

УДК 616.89-02-085

Оригинальная статья

## ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ КОГНИТИВНОГО ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ У ПАЦИЕНТОВ С ШИЗОФРЕНИЕЙ

**Д. Д. Самойлова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, кандидат медицинских наук; **Ю. Б. Барыльник** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой психиатрии, наркологии, психотерапии и клинической психологии, доктор медицинских наук.

## EMOTIONAL INTELLIGENCE AS AN INDICATOR OF COGNITIVE FUNCTIONING IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA

**D. D. Samoylova** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Assistant, Candidate of Medical Sciences; **Yu. B. Barylnik** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Psychiatry, Narcology, Psychotherapy and Clinical Psychology, Doctor of Medical Sciences.

Дата поступления — 8.09.2017 г.

Дата принятия в печать — 14.12.2017 г.

**Самойлова Д. Д., Барыльник Ю. Б.** Эмоциональный интеллект как показатель когнитивного функционирования у пациентов с шизофренией. Саратовский научно-медицинский журнал 2017; 13 (4): 834–838.

**Цель:** проанализировать изменчивость эмоционального интеллекта как показателя когнитивного функционирования у групп пациентов с шизофренией в зависимости от длительности заболевания, длительности лечения и применяемой схемы терапии. **Материал и методы.** Обследованы 420 пациентов с клиническим диагнозом «Шизофрения. Параноидная форма», разделенные на группы в соответствии с длительностью заболевания и проводимой терапией. Исследование включало анализ амбулаторных и стационарных карт пациентов и применение психодиагностической шкалы «Лица Экмана». **Результаты.** Обнаружили улучшение изучаемого показателя в группе первичных пациентов, получающих лечение атипичными нейролептиками в сочетании с реабилитацией. **Заключение.** Полученные данные позволяют сделать вывод о влиянии длительности заболевания, наблюдения, а также характера проводимой терапии на изменчивость показателя эмоционального интеллекта у пациентов с параноидной формой шизофрении и могут быть использованы для выбора психотерапевтического алгоритма для данной категории больных. Полученные результаты доказывают необходимость применения опросника для оценки эмоционального интеллекта «Лица Экмана» и обязательность специфической терапии на ранних стадиях заболевания.

**Ключевые слова:** эмоциональный интеллект, шизофрения, реабилитация.

**Samoylova DD, Barylnik YuB.** Emotional intelligence as an indicator of cognitive functioning in patients with schizophrenia. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2017; 13 (4): 834–838.

**Aim:** to analyze the variability of emotional intelligence as an indicator of cognitive functioning in groups of patients with schizophrenia, depending on the duration of the disease, the duration of treatment and the treatment regimen used. **Material and Methods.** A total of 420 patients with a clinical diagnosis of paranoid schizophrenia were examined. All patients were divided into groups according to the duration of the disease and the therapy. The research included the medical documentation analyses and the application of «Ekman's Faces» psychodiagnostic scale. **Results.** There was an improvement of the indicator in the group of primary patients receiving treatment with atypical antipsychotics in combination with rehabilitation. **Conclusion.** The obtained data allows to make a conclusion about the effect of the duration of the disease, the observation, and also the nature of the conducted therapy on the variability of the emotional intelligence indicator in patients with a paranoid form of schizophrenia and may be used to select a psychotherapeutic algorithm for this category of patients. The obtained results prove the necessity of using questionnaire for emotional intelligence «Ekman's faces» and specific therapy in the early stages of the disease.

**Key words:** emotional intelligence, schizophrenia, rehabilitation.

**Введение.** Начиная с 80-х гг. XX в. исследователи шизофрении обозначили такой существенный де-

фицит, как нарушения социального познания. Постепенно нарушения социального познания перестали рассматриваться как часть более общего дефицита когнитивных способностей, но стали интерпретироваться как отдельный, особый вид нарушений, значимый для понимания шизофренического дефекта.

