

ОСОБЕННОСТИ СОЦИАЛЬНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ПОДРОСТКОВ, БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

Е.В. Левикова (Москва)

Аннотация. Представлены результаты сравнительного исследования социального интеллекта и социальных навыков подростков, больных шизофренией, и подростков, обучающихся в массовых школах, не имеющих никаких психических заболеваний. Выделены и описаны основные мишени психотерапии и психокоррекции нарушения социальной адаптации.

Ключевые слова: социальная компетентность; социальные навыки; подростки, больные шизофренией.

Основной причиной нарушения общения у больных шизофренией является дефицит в звене побуждения в деятельности общения, приводящей к существенному снижению коммуникативных способностей и навыков [6, 7, 9–13].

С целью изучения особенностей социального функционирования подростков, больных шизофренией, нами было проведено исследование, в котором приняли участие 92 подростка в возрасте от 13 до 16 лет. В экспериментальную группу вошли 30 подростков с диагнозом «шизофрения» (15 мальчиков и 15 девочек), находящиеся на лечении в психиатрических больницах № 6 и 15 г. Москвы (3, 4, 10 и 12-е отделения). Все подростки обучались в средней школе, но многие из них испытывали трудности либо в обучении, либо в адаптации к школьной жизни и в общении с одноклассниками. Контрольную группу составили 62 подростка (44 мальчика и 18 девочек), обучающихся в старших классах средней школы № 1230 и в Учебно-образовательном центре Спарт Кунцево г. Москвы.

Обследование подростков из клинической группы проводилось индивидуально, а в нормативной группе стимульный материал предъявлялся во время учебных занятий с помощью персонального компьютера и проектора с использованием программы Power Point (Microsoft Office for Windows XP. 2002).

В работе были использованы методика «социальных навыков» А. Голдштейна и методика исследования социального интеллекта Дж. Гилфорда – М. Салливена.

Методика А. Голдштейна позволяет определить уровень сформированности социальных навыков. Методика социального интеллекта Дж. Гилфорда – М. Салливена направлена на исследование когнитивного компонента коммуникативных способностей [4].

В результате применения двух методик было получено 7 количественных показателей, которые в дальнейшем подвергались статистическому анализу с помощью SPSS 10.1 for Windows, Statistica 6.0, NCSS 2004 and PASS 2002. Для выявления значимых различий между экспериментальной и контрольной группами использовался непараметрический U-критерий Манна – Уитни; для выявления значимых факторов в каждой из групп – факторный анализ методом главных компонент с подпрограммой поворота факторных структур (Varimax normalized); для уточнения результатов факторного анализа в клинической

группе – кластерный анализ; для выявления гендерных различий – непараметрический ранговый критерий множественных сравнений Тьюки – Крамера (Tukey – Kramer Multiple-Comparison Test), z-критерий Краскела – Уоллиса (Kruskal – Wallis Multiple-Comparison) и Newman-Keuls Multiple-Comparison Test.

Проведенная нами математическая обработка полученных данных выявила, что статистически значимых различий выполнения субтеста № 1 по методике Дж. Гилфорда – М. Салливена в клинической и нормативной группах не выявлено, хотя можно говорить о некоторой тенденции снижения средних значений в клинической группе. Подростки обеих групп способны предвидеть последствия поведения людей в определенной ситуации и правильно оценивать возможности ее развития. Результаты выполнения субтестов № 2, 3 и 4 значимо ниже у подростков, больных шизофренией, которые в первую очередь испытывают затруднения в понимании эмоционального состояния других людей (субтест № 2), обладают низкой способностью понимать изменение значения вербальных реакций человека в зависимости от контекста ситуации (субтест № 3) и с трудом распознают логику развития ситуации взаимодействия (субтест № 4).

Способность индивида правильно понимать состояние, чувства, намерения людей по невербальным проявлениям (мимика, поза, жесты) онтогенетически является наиболее ранним и значимым фактором в эмоциональном развитии ребенка [3]. С помощью паралингвистических средств (интонация, мимика, выражение глаз, определенные позы) осуществляется «обмен эмоциями от элементарного заражения своим состоянием до передачи самых сложных переживаний» (Бардышевская М.К., Лебединский В.В., 2002), что способствует налаживанию эмоционального взаимодействия с другим человеком [1–5]. В дальнейшем при высоком интеллекте возможна компенсация недостаточной способности к непосредственному считыванию эмоций за счет когнитивного анализа и синтеза всей доступной информации. Включение в аффективный процесс интеллектуальных операций приводит к развитию обобщения эмоционального опыта, что позволяет более эффективно общаться с окружающими.

