

УДК 159.9.072

**ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА  
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ  
(АПРОБАЦИЯ МЕТОДА ГИЛФОРДА НА КЛИНИЧЕСКОМ МАТЕРИАЛЕ)**

©*Шевырева Е. Г.*, ORCID: 0000-0002-7385-7393, канд. психол. наук,  
Южный федеральный университет,  
г. Ростов-на-Дону, Россия, [egshevyreva@sfedu.ru](mailto:egshevyreva@sfedu.ru)

**STUDY OF THE STRUCTURE OF SOCIAL INTELLIGENCE IN PATIENTS  
WITH SCHIZOPHRENIA  
(APPROBATION OF THE GILFORD METHOD ON CLINICAL MATERIAL)**

©*Shevyreva E.*, ORCID: 0000-0002-7385-7393, Ph.D.,  
Southern Federal University, Rostov-on-Don, Russia, [egshevyreva@sfedu.ru](mailto:egshevyreva@sfedu.ru)

*Аннотация.* В статье представлены результаты исследования структуры эмоционально–волевого снижения социального интеллекта больных шизофренией в практике клинического психолога. Данное нарушение выступает реальным запросом для уточнения степени снижения общей психической активности при установлении группы инвалидности в контексте медико–социальной экспертизы, упрощает процедуру экспериментального обследования больных с явной клинической картиной болезни, когда требуется минимум использования диагностических техник, но сохраняется возможность прогноза социальной активности обследуемого в будущем.

*Abstract.* The article presents the results of the study of the structure of emotional–volitional decline in the social intelligence of schizophrenic patients in the practice of a clinical psychologist. This infringement is a real request to clarify the degree of reduction of general mental activity when establishing a disability group in the context of medical and social expertise, simplifies the procedure for experimental examination of patients with an obvious clinical picture of the disease, when a minimum of diagnostic techniques is required, but the possibility of predicting future social activity.

*Ключевые слова:* шизофрения, больной, социальный интеллект, адаптация, тест Дж. Гилфорда и М. Салливена «Диагностика социального интеллекта», экспертиза.

*Keywords:* schizophrenia, patient, social intelligence, adaptation, J. Guilford and M. Sullivan test “Diagnosis of social intelligence”, examination.

Основной задачей психологических исследований при изучении психопатологии является исследование психических процессов, психической деятельности и связанные с ними изменения свойств личности.

Рассматривая проблему нарушений психической деятельности при шизофрении, остановимся на тех изменениях, которые относятся к стойким, мало обратимым негативным изменениям личности.

Целью нашего исследования выступало изучение нарушения психических процессов, психопатологические проявления которых, характеризуясь стабильностью, могут наблюдаться с самого начала болезни и наиболее отчетливо выступают вне острых состояний, при непрерывном вялом течении процесса или в ремиссиях. Нас занимает вопрос о роли социального опосредования психической деятельности. Отмечается слабая подверженность больных шизофренией социальному подкреплению и снижению роли социальных оценок, что оказывает несомненное влияние на качество межперсональных отношений. Целостную картину особенностей социального поведения больных шизофренией, включающую мотивационный, регуляторный и поведенческий компоненты, можно получить при реализации деятельностного подхода в исследовании, предполагающего изучение больных в процессе их непосредственного взаимодействия с окружающими [3].

Моделью такого реального взаимодействия становится психодиагностическая методика исследования социального интеллекта Дж. Гилфорда и М. Салливена [4]. В ней представлены основные сферы интересующих нас отношений, выявляются особенности общения, а также нарушения системы интеллектуальных свойств, от которых зависит эффективность общения, прогноз социальной активности больных шизофренией и возможные рекомендации в плане изучения продуктивным коммуникативным стилям [10].

