

*На правах рукописи*

**Левикова Екатерина Викторовна**

**СОЦИАЛЬНАЯ КОМПЕТЕНТНОСТЬ ПОДРОСТКОВ,  
БОЛЬНЫХ ШИЗОФРЕНИЕЙ**

Специальность: 19.00.04 - Медицинская психология  
(психологические науки)

**АВТОРЕФЕРАТ**

диссертации на соискание ученой степени  
кандидата психологических наук

Москва - 2011

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова»

Научный руководитель: **Печникова Леонора Сергеевна** - кандидат психологических наук; доцент кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии ФГБОУ ВПО «МГУ имени М.В. Ломоносова»

Официальные оппоненты: **Холмогорова Алла Борисовна** – доктор психологических наук, профессор; заведующий лабораторией клинической психологии и психотерапии ФГУ «Московский научно-исследовательский институт психиатрии» Минздравсоцразвития России

**Сафуанов Фарит Суфиянович** – доктор психологических наук, профессор; руководитель лаборатории судебной психологии ФГУ «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии имени В.П. Сербского» Минздравсоцразвития России

Ведущая организация: Учреждение Российской академии медицинских наук «**Научный центр психического здоровья РАМН**»

Защита состоится 20 мая 2011 года в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д 501.001.15 в ФГБОУ ВПО «Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова» по адресу: 125009, г. Москва, улица Моховая, дом 11, строение 9, аудитория 215.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке МГУ имени М.В. Ломоносова

Автореферат разослан 19 апреля 2011 года.

Ученый секретарь диссертационного совета

Е.Ю. Балашова

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

**Актуальность проблемы исследования.** Физиологические, психологические и социальные изменения, характерные для подросткового возраста, предъявляют большие требования к личностным и эмоциональным способностям подростка адаптироваться к новым обстоятельствам жизни. Эти способности являются важной составной частью процесса социализации. Именно в подростковом возрасте начинает вырабатываться собственная система ценностей и развивается умение принимать решения в различных социальных ситуациях. Наряду с этим, необходимость справляться с трудностями взросления часто заставляет подростков искать поддержки не только у взрослых членов своей семьи, но и у сверстников, которые испытывают такие же трудности. Эмоциональная поддержка со стороны ровесников чрезвычайно важна для формирования социальных навыков, которые являются одной из составных частей социальной компетентности. Кроме того, социальная компетентность включает умение правильно оценивать личностные особенности и эмоциональные состояния других людей и выбирать адекватные способы поведения в различных социальных ситуациях, что при нормальном развитии позволяет подростку расширять зону социальной поддержки, приобретая новых друзей и сохраняя хорошие отношения со старыми. Социальную компетентность можно рассматривать как базовый фактор успешности функционирования человека в социальной среде.

В последние десятилетия наблюдается большой интерес к изучению социальной компетентности подростков в социальной и педагогической психологии (М.И. Лукьянова, 1996; Е.В. Конева, 1998; Г.И. Марасанов, 1998; Ю.А. Тюменева, 1998; Л.М. Иванова и соавт., 2000; Н.В. Калинина, 2001; С.С. Бахтеева, 2001; Н.И. Белоцерковец, 2002; А.А. Гусев, 2003; М.В. Ерохова, 2002; В.В. Цветков, 2002; Н.А. Роготаева, 2002; О.В. Колобова, 2003; Н.А. Лупанова, 2003; Л.Н. Шабатура, 2004; В.М. Басова, 2006; Н.А. Казанцева, 2006; Н.В. Москаленко, 2007; В.Г. Первутинский, 2009; Т.С. Кондратова, 2009; и др.).

Однако в рамках отечественной клинической психологии исследований социальной компетентности крайне мало, хотя ее нарушение можно рассматривать как один из ключевых аспектов дезадаптации подростков. Можно упомянуть работу Н.М. Иовчук (2001), посвященную изучению социальной компетентности у детей-сирот, проживающих в учреждениях интернатного типа, и М.С. Пономарева (2006), который исследовал социальную компетентность у подростков с дезадаптивным поведением.

Многочисленные зарубежные исследования посвящены изучению различных аспектов социальной компетентности и связи ее с жизненными ценностями (J.P. Allen et al., 1989), с поведением в ситуации стресса (C.L. Hanson et al., 1987), со склонностью к агрессивному поведению (MacKinnon-Lewis et al., 1994) и др. Особое внимание уделяется подростковому возрасту как ключевому этапу формирования социальной компетентности. В зарубежной клинической психологии в качестве объекта таких исследований чаще всего выбираются взрослые больные шизофренией, которых отличает значительное ухудшение социального функционирования (A.S. Bellack, K.T. Mueser, 1989).

Нарушение социальной компетентности особенно актуально для больных шизофренией, поскольку по тяжести социальных последствий и нарушений адаптации шизофрения занимает лидирующее место среди психических расстройств. Высокий процент инвалидизации этих больных обуславливается не только самим процессом заболевания, но и влиянием целого ряда негативных социально-средовых факторов на их жизнедеятельность (А.П. Коцюбинский, А.И. Скорик, И.О. Аксенова, Н.С. Шейнина, В.В. Зайцев, 2004). Эпидемиологические исследования показывают, что шизофрения редко проявляется в раннем детстве. Даже имеющаяся наследственная отягощенность не всегда обнаруживает себя в этот период, и болезнь впервые дает о себе знать именно в подростковом возрасте, во время кризиса взросления с его специфическими психологическими травмами и конфликтами, связанными с трудностями установления партнерских отношений со сверстниками, отделения от родителей и встраивания в более широкую социальную среду (Х. Ремшмидт, 1994). Распространенность

заболевания в подростковом возрасте увеличивается почти в 10 раз по сравнению с ранним детством (Ч. Венар, П. Керич, 2004). Манифестация шизофрении в подростковом возрасте может оказать гораздо более разрушительное воздействие на всю жизнь больного, так как именно в этом возрасте происходит процесс формирования социальных навыков и умений, необходимых для успешного функционирования в обществе. Болезнь затрудняет социализацию подростка, усвоение социальных ролей, связанных с самостоятельной жизнью, налаживанием партнерских отношений с окружающими людьми.