**Ответственный автор** — Самойлова Дарья Дмитриевна  
Тел.: +79053296720.  
E-mail: ddkarelina@mail.ru

Сложилось целое направление исследований, использующее для описания нарушений социально-го познания у больных шизофренией ряд моделей. Все более широкую известность приобретает модель, известная под названием «эмоциональный интеллект», которая стала логическим продолжением когнитивных теорий эмоций, представлений о наборе операций, обеспечивающих эффективность оценки переживаний и успешную регуляцию своего эмоционального состояния [1]. Понятие предложено Р. Salovey, J. Mayer в 1990 г. как часть более широкого концепта «социальный интеллект» [2]. Данная модель содержит несколько причастных к распознаванию эмоций и регуляции эмоционального состояния блоков и привлекает своей четкостью, удивительной в такой плохо структурируемой области психологических феноменов, которой являются эмоции, чувства. Исследования эмоционального интеллекта при психопатологических состояниях ведутся как за рубежом, так и в нашей стране [1].

Перспективность и обоснованность использования концепта «эмоциональный интеллект» 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 формальными способностями и когнитивным функционированием индивида, сколько определенного рода навыками, тесно связанными с эмоциональной сферой личности. В ряде исследований утверждается, что высокий уровень развития эмоционального интеллекта способствует успешности в различных сферах человеческой жизни [3]. Вместе с тем как в популярной, так и в академической литературе 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 [4].

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 [5].

На современном этапе трудности распознавания лицевой эмоциональной экспрессии определяют в качестве отличительной особенности больных шизофренией [6]. Большинство авторов трактуют этот дефицит и как фактор диспозиционной уязвимости к шизофрении [6–8]. В целом данные свидетельствуют, что больные шизофренией в сравнении со здоровыми демонстрируют недостаточность понимания лицевой экспрессии (как идентификации эмоций, так и их различения); воспринимают лицевую экспрессию типично хуже больных с депрессиями, хуже воспринимают негативные эмоции, особенно страх. При этом более заметными нарушения являются в острой стадии психоза, хотя лонгитюдные исследования говорят об устойчивом дефиците. Исследования лицевой эмоциональной экспрессии у пациентов с шизофренией сохраняют свою привлекательность для исследователей. В настоящее время изучаются последствия нарушений способности распознавать эмоциональное состояние другого человека для построения эффективной коммуникации, достижения удовлетворительной социальной адаптации и пони-

жения уровня переживаемого социального стресса [6, 9].

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 [5].

Несмотря на активный интерес общества к понятию «эмоциональный интеллект» (в связи с его ролью в адаптации и дезадаптации), систематических клинических исследований, посвященных нарушениям эмоционального интеллекта, до сих пор не проведено. Это обуславливает актуальность настоящей работы [4].

**Цель:** проанализировать изменчивость эмоционального интеллекта как показателя когнитивного функционирования у групп пациентов с шизофренией в зависимости от длительности заболевания, длительности лечения и применяемой схемы терапии.

**Материал и методы.** В исследование были включены 420 пациентов с параноидной шизофренией, находившихся на лечении и наблюдавшихся с 2011 по 2017 г. в Областной клинической психиатрической больнице им. Святой Софии, ГУЗ «Саратовский городской психоневрологический диспансер» министерства здравоохранения Саратовской области, ГУЗ «Саратовская городская клиническая больница № 2» им. В. И. Разумовского, ГУЗ «Балаковский психоневрологический диспансер» министерства здравоохранения Саратовской области. Из них 195 (46,4%) женщин и 225 (53,6%) мужчин. Средний возраст пациентов варьировался от 18 до 63 лет, в половых группах был сопоставим и составлял  $37,2 \pm 2,1$  года у женщин и  $38,1 \pm 2,3$  года у мужчин.

