соматоформными расстройствами выявлено не было.

Больные шизофренией значительно отличались (в худшую сторону) от здоровых испытуемых по большинству шкал и параметров оценок. Средний балл со стандартным отклонением для итоговой оценки по методике «Классификация эмоционально выразительных лиц по сенсорно-перцептивным признакам» у здоровых испытуемых составил $2,82 \pm 1,17$, а у больных шизофренией – $3,92 \pm 1,6$ (различия между указанными группами на уровне $p = 0,011046$). Средний балл со стандартным отклонением для итоговой оценки по методике «Реконструкция круга Шлосберга» у здоровых испытуемых составил $6,08 \pm 3,44$, у больных шизофренией – $8,84 \pm 3,49$ (различия на уровне $p = 0,003492$). На высоком уровне значимости выявлялись различия по шкалам MSCEIT «Идентификация эмоций» ($0,32134 \pm 0,03$; $p = 0,000133$), «Использование эмоций для решения проблем» ($0,30883 \pm 0,03$; $p = 0,011990$), «Сознательное управление эмоциями» ($0,29536 \pm 0,03$; $p = 0,006307$). По шкале «Понимание и анализ эмоций» статистически значимые различия между здоровыми испытуемыми и больными шизофренией не выявлялись. Также не оказались значимыми различия между больными шизофренией и больными депрессией по параметру оценки интенсивности эмоций в методике «Классификация эмоционально выразительных лиц по сенсорно-перцептивным признакам» ($p = 0,46774$).

Обсуждение. Полученные результаты наглядно демонстрируют, что при психических расстройствах не наблюдается тотальный распад эмоционального интеллекта: отдельные компоненты (звенья) данной функциональной системы остаются сохранными, а конкретные нарушения эмоционального интеллекта, с позиции синдромного подхода, принятого в отечественной клинико-психологической традиции [17, 18], могут квалифицироваться как первичные (основные) и/или вторичные.

При депрессивных и тревожных расстройствах основным нарушением эмоционального интеллекта явля-

ется, по всей видимости, дефицитарность регуляторных систем эмоциональной сферы, что проявляется не только на уровне собственно сознательной регуляции эмоциональных состояний, но уже на этапе вторичного означения, т.е. на более раннем этапе эмоционально-интеллектуальной деятельности, связанном с механизмами опосредствования, которые находятся в дисфункциональном состоянии. Можно думать, что указанные нарушения опосредствования эмоций лежат в основе механизма синдромальной коморбидности депрессии и тревоги (см.: [10, 11, 19]).

При соматоформных расстройствах также нарушен регуляторный компонент эмоционального интеллекта, однако симптомы дисрегуляции эмоций, скорее всего, являются вторичными по отношению к более грубым расстройствам понимания эмоций (как на уровне первичного, так и на уровне вторичного означения) при сохранности их восприятия. Полученные данные согласуются с концепцией алекситимии [20–22] как феномена, присущего психосоматическим больным.

При шизофрении основным нарушением является дефицитарность перцептивного компонента эмоционального интеллекта, что коррелирует с много-

численными отечественными и зарубежными исследованиями [23–25]. Соответственно вторичными симптомами являются нарушения понимания и регуляции эмоциональных состояний. Отметим, что при депрессии также наблюдаются нарушения восприятия эмоций, которые, вероятнее всего, являются вторичными. Природа этих вторичных симптомов может быть связана как с актуальным аффективным состоянием больных, так и с общими для шизофрении и расстройств настроения эндогенными механизмами этиопатогенеза. Для решения этой проблемы необходимы дополнительные исследования.

В целом методический инструментарий, используемый в настоящей работе, а также принципы синдромного анализа, реализуемые при интерпретации полученных данных, показали свою адекватность при рассмотрении особенностей и нарушений эмоционального интеллекта при психических расстройствах. С практической точки зрения необходимо отметить, что как первичные, так и вторичные расстройства эмоционально-интеллектуальной деятельности при расстройствах аффективного и шизофренического спектров могут стать «мишенями» для психотерапии (в частности, когнитивно-бихевиоральной).