Таким образом, **актуальность настоящего исследования** обусловлена необходимостью разработки проблемы социальной компетентности с опорой на методологические принципы отечественной клинической психологии; важностью выявления групп риска социальной дезадаптации в подростковом возрасте и разработки программ профилактики и коррекции нарушений социализации у подростков. Кроме того, полученные результаты позволяют глубже изучить закономерности аномального развития в подростковом возрасте.

**Цель исследования:** изучение особенностей социальной компетентности подростков, больных шизофренией.

**Задачи исследования:**

1. Теоретический и методологический анализ современного состояния проблемы социального функционирования подростков с различными формами психической патологии.
2. Разработка и обоснование психологической модели социальной компетентности.
3. Исследование особенностей социального интеллекта, социальных навыков и типичного паттерна поведения в ситуации фрустрации у подростков, больных шизофренией.
4. Сравнительный анализ показателей социальной компетентности подростков, больных шизофренией, подростков с расстройствами поведения и здоровых сверстников.

5. Анализ гендерных особенностей социальной компетентности и их связи с формой психической патологии у подростков.

**Объектом** исследования является социальная компетентность у психически здоровых подростков и у подростков с психической патологией (подростки, больные шизофренией, и подростки с расстройствами поведения).

**Предметом** исследования являются особенности нарушений социального интеллекта, социальных навыков и типичного паттерна поведения подростков при фрустрации во время межличностных коммуникаций.

Для реализации поставленной цели и задач нами разработана **клинико-психологическая модель социальной компетентности**, которая включает в себя социальный интеллект, социальные навыки и типичный паттерн поведения при фрустрации во время межличностных коммуникаций.

**Социальная компетентность** рассматривается в диссертации как способность индивида эффективно взаимодействовать с окружающими его людьми в системе межличностных отношений. Для этого требуется умение ориентироваться в социальных ситуациях, правильно оценивать личностные особенности и эмоциональные состояния других людей, выбирать адекватные способы поведения при контакте с ними. В качестве главных составляющих социальной компетентности выделены: социальный интеллект, социальные навыки и типичный паттерн поведения в ситуациях фрустрации.

**Социальный интеллект**, вслед за Дж. Гилфордом (1960), рассматривается как система интеллектуальных способностей, независимых от общего интеллекта и связанных, прежде всего, с восприятием и переработкой поведенческой информации. **Социальные навыки** представляют собой усвоенные индивидом нормы и правила социального взаимодействия и поведения в различных социальных ситуациях (А. Гольдштейн, 1976). **Типичный паттерн поведения** представляет собой индивидуальные особенности эмоционального и поведенческого реагирования при фрустрации во время межличностных коммуникаций (С. Розенцвейг, 2002).

**Теоретико-методологические основания исследования:** представления о роли социального окружения в развитии психики ребенка культурно-исторического и деятельностного подходов отечественной психологической

школы (Л.С. Выготский, 1983; А.Н. Леонтьев, 2005), представления об аномалиях развития у детей (В.В. Лебединский, 2004; Г.Е. Сухарева, 1965), о единстве познавательной и аффективной сфер индивида (Л.С. Выготский, 1983; С.Л. Рубинштейн, 1998; Е.Т. Соколова, 1985, 1987, 1989), о многоуровневой психологической структуре общения (Г.М. Андреева, 2002; Б.Г. Ананьев, 1980, 2000; В.Н. Мясищев, 1970; Б.Ф. Ломов, 1999; А.Н. Леонтьев, 2005; А.А. Леонтьев, 1975; Б.Д. Парыгин, 1975; А.А. Бодалёв, 1983; Л.А. Петровская, 1982); представления о многозвенной и комплексной структуре феномена социальной компетентности (Л.А. Петровская, 1982; В.Н. Куницина, 1995; Ю.М. Жуков, 2000; С.К. Ewart, 2000; М.Е. Ford, 1989; и др.); многофакторная концепция социального интеллекта Дж. Гилфорда (1960).

**Методический аппарат** включает: тест социального интеллекта Дж. Гилфорда - М. Салливена (Е.С. Михайлова, 1996); тест рисуночной фрустрации С. Розенцвейга (И.Б. Дерманова, 2002); фрустрационный вербальный тест (ФВТ) Л.Н. Собчик (2007); опросник социальных навыков А. Гольдштейна (А.Р., Goldstein, R.P. Sprafkin, N.I. Gershaw, 1976).

**Испытуемые.** В исследовании приняли участие 50 подростков, больных шизофренией (F20); 50 подростков с расстройствами поведения (F91), находившихся на лечении в детской психиатрической больнице № 6 и психиатрической больнице № 15 г. Москвы; 50 здоровых подростков (всего 150 испытуемых).

**Достоверность и надежность результатов** обеспечена методологической основой работы, проведенным теоретическим анализом проблемы, применением адекватных задач методик исследования, репрезентативной выборкой испытуемых, наличием групп сравнения, а также использованием современных методов статистической обработки полученных данных.

#### **Гипотезы:**

1. У подростков, больных шизофренией, и у подростков с расстройствами поведения нарушения социального интеллекта, социальных навыков и типичного паттерна поведения во время межличностных

коммуникаций имеют различные качественные и количественные характеристики.

2. Существуют гендерные различия социальной компетентности у здоровых подростков и у подростков с различной психической патологией (расстройства поведения и шизофрения).

3. Нарушения социальной компетентности являются одним из факторов социальной дезадаптации в подростковом возрасте, препятствующим формированию и развитию вариативности межличностного взаимодействия.

#### **Положения, выносимые на защиту.**

1. Социальная компетентность подростков, больных шизофренией, характеризуется низким уровнем развития социального интеллекта, недостаточно сформированными социальными навыками и высокой фрустрационной нагруженностью любых социальных контактов.
2. Социальный интеллект и социальные навыки подростков, больных шизофренией, отличаются недостаточной дифференцированностью обеспечивающих их отдельных способностей.
3. Больные шизофренией подростки демонстрируют большую, чем здоровые подростки и подростки с расстройствами поведения, эмоциональную чувствительность к ситуации фрустрации в общении и чаще испытывают негативные эмоции по отношению к оппоненту вне зависимости от его статуса, пола и значимости. Повышенная чувствительность к такой информации связана как со страхом перед общением, так и с трудностями обработки межличностной информации.

**Научная новизна.** Впервые в отечественной и зарубежной клинической психологии проведено эмпирическое исследование социальной компетентности подростков, больных шизофренией, и подростков с расстройствами поведения. Предложена и разработана теоретическая клинко-психологическая модель социальной компетентности, включающая три основных компонента: социальный интеллект, социальные навыки и типичный паттерн поведения при фрустрации во время межличностной коммуникации.