Термин «социальный интеллект» был введен в психологию Э. Торндайком в 1920 г. для обозначения «дальновидности в межличностных отношениях». В 1937 году Г. Оллпорт связывал социальный интеллект со способностью вызывать быстрые, почти автоматические суждения о людях, прогнозировать наиболее вероятные реакции человека. Социальный интеллект, по мнению Г. Оллпорта, - особый «социальный дар», обеспечивающий гладкость в отношениях с людьми, продуктом которого является социальное приспособление, а не глубина понимания [9].

И наконец, в 60-е годы Дж. Гилфорд, создатель первого надежного теста для измерения социального интеллекта, рассматривал его как систему интеллектуальных способностей, не зависящих от фактора общего интеллекта и связанных, прежде всего, с познанием поведенческой информации [6]. Возможность измерения социального интеллекта вытекала из общей модели интеллекта Дж. Гилфорда для психологии, медицины и психодиагностики отмечалась многими крупными авторитетами в этих областях: А. Анстаси, Ю. Емельяновым, Б. Кулагиным [1, 5, 8].

В отечественной психологии понятие «социальный интеллект» было введено Ю.Н. Емельяновым: «Сферу возможностей субъект-субъектного познания индивида можно назвать его социальным интеллектом, понимая под этим устойчивую, основанную на специфике мыслительных процессов, аффективного реагирования и социального опыта способность понимать самого себя, а также других людей, их взаимоотношения и прогнозировать межличностные события» [5].

Анализ научных данных показывает, что характеристика интеллектуальной структуры определяется двумя ортогональными координатами: практическим и логическим интеллектом. Но это не является достаточным условием эффективности деятельности в сфере общения. Поэтому целесообразно ввести в описание общей структуры интеллекта третий компонент — социальный интеллект.

Социальный интеллект как особая социальная способность может рассматриваться в трех измерениях: в качестве социально-перцептивных способностей (адекватное отражение индивидуальных, личностных свойств реципиента, особенностей протекания его психических процессов и эмоциональных реакций, а также точность в понимании характера отношений с окружающими), социального воображения (способность правильного

моделирования индивидуальных особенностей людей на основе внешних признаков, способность прогнозирования характера поведения реципиента в конкретных ситуациях), социальной техники общения (способность принять роль другого, владеть ситуацией и направлять взаимодействие в нужном для личности русле, в богатстве техники и средств общения) [2].

Социальный интеллект — интегральная интеллектуальная способность, определяющая успешность социальной адаптации.

В системе негативных изменений психики, входящих в структуру шизофренического дефекта, одно из центральных мест занимает аутизм, суть которого, по определению Э. Блейера заключается в отрыве больного от реальности и погружения в мир внутренних переживаний. На уровне психологического анализа аутизм рассматривается как патология личности со стороны одного из наиболее значимых качеств социальной направленности, что проявляется в первую очередь в нарушении общения [7].

Личностная направленность формируется на основе системы потребностей, которые существенно определяют познание человеком действительности. В этой системе главное место занимает потребность в общении, порождающая специфическую активность человека в установлении контактов с другими людьми, в ориентации на других людей, формирующая социальную направленность личности. Нарушение общения и социальной направленности личности рассматривается в литературе [7] как существенные составляющие психологического синдрома шизофренического дефекта. Потребностно-мотивационные и эмоциональные характеристики личности представляют ту область, которая с трудом поддается экспериментальному исследованию.

Целью нашего исследования является изучение взаимосвязей между различными компонентами нарушенной системы интеллектуальных способностей личности.

Задачи исследования:

1. Апробация теста Дж. Гилфорда и М.Салливена «Диагностика социального интеллекта» на клиническом материале.
2. Изучение структуры социального интеллекта у больных страдающих шизофренией.
3. Изучение возможности избирательного использования отдельных субтестов.
4. Сопоставление данных теста Дж. Гилфорда, Бендер-гештальт теста и CFIT Р.Кеттелла.

Была отобрана относительно однородная группа больных шизофренией. Общей клинической чертой обследованных больных явилось наличие выраженных в разной степени негативных симптомов при практическом отсутствии продуктивной симптоматики в период обследования.