Пациенты ( $n=420$ ) были распределены на группы в зависимости от длительности заболевания. I группа ( $n=19$ ): пациенты с первым психотическим эпизодом (ППЭ); II группа ( $n=224$ ): пациенты, страдающие шизофренией пять лет и более. В каждой группе в зависимости от проводимой терапии выделены по две подгруппы: IT ( $n=64$ ) и IA ( $n=35$ ); IIT ( $n=30$ ) и IIA ( $n=62$ ). Подгруппы IT и IIT получали препараты группы типичных нейролептиков; подгруппы IA и IIA получали препараты атипичных нейролептиков. В каждой подгруппе выделяли пациентов, получающих психореабилитацию: ITR ( $n=35$ ) и IAR ( $n=62$ ); IITR ( $n=64$ ) и IIAR ( $n=68$ ), — и пациентов, которые получали терапию без психореабилитации (группы сравнения): IT, IA, IIT, IIA. Методами психореабилитации служили индивидуальная комплаенс-терапия, а также психобразовательная работа с пациентами и их родственниками в виде краткого психосоциального вмешательства с использованием пособия, разработанного автором. Используемый метод комплаенс-терапии в разработанной нами модификации включал подготовительные беседы с пациентом и четыре сессии собственно комплаенс-терапии.

Обследование пациентов проводилось динамически и состояло из четырех этапов наблюдения: стационарного этапа (при купировании острой психотической симптоматики, перед выпиской) и еще трех раз с частотой один раз в год на амбулаторном этапе. Так как отсутствовали статистически достоверные различия на соседних этапах, для анализа взяты только I и IV этапы. Исследование включало анализ амбулаторных и стационарных карт пациентов и применение психодиагностической шкалы «Лица Экмана» [10]. Шкала «Лица Экмана» применяется для

определения эмоционального интеллекта, способности невербально распознавать отдельные эмоции по фотографиям как одного из важнейших показателей когнитивной функции пациентов.

Вариационно-статистическую обработку результатов исследования проводили с использованием пакета прикладных программ Statistica 10.0 с применением описательной статистики. Использовали параметрический (формат данных — средняя арифметическая и ошибка средней —  $M \pm m$ ) при нормальном распределении признаков и непараметрический (формат данных — медиана —  $Me$ , групповая  $Me$  —  $GMe$ ) независимо от типа распределения методы. Определяли амплитуду ( $A$  —  $min-max$ ), стандартное отклонение ( $s$ ), доверительный интервал (ДИ), межквартильный размах (25-й и 75-й процентиля), коэффициент вариации ( $Cv\%$ ). Изменчивость считали низкой при  $Cv < 10$ , средней при  $Cv$  от 11 до 25% и высокой при  $Cv > 26\%$ . Различия считали статистически значимыми при 95, 99 и 99,9%-м порогах вероятности.

Для каждой переменной и фактора введены два показателя: «порядок» и «эффект».

«Порядок»=1: «неправильный порядок» (с нарастанием этапа уменьшается значение признака), отличие значений в паре групп статистически значимо; «Порядок»=2: порядок любой, отличие значений в паре групп статистически незначимо; «Порядок»=3: «правильный порядок» (с нарастанием этапа увеличивается значение признака), отличие значений в паре групп статистически значимо.

«Эффект»=1: значение на IV этапе меньше, чем на I этапе, отличие значений статистически значимо (лечение привело к ухудшению состояния пациента); «Эффект»=2: отличие значений на IV и I этапах статистически незначимо (нейтральный эффект); «Эффект»=3: значение на IV этапе больше, чем на I этапе, отличие значений статистически значимо (ле-

чение привело к положительному эффекту). Величину эффекта определяли по формуле:

$$R (\text{средний эффект}) = \frac{\text{Средний балл до лечения} - \text{Средний балл после лечения}}{\text{Стандартное отклонение до лечения}}$$

Эффект считали малым при  $R < 0,2$ ; умеренным при  $R = 0,2-0,5$ ; средним при  $R = 0,5-0,8$ ; сильным при  $R > 0,8$ .