В работе впервые выявлены и описаны особенности социальной компетентности у здоровых подростков, подростков больных шизофренией и у подростков с расстройствами поведения. Проанализированы основные нарушенные звенья социальной компетентности в исследуемых группах. В работе показана роль индивидуальных особенностей и нозологии в генезисе и функционировании социальной компетентности.

В диссертационном исследовании впервые показано, что у подростков обеих клинических групп выявлен более низкий уровень сформированности всех звеньев социальной компетентности, по сравнению с их здоровыми сверстниками. Здоровых подростков отличает развитый социальный интеллект, они более независимы и самостоятельны, в большей степени ориентированы на сверстников. Кроме того, у них наблюдается большая вариативность в реакциях на фрустрацию в зависимости от ситуации и действующих лиц.

Установлено, что подростки с разными формами психической патологии (расстройства поведения и шизофрения) обнаруживают нарушения социальной компетентности. Если по уровню социального интеллекта и по уровню сформированности представлений о социальных навыках клинические группы существенно не различаются между собой, то в ситуации фрустрации по типичному паттерну поведения и по особенностям реакции на фрустрацию выявляются различия. Подростки, больные шизофренией, демонстрируют стойкую негативную реакцию на фрустрирующий объект вне зависимости от степени его значимости. Подростки с расстройствами поведения оказываются неспособными выразить словами своё эмоциональное состояние; они демонстрируют большую вариативность реагирования на фрустрирующее лицо в зависимости от его близости и значимости. Поскольку типичный паттерн поведения в ситуации фрустрации качественно различается в клинических группах, то полученные нами данные позволяют проводить дифференциальную диагностику между этими формами психической патологии.

Доказано, что у подростков, больных шизофренией, наблюдается практически полное отсутствие дифференцированности разных составляющих

социальной компетентности: так, они оказываются неспособными различить отдельные способности, входящие в состав социального интеллекта, испытывают трудности различения собственных социальных навыков и социальных навыков сверстников, а также демонстрируют негативную эмоциональную реакцию на любое фрустрирующее их лицо.

Впервые выделены гендерные различия социальной компетентности в каждой из исследуемых групп. У подростков, больных шизофренией, нет гендерных различий социального интеллекта, а в группе подростков с расстройствами поведения мальчики хуже, чем девочки, распознают вербальные и невербальные характеристики участников социального общения. В обеих клинических группах имеются гендерные различия типичного паттерна поведения в ситуации фрустрации. Девочки из клинических групп демонстрируют большую вариативность эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации, чем мальчики. Здоровые мальчики лучше справляются со сложными социальными ситуациями и в большей степени склонны к агрессивным реакциям. Девочки всех групп демонстрируют большую вариативность типичного паттерна поведения в ситуациях фрустрации, чем мальчики.

**Теоретическое значение.** Проведенное исследование позволяет расширить представления об особенностях развития социальной компетентности в подростковом возрасте; выделить факторы, нарушающие социальную компетентность у подростков разных клинических групп. Выявлены психологические механизмы системного нарушения социальной компетентности при разных формах психической дезадаптации.

Результаты исследования вносят вклад в изучение закономерностей аномального развития, индивидуальных и возрастных факторов, влияющих на развитие разных форм социальной дезадаптации, и могут быть полезны для понимания причин и механизмов дезадаптивного поведения.

**Практическое значение.** Проведенное эмпирическое исследование позволило выделить основные нарушенные звенья социальной компетентности подростков, больных шизофренией, что представляет

большое значение для врачей, психологов, учителей и родителей этих подростков. Это позволяет определить психотерапевтические мишени для психокоррекционной работы с целью повышения социальной компетентности подростков, больных шизофренией.

**Апробация результатов работы и публикации.** Работа обсуждалась на заседании кафедры нейро – и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова 8 сентября 2010 (протокол № 605). Основные результаты, полученные в диссертационном исследовании, доложены на секции «Психология» XIV Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» (Москва, 2007) и на секции «Психология» XV Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» (Москва, 2008); на III Международной конференции по когнитивным наукам (Москва, 2008); на XXIX Международном психологическом конгрессе (Берлин, 2008); на научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации (Санкт-Петербург, 2008); на ежегодной межкафедральной конференции «Ковалевские чтения», проводимой на базе кафедры детской и подростковой психиатрии, психотерапии и медицинской психологии РМАПО (Москва, 2009); на Второй всероссийской научно-практической конференции по психологии развития «Другое детство» (Москва, 2009). Основное содержание диссертационной работы отражено в 8 научных публикациях (общий объем – 2,93 п.л., авторский вклад – 2,86 п.л.).

Результаты исследования используются в курсе «Психология аномального развития» на факультете МГУ имени М.В. Ломоносова и в «Практикуме по детской клинической психологии» на кафедре клинической психологии НОУ «Института практической психологии и психоанализа», а также в практической работе детской психиатрической больницы № 6 г. Москвы.

**Объем и структура диссертации.** Основной текст составляет 170 страниц машинописного текста. Диссертация состоит из введения, двух частей, пяти глав, заключения, выводов, списка литературы, включающего 310

наименований (из них 75 на иностранных языках), и 47 приложений. Работа содержит 6 рисунков, 19 таблиц.

## ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **Введении** обоснована актуальность изучения социальной компетентности у подростков, больных шизофренией; сформулированы предмет, объект, цель, задачи и гипотезы исследования; изложены теоретико-методологические основания работы; дана краткая характеристика групп испытуемых и использованных методов, научной новизны, теоретического и практического значения исследования; изложены основные положения, выносимые на защиту.

В теоретической части диссертации, в **главе 1 «Современные представления о феномене социальной компетентности: структура и содержание»** представлен литературный обзор работ, посвященных изучению различных аспектов социальной компетентности в отечественной и зарубежной психологии, исследованиям ее становления в онтогенезе.