Всего было обследовано 24 больных, 6 мужчин и 18 женщин, в возрасте от 17 до 50 лет, имеющих полное среднее (15), не законченное высшее (2), высшее (7) образование, один из испытуемых имеет ученую степень кандидата технических наук.

Длительность эндогенного заболевания отмечается от одного года, до десяти лет. Из 24 человек, 14 нетрудоспособны, им установлена вторая группа инвалидности (12), третья группа инвалидности (2).

Все больные были ранее обследованы традиционными патопсихологическими методами, в результатах которых фиксировались структурные нарушения мышления и характерные изменения эмоционально-волевой сферы.

*Психодиагностический инструментарий составили следующие методики:*

- CFIT (Культурно свободный тест интеллекта Р. Кеттелла);
- зрительно-моторный гештальт тест Л. Бендера;

метод диагностики социального интеллекта Дж. Гилфорда (Таблица).

Таблица.

СВОДНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ТЕСТИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ

№	Ф.И.О	Г.р.	Образование	Катамнез	CFIT IQ	Соц. ин-т (КО)	Структура с. инт-та	Тест Бендер
1.	В. А. П.	1975	Высшее	3 года	90	25(2)	4-1-3-3	25
2.	С. С. В.	1979	Н. высшее	1 год	102	28(3)	3-2-4-2	14
3.	М. М. А.	1977	среднее	7 лет	77	26(2)	3-3-2-1	23
4.	Р. А. С.	1979	среднее	4 года	77	12(1)	2-2-1-2	26
5.	Л. Л. В.	1951	среднее	10 лет	82	20(2)	2-2-3-3	37
6.	Щ. Г. Л.	1963	среднее	2 года	80	18(2)	3-2-2-2	33
7.	К. И. А.	1973	высшее	3 года	90	21(2)	3-2-2-2	26
8.	А. В. А.	1961	высшее	3 года	89	23(2)	4-3-1-2	37
9.	С. А. И.	1965	высшее	10 лет	102	31(3)	4-3-4-2	20
10.	С. Л. В.	1951	среднее	5 лет	74	18(2)	3-2-1-3	33
11.	Ш. О. И.	1971	среднее	8 лет	74	15(2)	2-2-2-2	20
12.	С. З. К.	1959	среднее	8 лет	80	21(2)	2-2-3-3	47
13.	М. Э. В.	1977	среднее	4 года	90	25(2)	3-3-2-2	25
14.	П. Т. М.	1984	студентка	перв.	107	31(3)	4-3-3-3	14
15.	А. В. И.	1950	среднее	12 лет	72	14(2)	3-1-1-1	45
16.	М. Е. П.	1970	среднее	5 лет	82	22(2)	3-2-2-2	16
17.	И. О. М.	1975	среднее	2 года	70	16(2)	2-2-2-2	25
18.	М. О. В.	1975	высшее	5 лет	87	25(2)	3-3-2-2	18
19.	П. Е. В.	1970	высшее	6 лет	89	28(3)	3-3-3-3	12
20.	Р. И. Н.	1959	среднее	10 лет	60	6(1)	2-2-2-0	40
21.	М. А. Л.	1952	высшее	10 лет	85	14(2)	3-1-1-1	32
22.	М. И. П.	1959	среднее	4 года	90	21(2)	3-2-3-2	12
23.	С. Н. П.	1975	среднее	4 года	90	25(2)	3-3-4-2	22
24.	К. Н. Н.	1959	среднее	6 лет	80	23(2)	3-3-2-2	14

Средние показатели:

IQ — 85 баллов

Композитная оценка (КО) — 21 (2).

Структура Социального интеллекта — 3-2-2-2

*Интерпретация результатов исследования.*

В первом субтесте «Истории с завершением» большинство показателей на нашей выборке составляет 42% средне нормативного — третьего уровня социального интеллекта, т.е. у больных шизофренией относительно сохранена способность прогноза поведения людей в определенных ситуациях.