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарднер Г. Структура разума: Теория множественного интеллекта. М.: Вильямс, 2007.
2. Sternberg R. The Triarchic Theory of Successful Intelligence. // Contemporary Intellectual Assessment: Theory, Tests, and Issues / Ed. by D. Flanagan, P. Harrison. N.Y.: Guilford Press, 2005. P. 103–118.
3. Matthews G., Zeidner M., Roberts R. Emotional intelligence: Science and myth. Cambridge, MA: MIT Press, 2002.
4. Zeidner M., Matthews G., Roberts R.D. Emotional intelligence in the workplace: A critical review // Applied Psychology: An International Review. 2004. 5. P. 371–399.
5. Brackett M., Mayer J., Warner R. Emotional intelligence and its relation to everyday behaviour // Personality and Individual Differences. 2004. № 36. P. 1387–1402.
6. Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. М.: АСТ, 2008.
7. Бредберри Т., Гривз Д. Эмоциональный интеллект: Самое важное. М.: АСТ, 2008.
8. Стейн С.Дж., Бук Г.И. Преимущества EQ: Эмоциональный интеллект и ваши успехи. Днепропетровск, 2007.
9. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике // Русский медицинский журнал. 2001. № 25. С. 1187–1191.
10. Мосолов С.Н. Тревожные и депрессивные расстройства: коморбидность и терапия. М.: Артинфо Пабблишинг, 2007.
11. Холмогорова А.Б. Теоретические и эмпирические основания интегративной психотерапии расстройств аффективного спектра: Дис. ... д-ра психол. наук. М., 2006.
12. Mayer J., Caruso D., Salovey P. Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence // Intelligence. 1999. № 27. P. 267–298.
13. Mayer J., Salovey P., Caruso D. Emotional intelligence: Theory, findings, and implications // Psychological Inquiry. 2004. № 15. P. 197–215.
14. Сергиенко, Е.А., Ветрова И.И. Эмоциональный интеллект: модель, структура теста (MSCEIT V2.0), русскоязычная адаптация: Сб. науч. тр. / Под ред. Д.В. Люсина. М.: ИП РАН, 2008.
15. Сергиенко Е.А., Ветрова И.И., Волочков А.А., Попов А.Ю. Адаптация теста Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо «Эмоциональный интеллект» на русскоязычной выборке // Психологический журнал. 2009. № 6.
16. Тхостов А.Ш. Психология телесности. М.: Смысл, 2002.
17. Лурия А.Р. Высшие корковые функции человека и их нарушения при локальных поражениях мозга. 3-е изд. М.: Академический Проект, 2000.
18. Зейгарник Б.В. Патопсихология. М., 2003.
19. Тхостов А.Ш., Колымба И.Г. Феноменология эмоциональных явлений // Вестн. Моск. ун-та. 1999. № 2. С. 3–14.
20. Гаранян Н.Г., Холмогорова А.Б. Концепция алекситимии // Журнал социальной и клинической психиатрии. 2003. № 1. С. 128–145.
21. Николаева В.В. О психологической природе алекситимии // Телесность человека: междисциплинарные исследования / Отв. ред. В.В. Николаева, П.Д. Тищенко. М., 1991. С. 80–89.
22. Taylor G., Bagby R. An overview of the alexithymia construct // Handbook of Emotional Intelligence, edited by R. Bar-On and J.D.A. Parker. Jossey-Bass: San Francisco, 2000. P. 40–67.
23. Критская В.П., Мелешико Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: Изд-во МГУ, 1991.
24. Курек Н.С. Дефицит психической активности: Пассивность личности и болезнь. М.: ИП РАН, 1996.
25. Kohler C., Travis H., Turner, B.S. et al. Facial Emotion Recognition in Schizophrenia: Intensity Effects and Error Pattern // Am. J. Psychiatry. 2003. № 160. P. 1768–1774.

Статья представлена научной редакцией «Психология и педагогика» 6 октября 2009 г.