В **первом параграфе** рассматриваются взгляды философов и общественных деятелей, внесших свой вклад в развитие представлений о социальной компетентности (Э. Дюркгейм, 2008; Э. Шпрангер, 1982; В. Дильтей, 2002; Ж. Маритен, 1995; М. Бубер, 1998; Р. Штайнер, 2007; А. Уайтхед, 1990; Ж.-П. Сартр, 1953; А. Шартье, 2000; В.С. Соловьев, 1998; К.Д. Ушинский, 2005; В.В. Розанов, 2009; Н.А. Бердяев, 2005; В.О. Ключевский, 2006; Л.Н. Толстой, 1989; Н.И. Пирогов, 1949).

Во **втором параграфе** рассматривается проблематика социальной компетентности, основные этапы становления представлений о социальной компетентности в психологии и дается краткая характеристика отечественных исследований социальной компетентности за последние десятилетия (Л.И. Берестова, 1999; О.С. Гришечко, 1999; Р.Х. Гильмеева, 1999; М.И. Дьяченко, 1975; Н.И. Белоцерковец, 2002; А.А. Гусев, 2003; Е.В. Коблянская, 1995; О.В. Колобова, 2003; Н.А. Лупанова, 2003; С.С. Рачева, 2003; Ю.А. Тюменева, 1998; В.В. Цветков, 2002; Н.А. Рототаева,

2002; Н.В. Андропова, 2000; Э.И. Белецкий, 2001; А.В. Евсеев, 1998; Н.В. Яковлева, 1994; И.Р. Алтунина, 1999; Л.Г. Антропова, 1999; Ю.Н. Емельянов, 1999; Ю.А. Конев, 1998; Н.Н. Сапрыгина, 1999; Н.В. Бомена, 2002; С.М. Колова, 2002; М.И. Лукьянова, 1996; Е.В. Попова, 1996; И.И. Проданов, 1998; О.В. Симен-Северская, 2002; С.С. Татарченкова, 1997; Л.Н. Боголюбов, 2003; И.А. Зимняя, 2003).

**Третий параграф** посвящен постановке проблемы социальной компетентности и основным направлениям исследований социальной компетентности в рамках отечественной социальной психологии (В.Н. Куницина, 1995; Ю.М. Жуков, 2000; М.К. Кабардов, 1996; Л.А. Петровская, 1982; Е.В. Сидоренко, 2001; Н.А. Филина, 2009), психологии труда (Е.В. Коблянская, 1995), педагогической (Н.И. Белоцерковец, 2002; Н.В. Калинина, 2004; М.И. Лукьянова, 1996; Ю.А. Тюменева, 1998; М.В. Ерохова, 2002; Г.И. Марасанов, 1998; Н.А. Рототаева, 2002; С.С. Бахтеева, 2001; О.В. Колобова, 2003; Н.А. Лупанова, 2003; В.Г. Первутинский, 2009; Л.Н. Шабатура, 2004; В.М. Басова, 2004; В.В. Цветков, 2002; А.А. Гусев, 2003; Н.А. Казанцева, 2009; Л.М. Иванова, 2000; Е.В. Конева, 1998; Н.В. Москаленко, 2007; А.М. Щербакова, 1982) и клинической психологии (Н.М. Иовчук, 2001; М.С. Пономарев, 2006).

**В четвертом параграфе** рассматриваются основные подходы к изучению социальной компетентности в зарубежной психологии (U. Phingsten, R. Hintsch, 1991; H. Shroder, M. Vorweg, 1978; M.E. Ford, 1989; C.K. Ewart, 2002; R. Ullrich, 1980) и кратко излагаются основные исследования социальной компетентности за последние десять-пятнадцать лет (D. Oyserman, E. Saltz, 1993; K.G. Rice, T.J. Cunningham, M.B. Young, 1997; K.W. Griffin, A.C. Downs, 2001; J.P. Allen, 1989; M. Caplan, 1992; C.L. Hanson, 1987; C. MacKinnon-Lewis, 1994; J.A. Welsh, 2006).

**Пятый параграф** посвящен работам, направленным на изучение становления социальной компетентности в онтогенезе, в которых подчеркивается важность социальной компетентности для успешной социальной адаптации (L.G. Katz, D.E. McClellan, 1997); описываются

особенности и трудности социального развития подростка (А.С. Учурова, 2007; И.И. Лукьянова, 1996; А.С. Белкин, 2000; Л.П. Пономаренко, Р.В. Белоусова, 2001; Н.В. Калинина, 2004); обсуждаются факторы, благоприятные для развития социальной компетентности (М. Bloom, 1990; О.Ю. Казьмина, 1997; R.D. Caplan, 1983; D. Bell, 1979; C. Beels, 1981; M. Hammer, 1981; A.H. McFarlane, 1983; J.L. Lowenthal, 1968), и факторы, затрудняющие ее развитие (Н.В. Калинина, 2001; Х.Б. Сиерральта Зуньига, 2000).

**Глава 2 «Проблема соотношения социальной компетентности и социального интеллекта»** посвящена теоретическому рассмотрению основных подходов к изучению социального интеллекта и его определениям, используемым в зарубежной и отечественной психологии.

**В первом параграфе** кратко рассмотрены психометрический, общебиологический и социально-психологический подходы к изучению социального интеллекта.

**Во втором параграфе** прослежена эволюция взглядов на социальный интеллект в зарубежной психологии (Г. Айзенк, 1982; Д. Китинг, 2007; M. Ford, 1989; М. Тисак, 2007; Н. Кэнтон, 2007; D. Wechsler, 1958; G. Gardner, 1993; K. Albrecht, 2006; R.J. Sternberg, 1998), изложена фундаментальная модель социального интеллекта Дж. Гилфорда (1960), которая легла в основу настоящего диссертационного исследования.

**В третьем параграфе** рассматриваются теоретические представления и эмпирические исследования социального интеллекта в отечественной психологии (Е.В. Коблянская, 1995; Н.А. Аминов, М.В. Молоканов, 1992; М.И. Бобнёва, 1979; Ю.Н. Емельянов, 1999; А.А. Кидрон, 1983; А.Л. Южанинова, 1984; Е.Ю. Емельянов, 1985; Л.В. Банина, 2007; И.А. Иванова, 2008; И.М. Кыштымова, 2008; А.С. Прутченков, 1997; Н.С. Лейтес, 2008; В.Э. Чудновский, 1981; С.С. Белова, 2004; В.Н. Куницина, 1995).

**В четвертом параграфе** раскрывается понятие социального интеллекта (Е.С. Михайлова, 1996), его основных функций, а также обосновывается

культурно-исторический подход к изучению развития социального интеллекта в онтогенезе (М.А. Холодная, 2002).