По данным второго субтеста «Группы экспрессии» выявляется преобладание низких значений Социального интеллекта. 1 уровень — 8%, 2 уровень — 50%, что указывает на снижение социально-перцептивных способностей (восприятие мимики, жестов, поз).

В третьем субтесте «Вербальная экспрессия» отмечается более широкий разброс значений от 14% четвертого уровня (средне сильные способности) до 21% первого уровня (крайне низкие способности к познанию поведения). Разнообразие данных свидетельствует о вариативности индивидуальных различий.

Наконец, в четвертом субтесте «Истории с дополнением» значительно превалирует слабый уровень Социального интеллекта 56% второго уровня и 8% — первого.

Наиболее информативными в нашей выборке являются значения 1, 2, 4 субтестов; данные третьего субтеста не однородны, что связано с индивидуальной чувствительностью к речевой экспрессии, хотя в общих значениях преобладают пониженные показатели Социального интеллекта. Отмечается у больных шизофренией плохое распознавание различных вербальных смыслов в зависимости от конкретных ситуаций.

Самые высокие стандартные нормативные показатели (3) выявлены в первом субтесте. Можно предположить, что у больных шизофренией сохраняются знания о нормо – ролевых моделях, правилах, регулирующих поведение людей. В основном больные способны к прогнозу дальнейшего поведения окружающих на основе анализа реальных ситуаций. Но необходимо отметить, что общие данные выборки остаются невысокими, т.е. понимание чувств, мыслей и намерений других может быть искаженным.

Данные субтеста 2 «Группы экспрессии» наиболее значимы. Получены самые высокие показатели по второму уровню — 50% и имеются данные о самом низком значении — 8% по первому уровню (крайне низкие способности к познанию поведения), что подтверждает многочисленные исследования. У больных шизофренией снижены способности владеть языком телодвижений, взглядов и жестов, а также отмечается пониженная чувствительность к эмоциональным состояниям других людей, однообразие экспрессивного репертуара, закрытость, эмоциональная нестабильность, что может косвенно указывать на снижение волевых характеристик личности, активности и стеничности, т.е. снижение психонергетического потенциала.

И, наконец, самые низкие значения Социального интеллекта получены по четвертому субтесту «Истории с дополнением», где 64% от общей выборки показатели первого и второго уровней, т.е. наши испытуемые, больные шизофренией крайне плохо распознают структуру межличностных ситуаций в динамике, не понимают логику развития ситуаций взаимодействия, не чувствительны к изменению смысла ситуации при включении в коммуникацию. Этот субтест является наиболее комплексным, т.к. учитывается возможность прогноза, умение ориентироваться в невербальных реакциях, а также в нормах и правилах, регулирующих поведение в обществе. Такие пониженные данные могут свидетельствовать об утрате интереса наших больных к социальным проблемам, снижении социальных эмоций и активности.

#### *Интерпретация композитной оценки и профиля социального интеллекта*

Интегральный уровень развития Социального интеллекта определяется на основе композитной оценки. На нашей выборке среднее значение композитной оценки — 21 балл (по сравнению со средним нормативом — 28 баллов), что является крайне низким уровнем и наглядно показывает снижение общей и социальной активности и адаптивности личности. У наших больных отмечается недостаточность социальной интуиции, снижена способность извлекать информацию из общения, ограничена регулирующая функция в межличностных контактах.

Конкретная количественная оценка уровня социального интеллекта облегчает дифференциацию степени эмоционально–волевого снижения. Экспертиза трудоспособности при шизофрении одна из самых трудных, т.к. в клинической картине болезни преобладает утрата единства психических процессов. Одним из критериев определения группы инвалидности (Постановление №1/30 от 29.01.97) является социальная недостаточность, ведущая к резко выраженному, и легкому ограничению разных категорий жизнедеятельности,

в том числе способности к общению (1-3 степени).

Первая степень — способность к общению, характеризующаяся снижением скорости, уменьшением объема усвоения, получения и передачи информации (3 группа инвалидности).