Индивиды, которые плохо понимают невербальный язык общения, стараются ориентироваться на вербаль-

ную экспрессию, что позволяет им лучше понимать содержание сообщений. Однако опора только на вербальную информацию может приводить к ошибкам в понимании смысла слов говорящего, если не учитываются сопровождающие их невербальные реакции. Подростки, больные шизофренией, плохо владеют языком телодвижений, взглядов и жестов, также плохо распознают различные смыслы, которые могут принимать одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений людей и контекста ситуации общения [8]. Вербальная информация для них в большинстве случаев представляется противоречивой и сложной для понимания, они часто ошибаются в интерпретации слов собеседника и «говорят невпопад». В результате эти подростки испытывают трудности при необходимости интегрировать два вида информации (вербальную и невербальную) в единый поток для более правильного понимания ситуации межличностного общения. Подросткам, больным шизофренией, трудно понимать ситуацию общения в динамике, воспринимать и сопоставлять разнообразные эмоциональные проявления ее участников, а также вырабатывать правильное суждение и адаптироваться к различного рода взаимоотношениям между людьми (семейным, деловым, дружеским и др.).

Проведенный статистический анализ результатов использования методики социальных навыков А. Голдштейна значимых различий между клинической и нормативной группами не выявил. При этом в обеих группах оценки собственных социальных навыков и социальных навыков сверстников не выходят за пределы нормативной зоны.

Результаты исследования показали, что подростки, больные шизофренией, обладают достаточно развитой способностью предвидеть последствия поведения людей в определенной ситуации и знанием нормо-ролевых моделей и правил, регулирующих ситуации общения. Однако эти умения и социальные навыки могут успешно применяться ими только в простых, достаточно ясных ситуациях, часто формальным образом. Любое усложнение ситуации общения, когда необходимо ориентироваться на особенности невербальной экспрессии человека, понимать изменение значения вербальных реакций в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации, а также распознавать логику развития взаимодействия и значение поведения людей в этих ситуациях, приводит этих подростков к растерянности и невозможности правильно оценить складывающуюся ситуацию, а значит, и проявить адекватное ей поведение. Все выявленные особенности подростков, больных шизофренией, свидетельствуют о снижении уровня социальной компетентности, которое может приводить к нарушениям социальной адаптации и нарастанию в дальнейшем социальной изоляции пациентов. Педагогические и психокоррекционные реабилитационные программы должны строиться так, чтобы помочь подростку приспособиться к требованиям школы или работы. Для этого в них обязательно должны быть включены обучение социальным навыкам и их использованию в ситуациях реального общения, а также психологические техники, направленные на развитие способности распознавания невербальных (жесты, мимика, интонации) характеристик участников межличностного взаимодействия.

Литература

1. Критская В.П., Мелешико Т.К., Поляков Ю.Ф. Особенности нарушения познавательной деятельности у больных шизофренией. М.: Изд-во МГУ, 1991. 254 с.
2. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии // Журнал невропатологии и психиатрии им. Корсакова. 1986. № 12. С. 160–161.
3. Лебединский В.В. Нарушение психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие. 2-е изд., испр. М.: Академия, 2004. 144 с.
4. Михайлова Е.С. Руководство по использованию методики Дж. Гилфорда и М. Салливена. СПб., 1996.
5. Пономарёв М.С. Социальная компетентность у подростков с дезадаптивным поведением: Дис. ... д-ра психол. наук. М., 2006. 131 с.
6. Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия: В 2 т. / Под ред. В.В. Лебединского, М.К. Бардышевской. М.: ЧеРо; Высш. шк.; Изд-во МГУ, 2002. Т. 2.
7. Хломов Д.Н., Баклушинский С.А., Казьмина О.Ю. Руководство по оценке уровня развития социального поведения старшеклассников. М.: Центр социологии образования РАО, 1993.
8. Щербакова Н.П., Хломов Д.Н., Елигулашвили Е.И. Изменение перцептивных компонентов общения при шизофрении // Экспериментально-психологические исследования патологии психической деятельности при шизофрении. М., 1982.
9. Beels C. Social support and Schizophrenia // Shiz. Bull. 1981. Vol. 7, № 1.
10. Bellack A.S., Morrison R.L., Mueser K.T. et al. Social Competence in Schizoaffective Disorder, Bipolar Disorder and Negative and Non-negative Schizophrenia // Schizophrenia Research. 1989. № 2.
11. Bellack A.S., Morrison R.L., Wixted T.T., Mueser K.T. An Analysis of Social Competence in Schizophrenia // British Journal of Psychiatry. 1990. № 156.
12. Bloom M. The psychosocial constructs of social competency // Developing social competency in adolescence. Newbury Park, CA: Sage Publications, 1990. P. 11–27.
13. Goldstein A.P. Psychological skill training. N.Y., 1981.

SOCIAL COMPETENCE OF ADOLESCENTS HAVING SCHIZOPHRENIA

Levikova E.V. (Moscow)

Summary. The research is based on comparison of social adaptation levels of adolescents having schizophrenia and those with no psychiatric disorders. Two clinical groups were assessed against the control group using Gilford-Salliven's, Goldstein's tests. Among the key findings are: deficit of emotional language and inability to differentiate own personality from social environment.

Key words: social competence; social skills; adolescents having schizophrenia.