**Пятый параграф** посвящен проблеме связи социальной компетентности и социального интеллекта. В нем обосновывается недопустимость отождествления этих понятий вследствие различий их содержания и функционирования (В.Н. Куницина, Н.В. Казаринова, В.М. Погольша, 1995; Л.В. Банина, 2007).

**Глава 3 «Проблема соотношения социальной компетентности и навыков межличностного общения»** состоит из трех параграфов, в первых двух из которых рассматриваются исследования, посвященные основным характеристикам общения и тем его составляющим, которые тесным образом связаны с социальной компетентностью (Г.М. Андреева, 2002; Н.Н. Обозов, 1990; Н.С. Курек, 1988; В.Н. Мясищев, 1970; Б.Г. Ананьев, 1980; А.А. Леонтьев, 1975; Л.А. Петровская, 1982), а также анализируются работы, подчеркивающие важную роль общения для социального развития человека на разных этапах онтогенеза (Л.С. Выготский, 1983; Д.Б. Эльконин, 1971; М.И. Лисина, 2009; Б.Ф. Ломов, 1999; И.С. Кон, 1989; Н.Ю. Максимова, 2000; А.А. Бодалёв, 1982; В.В. Петухов, 1996; Н.А. Рождественская, 2000).

Третий параграф посвящен патологии навыков межличностного общения при шизофрении. В нём кратко рассмотрены основные подходы к изучению нарушения общения у больных шизофренией (Б.В. Зейгарник, 1986; Ю.Ф. Поляков, 1974; Дж. Келли, 2001; М. Кляйн, 2001; Н. Sullivan, 2001; N. Cameron, 1938; Н. Bateson, 1956) и основные исследования, посвященные нарушениям психической деятельности у взрослых, больных шизофренией (В.П. Критская, 1972; В.М. Гришпун, 1974; Н.П. Щербакова, 1982; Д.Н. Хломов, 1984; Е.И. Елигулашвили, 1986; Н.С. Курек, 1986; W. Wolwer, 2000; P.J. Marsh, 2000; Н.Н. Карловская, 1986; Н. Bateson, 1956; Е. Блейлер, 1993; В.В. Лебединский, 2004; О.Д. Кузьменко-Наумова, 1982; Q.J. Ferreira, 1960; N. Cameron, 1938). Обосновывается необходимость изучения социального функционирования именно у подростков, больных шизофренией.

В эмпирической части диссертации, в первом параграфе главы 4 «Проблема, материалы и методы исследования», обоснована актуальность патопсихологического изучения социальной компетентности у подростков, больных шизофренией, изложена авторская клинико-психологическая теоретическая модель социальной компетентности, сформулированы гипотезы, цель и задачи эмпирического исследования; описаны методический арсенал и группы испытуемых.

**Второй параграф** посвящен характеристике групп испытуемых. В исследовании приняло участие 50 здоровых подростков, 50 подростков, больных шизофренией, 50 подростков с расстройствами поведения (табл. 1). Всего исследовано 150 испытуемых.

Группы были уравнены по возрасту, социально-демографическим показателям, уровню развития формального интеллекта, гендерному составу.

Исследование проводилось на базе детской психиатрической больницы № 6 г. Москвы (3, 4 и 5 отделения) и психиатрической больницы № 15 г. Москвы (15, 16 и 22 отделения) в течение 2007-2010 гг.

*Таблица 1.*

*Общая характеристика испытуемых.*

ГРУППА испытуемых	Подростки, больные шизофренией	Подростки с расстройствами поведения	Здоровые подростки
Диагноз (МКБ – 10)	F20, в т.ч. параноидная шизофрения (F 20.0), гебефреническая (F 20.1), простая (F 20.6), недифференцированная (F 20.3).	F90 «Поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском или подростковом возрасте», а именно «расстройства поведения» (F91).	-
Количество девочек	25	25	25
Количество мальчиков	25	25	25
Возраст	13-15	13-15	13-15
Тест Векслера - IQ	105<IQ<115	105<IQ<115	105<IQ<115

**Третий параграф** посвящен описанию методического арсенала работы. Для изучения социальной компетентности использованы четыре основные методики. Тест социального интеллекта Дж. Гилфорда (G. Gilford) -

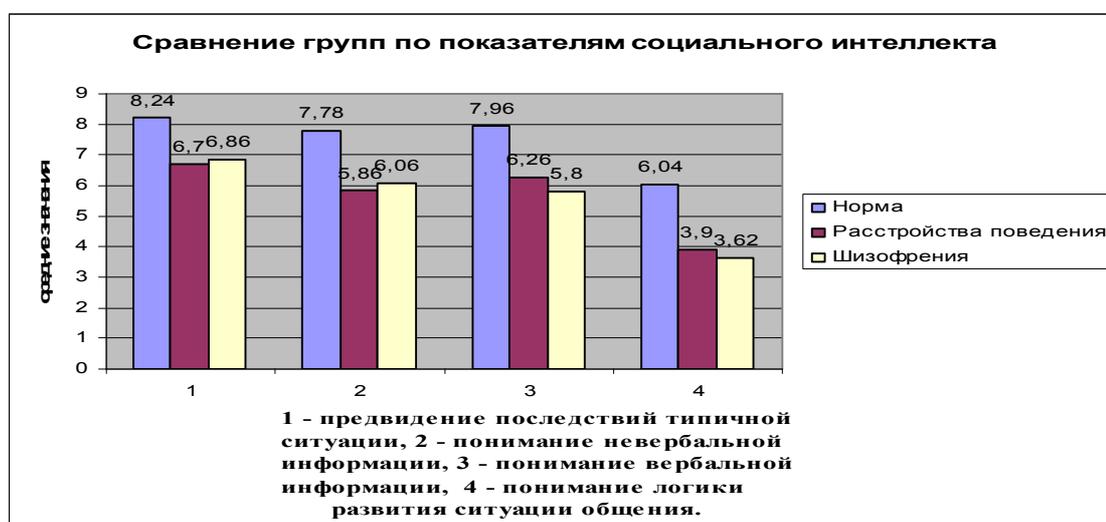
М. Салливена (M. Salliven) (Е.С. Михайлова, 1996) позволяет оценить четыре способности: предвидения последствий поведения в определенной ситуации; логического обобщения; выделения общих существенных признаков в различных невербальных реакциях человека; понимания изменений значения сходных вербальных реакций человека в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации; понимания логики развития ситуаций взаимодействия и значения поведения людей в этих ситуациях. Опросник социальных навыков А. Гольдштейна (А.Р. Goldstein, 1976, 1981) дает возможность за короткое время определить уровень сформированности социальных навыков. Опросник позволяет составить представление как о собственных социальных навыках, так и социальных навыках сверстников. Для определения способов реагирования в ситуациях фрустрации в работе используются: тест рисуночной фрустрации Розенцвейга (И.Б. Дерманова, 2002) и Фрустрационный вербальный тест (ФВТ) Собчик (Л.Н. Собчик, 2002). Эти методики позволяют выявить особенности типичного паттерна поведения в ситуации фрустрации (как поведенческого реагирования в виде вербального ответа, так и эмоционального реагирования в виде частоты и качества эмоционального ответа на ситуацию фрустрации).