Вторая степень — умеренно выраженная способность и потребность в общении (2 группа инвалидности).

Третья степень — неспособность к общению, отсутствие потребности в общении (1 группа инвалидности).

Современный подход к медико-социальной экспертизе больных шизофренией требует совмещения количественных и качественных методов исследования. Поэтому включение композитной оценки в заключение патопсихологического исследования, улучшит качество экспертизы.

В нашей выборке получился определенный усредненный профиль Социального интеллекта 3-2-2-2. Особо низкие показатели по второму и четвертому субтестам, хотя имеются данные, что с возрастом у здоровых людей происходит гармонизация структуры интеллекта, при этом ведущими являются как раз второй и четвертый субтесты. Развивается способность к расшифровке невербальной экспрессии и пониманию логики развития межличностных коммуникаций (Е. С. Михайлова /Алешина/), что прямо противоположно нашим данным. Подтверждаются исследования об искажении общения при шизофрении, снижение социальной перцепции, социальной компетентности, социальных умений. Дефицит потребности в общении значительно затрудняет развитие других сторон психики и приводит к дезинтеграции личности в целом.

#### *Сопоставление данных теста Дж. Гилфорда с данными тестов Бендера и CFIT*

Был вычислен коэффициент корреляции Пирсона между тестовыми оценками Дж. Гилфорда и CFIT. По нашим данным отмечается высокий уровень позитивного сопряжения ( $r=0,83$ ), что может указывать на единую когнитивную составляющую сфер общего и социального интеллекта. Следовательно, тест Дж. Гилфорда может быть использован изолированно для экспресс-диагностики в определении степени развития когнитивных способностей. Корреляционный анализ показателей Социального интеллекта и зрительно-моторной координации (т. Бендера) обнаружил слабую отрицательную связь ( $r=-0,44$ ). Это указывает на недостаточную нейтральность метода Бендера в изучении интеллектуальных способностей взрослых. Результаты тестирования этим методом плохо стандартизированы и несут субъективизм оценок исследователя. Выборка нашего исследования количественно ограничена, полученные данные требуют дальнейшего изучения.

На основании проведенного исследования мы можем сделать следующие выводы:

Нарушения общения являются непосредственной причиной дефицита развития психических процессов, свойств личности, способностей и существенной составляющей шизофренического дефекта. Исследование нарушений общения при шизофрении направлены на анализ когнитивного общения, а также реализацию социальных способностей и умений. Такие характеристики личности с трудом поддаются экспериментальному изучению, тем более их измерению.

Противопоставление отечественных (преимущественно качественных) и западных (количественных, психометрических) подходов в диагностике нарушений психических функций стало традиционным. Современные тенденции в психиатрической медико-социальной экспертизе и дифференциально-диагностических исследованиях требуют совмещения количественных и качественных подходов в психологическом исследовании. Таким перспективным психодиагностическим инструментарием, как нам кажется, является

тест Дж. Гилфорда.

Данная методика исследования социального интеллекта относится к промежуточным тестам между тестами общего интеллекта и тестами личности.

Методика стандартизирована, имеет четкий алгоритм проведения и интерпретаций, проста в использовании, не утомляет больных, вызывает позитивный настрой и интерес.

В нашем исследовании были обнаружены значительные снижения у больных шизофренией композитной оценки социального интеллекта. Причем, чем глубже дефект, тем характернее изменения, как в отношениях собственных межличностных взаимодействий, так и в восприятии взаимодействия между другими людьми. Указание в патопсихологических заключениях конкретной композитной оценки и степени развития Социального интеллекта, облегчит проведение медико-социальной экспертизы в уточнении степени эмоционально-волевого снижения.

Особенности профиля социального интеллекта является предметом дальнейшего изучения, но выявлена тенденция к понижению показателей субтестов 2 «Группы экспрессий» и 4 «Истории с дополнением» у больных шизофренией в сравнении со здоровыми респондентами. Возможно изолированное использование этих субтестов для упрощения процедуры тестирования.