**Результаты.** В зависимости от проводимой терапии показатель эмоционального интеллекта пациентов с шизофренией отличается. В I группе (первый психотический эпизод) изменчивость эмоционального интеллекта в ответ на проводимое лечение выражена значительно по сравнению со II группой (длительность заболевания 5 лет и выше). Так, в IT подгруппе состояние изучаемого показателя оценивалось в среднем в 3,4 балла, на IV этапе балл (3,6 балла), оценивающий состояние эмоционального интеллекта пациентов, был ниже на 0,4 по сравнению с I этапом (3,2 балла) (эффект отрицательный) (табл. 1).

При добавлении реабилитации показатель увеличился до 4,8 балла на I этапе наблюдения и до 5,4 балла на IV этапе ( $s=1,6$ ), различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ), эффект составил 0,4 (умеренный эффект).

В IA подгруппе изучаемый показатель составил 5,9 балла на I этапе и увеличился до 6,3 балла на IV этапе, различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ), что говорит о благоприятном влиянии атипичных нейролептиков (эффект умеренный=0,2,  $s=2,0$ ). При добавлении реабилитационных мероприятий (IAR подгруппа) уровень эмоционального интеллекта составил 6,4 балла на I этапе наблюдения и увеличился до 8,1 балла на IV этапе (эффект средний=0,8,  $s=2,1$ ), различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

Во II группе пациентов с соответствующим лечением средние баллы состояния эмоционального интеллекта пациентов значительно ниже, что объясняется

Таблица 1

## Эмоциональный интеллект пациентов в исследуемых группах на I и IV этапах наблюдения (баллы)

Группа	Этап	Min	Max	M	m	s	Me	ДИ -95	ДИ +95	25%	75%	Cv%	p
IT	I	2,6	5,0	3,6	0,3	0,8	3,0	4,2	3,4	3,0	3,8	23,1	0,04
	IV	2,5	4,3	3,2	0,2	0,6	2,8	3,6	3,2	2,7	3,5	17,5	
ITR	I	3,5	5,9	4,8	0,2	0,8	4,3	5,4	4,9	4,3	5,5	16,3	0,02
	IV	4,0	7,0	5,4	0,3	0,9	4,7	6,1	5,3	4,7	6,0	17,6	
IA	I	4,3	7,3	5,9	0,3	1,0	5,1	6,6	5,8	5,1	6,7	16,9	0,03
	IV	4,7	7,8	6,3	0,4	1,1	5,5	7,1	6,1	5,4	7,4	17,9	
IAR	I	4,7	8,1	6,4	0,4	1,1	5,5	7,2	6,1	5,6	7,5	17,9	0,01
	IV	5,0	12,0	8,1	0,7	2,3	6,4	9,8	7,5	6,5	10,0	16,0	
IIT	I	2,2	3,8	3,0	0,2	0,5	2,6	3,4	3,0	2,6	3,4	17,2	0,8
	IV	2,3	3,8	3,0	0,2	0,5	2,6	3,4	3,1	2,5	3,4	17,0	
IITR	I	3,4	5,6	4,3	0,2	0,7	3,8	4,8	4,3	3,8	4,6	15,9	0,06
	IV	3,2	5,4	4,4	0,2	0,7	3,7	4,7	4,2	3,6	4,8	17,8	
IIA	I	4,0	7,0	5,4	0,3	0,9	4,7	6,1	5,3	4,7	6,0	17,6	0,04
	IV	4,3	7,3	5,9	0,3	1,0	5,1	6,6	5,8	5,1	6,7	16,9	
IIAR	I	4,4	7,3	5,9	0,3	1,0	5,2	6,6	5,8	5,2	6,7	16,4	0,04
	IV	4,6	7,7	6,2	0,3	1,1	5,5	6,8	6,0	5,2	7,2	17,2	