Для *статистической обработки данных* использовались следующие математические методы: для проверки нормальности распределения - критерий Холмогорова; для сравнения групп между собой - критерий Краскала-Уоллиса; для уточнения природы различий между сравниваемыми группами и для выявления гендерных различий - критерий Манна-Уитни; критерий Хи-квадрат ( $\chi^2$ ) Пирсона; для выявления особенности влияния пола и группы на зависимые переменные - дисперсионный анализ; для оценки связи измеряемых переменных - корреляционный анализ (Спирмен); для выявления структуры связей переменных внутри групп и выявления внутригрупповых различий - кластерный анализ. Статистический анализ осуществлялся с помощью статистического пакета SPSS 10.1 for Windows, StatSoft Statistica® 8.0.

**Глава 5 «Результаты эмпирического исследования, их статистическая обработка и обсуждение»** состоит из трех параграфов.

**Первый параграф** содержит описание данных, которые получены в эмпирической части работы.

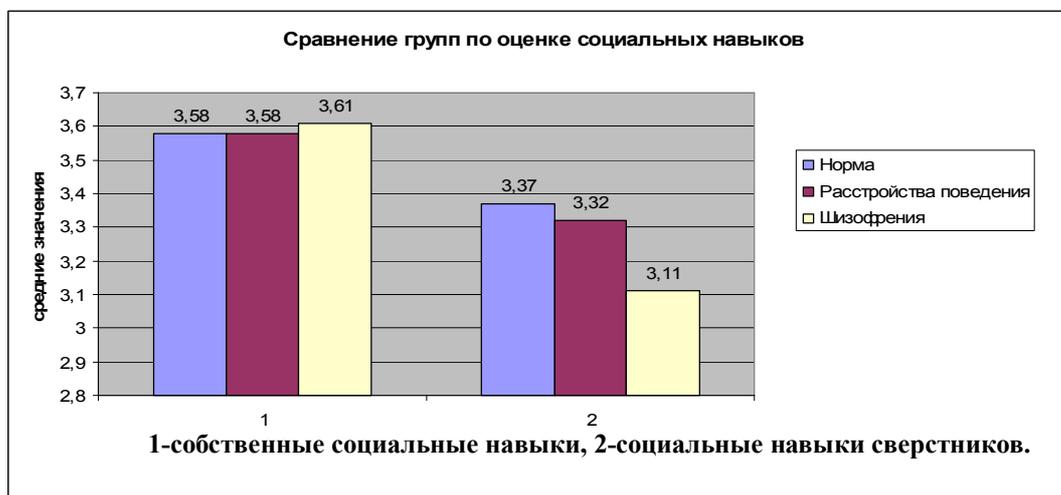
1. Сравнительное исследование социального интеллекта (рисунок 1), социальных навыков (рисунок 2) и типичного паттерна поведения в ситуации фрустрации (рисунок 3) с помощью непараметрического критерия Краскала-Уоллиса, критерия Манна-Уитни и критерия Хи-квадрат Пирсона у подростков.



*Рисунок 1. Показатели социального интеллекта у испытуемых разных групп (по методике Дж. Гилфорда - М. Салливена).*

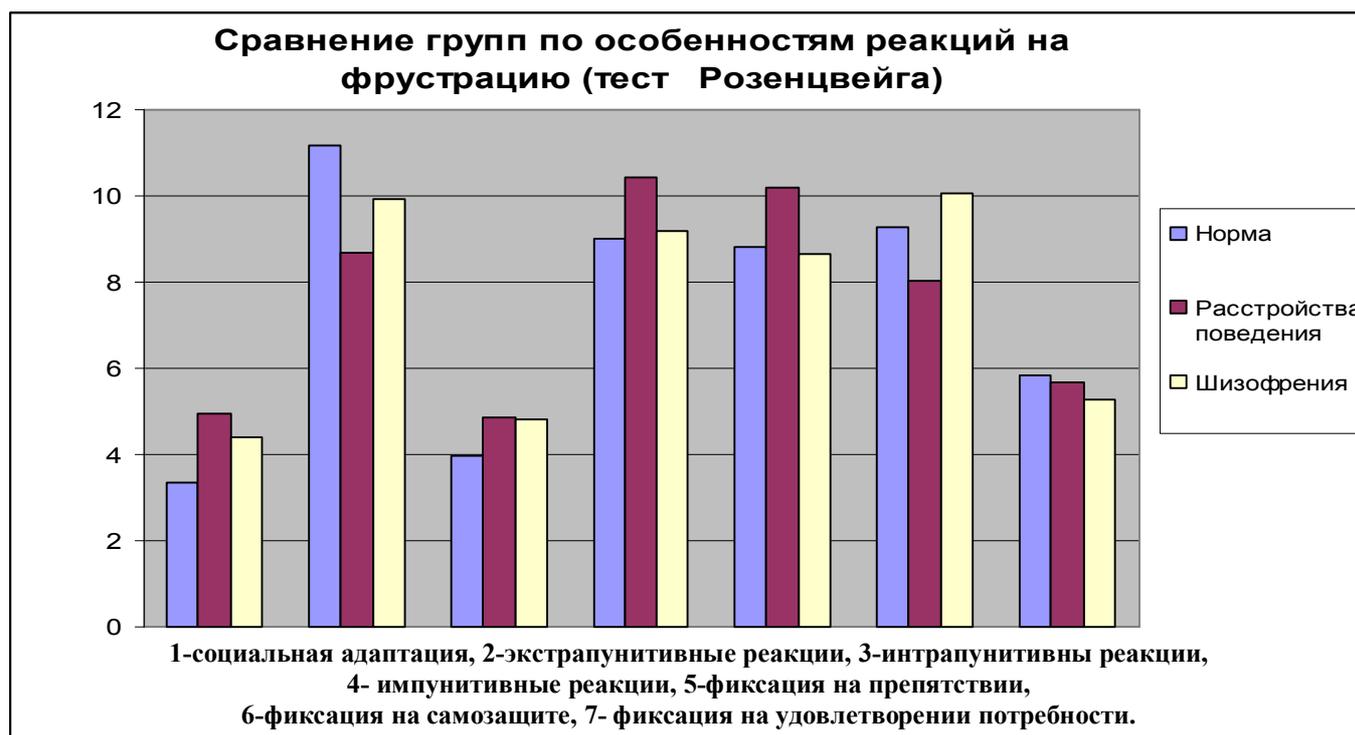
По критерию Краскала-Уоллиса контрольная и обе клинические группы значимо различаются по всем способностям социального интеллекта [ $H(2, N=150) = 20,0-54,6; p < 0,001$ ], общему показателю социального интеллекта [ $H(2, N=150) = 59,8; p < 0,001$ ]. По критерию Манна-Уитни, по сравнению со здоровыми подростками, обе клинические группы показывают значимо худшие результаты по всем способностям социального интеллекта ( $p < 0,01$ ).