#### Список литературы:

1. Анастаси А. Дифференциальная психология. Индивидуальные и групповые различия в поведении. М.: Эксмо-Пресс. 2001. 725 с.
2. Бажанин А. С., Фомина Н. И. Социальный интеллект как предмет психологических исследований // Студент, аспирант, исследователь. 2016. № 3 (9), С. 9-29
3. Василевская Е. А., Менделевич В. Д. Взаимосвязь между социальным интеллектом, антиципационными способностями и IQ у пациентов с шизофренией / Психиатрия на этапах реформ: проблемы и перспективы // XVI Съезд психиатров России. Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием. М. 2015. С.280.
4. Гилфорд Дж. Три стороны интеллекта // Психология мышления. М., 1965. С. 433-456.
5. Емельянов Ю. Н. Активное социально-психологическое обучение. Л.: Из-во Ленинградский университет. 1985. 166 с.
6. Корчагина Н. В. Проблема соотношения академического и социального интеллекта в отечественной и зарубежной психологии // Прикладная психология и психоанализ. 2006. №4. С. 3-6.
7. Критская В. П., Мелешко Т. К., Поляков Ю. Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М.: МГУ, 1991. 256 с.
8. Кулагин Б. В. Основы профессиональной психодиагностики. Л.: Медицина, 1984. 216 с.
9. Лунева О. В. Социальный интеллект: история изучения и основные одели. М.: Изд-во МГУ, 2009. 124 с.
10. Соловьева О. В., Гречкина А. А. Социальный интеллект как психологический феномен // Наука, образование и инновации. 2016. С. 203-206.

#### References:

1. Anastasi, A. (2001). Differential psychology. Individual and group differences in behavior. Moscow: Eksmo-Press. 725.
2. Bazhanin, A. S., & Fomina, N. I. (2016). Social intelligence as a subject of psychological research. *Student, graduate student, researcher*, 3 (9), 9-29.

3. Vasilevskaya, E. A., & Mendeleovich, V. D. (2015). Interrelation between social intelligence, anticipation abilities and IQ in patients with schizophrenia. Psychiatry at the stages of reforms: problems and prospects. *XVI Congress of Russian psychiatrists. All-Russian scientific-practical conference with international participation*. Moscow. 280.
4. Guilford, J. (1965). Three sides of intellect. Psychology of thinking. *Moscow*, 433-456.
5. Yemelyanov, Y. N. (1985). Active social and psychological training. Leningrad: *From Leningrad University*. 166.
6. Korchagina, N. V. (2006). The problem of correlation of academic and social intelligence in domestic and foreign psychology. *Applied psychology and psychoanalysis*, (4). 3-6.
7. Kritskaya, V. P., Meleshko, T. K., & Polyakov, Yu. F. (1991). Pathology of mental activity in schizophrenia: motivation, communication, cognition. Moscow: *MSU*, 256.
8. Kulagin, B. V. (1984). Fundamentals of professional psychodiagnostics. Leningrad: *Medicine*, 216.
9. Luneva, O. V. (2009). Social Intellect: the history of study and basic dresses. Moscow: *Publishing House of Moscow State University*, 124.
10. Solovyeva O. V., & Grechkina A. A. (2016). Social Intellect as a Psychological Phenomenon. *Science, Education and Innovation*, 203-206.

Работа поступила  
в редакцию 06.06.2018 г.

Принята к публикации  
10.06.2018 г.

---

Ссылка для цитирования:

Шевырева Е. Г. Изучение структуры социального интеллекта больных шизофренией (апробация метода Гилфорда на клиническом материале) // Бюллетень науки и практики. 2018. Т. 4. №7. С. 465-472. Режим доступа: <http://www.bulletennauki.com/shevyreva-1> (дата обращения 15.07.2018).

Cite as (APA):

Shevyreva, E. (2018). Study of the structure of social intelligence in patients with schizophrenia (approbation of the Gilford method on clinical material). *Bulletin of Science and Practice*, 4(7), 465-472.