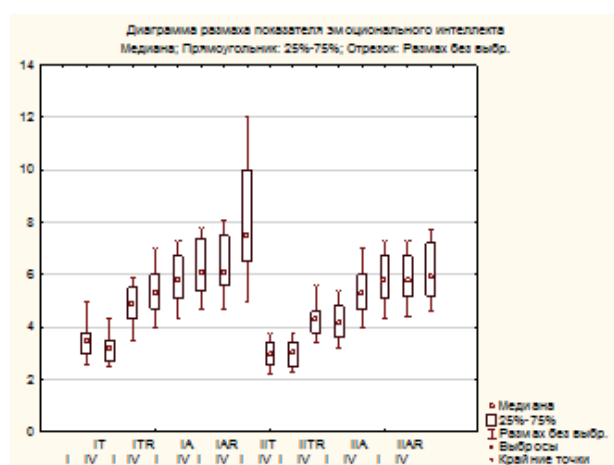
Примечание: p — различия между I и IV этапами наблюдения.

Таблица 2

Влияние изучаемых факторов на показатели эмоционального интеллекта по шкале «Лица Экмана» на I и IV этапах наблюдения (GMe)

Фактор	Пары групп	Этап наблюдения		P
		I	IV	
Нейролептик	T	4,0*	4,0*	0,8
	A	6,0*	6,7*	0,03
Реабилитация	нет	4,5*	4,6*	0,09
	есть	5,4*	6,0*	0,04
Длительность заболевания	>5 лет	4,7*	4,8*	0,08
	ППЭ	5,2*	5,8*	0,04

Примечание: \* — различия параметров в зависимости от применяемого фактора в пределах этапа; p — различия параметров в зависимости от этапа; стрелками обозначены вектор и степень различия признаков.



Изменчивость показателя эмоционального интеллекта в исследуемых группах на I и IV этапах наблюдения

длительностью заболевания. Во II группе показатели пациентов по сравнению с I группой ниже на 16,4–23,5%, эффект в исследуемых группах был низким или умеренным и не превышал 0,25 (рисунок).

Изменчивость признаков средняя, коэффициент вариации находится в диапазоне от 15,9 до 17,9%.

При анализе степени влияния факторов на результат лечения выявлен правильный порядок в парах групп, различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ). Так, при назначении пациентам типичного нейролептика эмоциональный интеллект оценивается в 4,0 балла и на I, и на IV этапе наблюдения, тогда как при терапии атипиками данный показатель в среднем составляет 6,0 и 6,7 балла на I и IV этапах соответственно ( $p < 0,05$ ) (табл. 2).

В паре групп с отсутствием и наличием реабилитационных программ у пациентов, получающих реабилитацию, отмечен правильный порядок между I и IV этапами наблюдения (5,4 и 6,0 балла) и различия статистически значимы ( $p = 0,04$ ). Состояние эмоционального интеллекта нерезабилитируемых пациентов оценивается в 4,5 балла на I этапе лечения и 4,6 балла на IV этапе, различия статистически незначимы ( $p = 0,09$ ) (порядок нейтральный).

В зависимости от длительности заболевания также имеются различия в оценке изучаемого параметра. Так, у длительно болеющих пациентов показатель эмоционального интеллекта оценивается в 4,7 балла на I этапе наблюдения и незначительно уве-

личивается на IV этапе до 4,8 балла, различия статистически незначимы ( $p = 0,08$ ) (порядок нейтральный).

Показатель состояния пациентов с первым психотическим эпизодом статистически значимо выше и на I этапе лечения (5,2 балла), и на IV этапе (5,8 балла), различия статистически значимы ( $p < 0,05$ ) (порядок правильный).

**Обсуждение.** Таким образом, установлены вектор и степень значимости изменения показателей эмоционального интеллекта пациентов с параноидной шизофренией в зависимости от таких факторов, как длительность заболевания, длительность лечения, вид нейролептика, а также наличие в лечебном комплексе психореабилитационных мероприятий.