По критерию Краскала-Уоллиса группы значимо различаются по оценке сформированности социальных навыков сверстников [ $H(2, N=150) = 7,42; p < 0,05$ ]: подростки, больные шизофренией, склонны занижать социальные навыки сверстников.



*Рисунок 2. Показатели оценки сформированности представлений о социальных навыках у испытуемых разных групп (по методике Гольдштейна).*

По критерию Краскала-Уоллиса исследуемые группы значимо различаются по всем шкалам теста Розенцвейга [ $H(2, N=150) = 6,36-24,1$ ;  $p < 0,05-0,001$ ], кроме шкалы «фиксация на удовлетворении потребности», по которой не получено значимых различий.



*Рисунок 3. Показатели особенностей реакции на фрустрацию у испытуемых разных групп (тест Розенцвейга).*

По критерию Манна-Уитни по тесту Розенцвейга у клинических групп значимо выше мера социальной адаптации ( $p < 0,05$ ). По сравнению со здоровыми подростками, обе клинические группы показывают высокую частоту интрапунитивных реакций на фрустрацию ( $p < 0,05$ ). У подростков,

больных шизофренией, на уровне тенденции ниже мера социальной адаптации по сравнению с подростками с расстройствами поведения, хотя она и не достигает уровня нормы ( $p < 0,1$ ).

По фрустрационному вербальному тесту Собчик, по критерию Хи-квадрат Пирсона, выявлены значимые различия по особенностям словесного и эмоционального реагирования у подростка в ответ на критические замечания фрустрирующего лица.

Особенности реагирования на критические высказывания матери значимо различаются во всех группах (Pearson Chi-square: 14,2;  $df=6$ ,  $p=,03$ ). Подростки с расстройствами поведения чаще, а больные шизофренией реже, чем здоровые испытуемые, реагируют на вербальную фрустрацию со стороны матери уходом от конфликта. Наоборот, больные шизофренией чаще, а подростки с расстройствами поведения несколько реже, соглашаются с «матерью».

Были выявлены значимые различия между группами по распределению чувств в ответ на действия «отца» (Pearson Chi-square: 21,6;  $df=6$ ,  $p=0,001$ ). При попарном сравнении групп установлены значимые различия здоровых подростков и подростков с расстройствами поведения (Pearson Chi-square: 11,5;  $df=3$ ,  $p=0,01$ ) и с шизофренией (Pearson Chi-square: 13,7;  $df=3$ ,  $p=0,01$ ), тогда как различия между клиническими группами близки, но не достигают уровня значимости (Pearson Chi-square: 5,6;  $df=3$ ,  $p=,13$ ). Испытуемые клинических групп, по сравнению со здоровыми подростками, чаще отмечают негативные чувства (особенно часто - при шизофрении). Невозможность вербализовать испытываемое чувство у подростков с расстройствами поведения встречается чаще, а у больных шизофренией реже, чем у здоровых подростков.

Особенности эмоционального реагирования на критические замечания матери значимо различаются во всех группах (Pearson Chi-square: 14,2;  $df=6$ ,  $p=,03$ ). Все подростки в основном испытывают негативные чувства по отношению к «матери», однако, наиболее ярко это выражено в группе подростков с шизофренией, минимально – в группе здоровых подростков.

По эмоциональному реагированию в ответ на действия «подруги» были выявлены значимые различия между группами (Pearson Chi-square: 26,5634;  $df=6$ ,  $p=0,000175$ ). Все подростки испытывают негативные чувства по отношению к «подруге», однако, максимален этот показатель у подростков, больных шизофренией, минимален – у здоровых подростков. Чаще остальных подростки с расстройствами поведения оказываются неспособными описать свои чувства и подменяют их высказыванием.

Значимые различия были выявлены между группами по распределению чувств в ответ на действия «друга» (Pearson Chi-square: 24,8093;  $df=6$ ,  $p=0,000371$ ). Больные шизофренией чаще испытывают негативные чувства по отношению к «другу», реже их испытывают здоровые подростки. Больше всех нейтральные чувства по отношению к «другу» испытывают здоровые подростки, реже всех – подростки с шизофренией. Подростки с расстройствами поведения чаще оказываются неспособными описать своё эмоциональное состояние.

Выявлены значимые различия между группами по распределению чувств в ответ на действия «директора» (Pearson Chi-square: 23,9384;  $df=6$ ,  $p=0,000537$ ). Больше количество негативных чувств по отношению к «директору» испытывают подростки, больные шизофренией, меньше – подростки с расстройствами поведения. Здоровые подростки чаще других испытывают нейтральные чувства по отношению к директору. Подростки с расстройствами поведения испытывают большие трудности при описании своего эмоционального состояния.

Значимые различия между группами выявлены по распределению чувств в ответ на действия «уличных контактов» (Pearson Chi-square: 23,9114;  $df=6$ ,  $p=0,000543$ ). Все подростки испытывают негативные чувства по отношению к «уличным контактам», однако, чаще их испытывают больные шизофренией, реже – здоровые подростки. Подростки с расстройствами поведения чаще не способны выразить свои чувства на языке эмоций.