При анализе результатов исследования в обеих группах в зависимости от изучаемых факторов наиболее высокие показатели отмечались в группе пациентов с первым психотическим эпизодом, получающих терапию атипичными нейролептиками. При этом наилучшие показатели лечения отмечены у пациентов данной группы на IV этапе, при сочетании проводимой терапии атипиками с реабилитацией.

**Заключение.** Полученные данные позволяют сделать вывод об изменчивости показателя эмоционального интеллекта у пациентов с параноидной формой шизофрении под влиянием длительности заболевания, наблюдения, а также характера проводимой терапии. У пациентов с ППЭ показатель эмоционального интеллекта по шкале «Лица Экмана» увеличился к концу наблюдения наиболее значимо по сравнению с длительно болеющими, что говорит о наиболее впечатляющем влиянии терапии в исследуемой группе по сравнению с группой сравнения. Полученные результаты доказывают необходимость своевременного применения данного опросника как метода выбора терапевтического алгоритма на ранних стадиях заболевания для данной категории больных.

**Конфликт интересов** не заявляется.

**Авторский вклад:** концепция и дизайн исследования, получение и обработка данных, анализ и интерпретация результатов, написание статьи — Д. Д. Самойлова, Ю. Б. Барыльник; утверждение рукописи для публикации — Ю. Б. Барыльник.

### References (Литература)

- Rychkova OV, Fyodorova AP, Priymak MA. Disordered social intelligence and clinical symptoms of schizophrenia. Social and clinical psychiatry journal 2011; 21 (3): 1–21. Russian (Рычкова О.В., Федорова А.П., Приймак М.А. Нарушения социального интеллекта и клиническая симптоматика при

- шизофрении. Социальная и клиническая психиатрия 2011; 21 (3): 10–21).
2. Salovey P, Sluyter DJ. Emotional development and emotional intelligence. NY, 1997.
  3. Goulman D. Emotional intelligence. M.: AST, 2008; 478 p. Russian (Гоулман Д. Эмоциональный интеллект. М.: АСТ, 2008; 478 с.).
  4. Pluzhnikov IV Emotional intelligence pathology in affective disorders and schizophrenia. Tomsk State University Journal 2009; 329. Russian (Плужников И.В. Нарушения эмоционального интеллекта при расстройствах аффективного спектра и шизофрении. Вестник Томского государственного университета 2009; 329). (URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/narusheniya-emotsionalnogo-intellekta-pri-rasstroystvah-afektivnogo-spektra-i-shizofrenii> (15.10.2017)).
  5. Rychkova OV, Soina NA, Gurevich GL. Emotional intelligence in schizophrenia. Byulleten' VSNTC SO RAMN. 2013; 6 (94): 59–64. Russian (Рычкова О.В., Соина Н.А., Гуревич Г.Л. Эмоциональный интеллект при шизофрении. Бюллетень ВСНЦ СО РАМН 2013; 6 (94): 59–64).
  6. Rychkova OV. The research of social consciousness in schizophrenia. Counseling Psychology and Psychotherapy 2013; 1: 63–89. Russian (Рычкова О.В. Исследование социального познания при шизофрении. Консультативная психология и психотерапия 2013; 1: 63–89).
  7. Kohler CG, Walker JB, Martin EA, et al. Facial emotion perception in schizophrenia: Metaanalytic review. Schizophr Bull 2010; 36: 1009–19.
  8. Bediou B, Asri F, Brunelin J, et al. Emotion recognition and genetic vulnerability for schizophrenia. Br J Psychiatry 2007; 191: 126–30.
  9. Jaracz J, Grzechowiak M, Raczkowiak L, et al. Facial emotion recognition in schizophrenia: neuropsychological and psychosocial correlates. Annals of General Psychiatry 2010; 9: 206.
  10. Ekman P, Friesen W. & Tomkins S. Facial affect scoring technique: a first validity study. Semiotica 1971; 3: 37–58.
-