## 2. Изучение гендерных различий социального интеллекта, социальных навыков и типичного паттерна реагирования с помощью критерия Манна-Уитни и Хи-квадрата Пирсона в исследуемых группах.

Здоровые мальчики, по сравнению с девочками ( $p < 0,05$ ), набирают более высокие баллы по способности понимать логику развития ситуации межличностного взаимодействия, ниже оценивают сформированность социальных навыков сверстников, в ситуации фрустрации они значимо реже фиксируются на препятствии, чаще фиксируются на самозащите и реже фиксируются на удовлетворении потребностей. У мальчиков на уровне тенденции выше частота экстрапунитивных реакций на фрустрацию и на уровне тенденции ниже частота интрапунитивных реакций ( $p < 0,1$ ), чем у девочек.

Структура гендерных различий в клинических группах иная. В группе больных шизофренией, по сравнению со здоровыми подростками, не выявляются гендерные различия по способности понимать логику развития ситуации межличностного взаимодействия, а также по частоте экстра- и интрапунитивных реакций. У мальчиков сохраняются более низкие баллы при оценке сформированности социальных навыков сверстников, однако, их оценки собственных социальных навыков только на уровне тенденции ниже, чем у девочек ( $p < 0,1$ ). Фиксация на препятствии у мальчиков, больных шизофренией, значимо ниже, а фиксация на самозащите - значимо выше, чем у девочек ( $p < 0,01$ ).

В группе подростков с расстройствами поведения, как и в группе больных шизофренией, исчезают гендерные различия по способности понимать логику развития ситуации межличностного взаимодействия. В отличие от больных шизофренией, у них отмечаются значимые различия по способностям правильно понимать как невербальные, так и вербальные характеристики межличностной информации, по которым мальчики с расстройствами поведения начинают набирать значимо более низкие баллы ( $p < 0,05$ ). У мальчиков с расстройствами поведения значимо ниже баллы по частоте импунитивных реакций на фрустрацию ( $p < 0,05$ ). Так же, как и у здоровых

подростков, у мальчиков с расстройствами поведения ниже фиксация на препятствии (на уровне тенденции  $p < 0,1$ ) и выше фиксация на самозащите ( $p < 0,05$ ), чем у девочек этой группы. Мальчики с расстройствами поведения, на уровне тенденции, чаще, чем девочки, используют экстрапунитивные реакции ( $p < 0,1$ ), однако у них нет различий по частоте интрапунитивных реакций.

Типичный паттерн поведения в ситуации фрустрации межличностного общения обладает гендерными различиями. По критерию Хи-квадрат Пирсона есть различия в способах реагирования на «друга» между мальчиками (Pearson Chi-square: 18,6542;  $df=6$ ,  $p=,004792$ ), выявлены значимые различия между мальчиками по распределению чувств в ответ на действия «отца» (Pearson Chi-square: 27,9327;  $df=6$ ,  $p=,000097$ ), «матери» (Pearson Chi-square: 38,5716;  $df=6$ ,  $p=,000001$ ), «подруги» (Pearson Chi-square: 30,1855;  $df=6$ ,  $p=,00003627$ ), «друга» (Pearson Chi-square: 37,7832;  $df=6$ ,  $p=,000001$ ), «директора» (Pearson Chi-square: 26,3509;  $df=6$ ,  $p=,000192$ ), «уличных контактов» (Pearson Chi-square: 14,8678;  $df=6$ ,  $p=,021317$ ). Мальчики с расстройствами поведения более агрессивны по отношению к персонажам фрустрации, они не способны выразить свои чувства на языке эмоций. Мальчики, больные шизофренией, испытывают стойкие негативные чувства по отношению к любому персонажу фрустрации, а здоровые мальчики больше ориентированы на свою референтную группу, испытывают по отношению к своим друзьям нейтральные чувства, а к остальным – негативные чувства.

У девочек, по критерию Хи-квадрат Пирсона, есть различия в способах реагирования на критические замечания «отца» (Pearson Chi-square: 16,6363;  $df=6$ ,  $p=,010721$ ), «матери» (Pearson Chi-square: 21,5009;  $df=6$ ,  $p=,001492$ ), «директора» (Pearson Chi-square: 23,4044;  $df=6$ ,  $p=,000672$ ), выявлены значимые различия по распределению чувств в ответ на действия «отца» (Pearson Chi-square: 25,7162;  $df=6$ ,  $p=,000252$ ), «матери» (Pearson Chi-square: 17,8792;  $df=6$ ,  $p=,006545$ ), «подруги» (Pearson Chi-square: 23,0134;  $df=6$ ,  $p=,000793$ ), «друга» (Pearson Chi-square: 22,0522;  $df=6$ ,  $p=,001186$ ), «директора» (Pearson Chi-square: 21,5094;  $df=6$ ,  $p=,001486$ ), «уличных

контактов» (Pearson Chi-square: 36,2106;  $df=6$ ,  $p=,000003$ ). Здоровые девочки чаще испытывают нейтральные чувства по отношению к фрустрирующему персонажу, девочки с расстройствами поведения чаще не способны выразить свои чувства на языке эмоций, а девочки, больные шизофренией, чаще испытывают негативные чувства вне зависимости от персонажа межличностного общения. Девочки в целом демонстрируют большую вариативность, как в поведенческом, так и в эмоциональном реагировании, по сравнению с мальчиками своих групп, они варьируют своё поведение и испытываемые чувства в зависимости от оппонента диалога.

### 3. Исследование социального интеллекта, социальных навыков и типичного паттерна поведения в ситуации фрустрации с помощью дисперсионного анализа.

Согласно дисперсионному анализу, на способность предвидеть логическое завершение межличностной ситуации ( $F=8,6$ ;  $p<0,001$ ), на способность понимать невербальные характеристики общения ( $F=15,4$ ;  $p<0,001$ ), на способность понимать вербальные характеристики общения ( $F=15,4$ ;  $p<0,001$ ), на способность понимать логику развития ситуации общения ( $F=36,8$ ;  $p<0,001$ ) влияет только переменная «группа», что сводится к представленным выше результатам (различия по критерию Манна-Уитни). В клинических группах показатели способности предвидеть логическое завершение межличностной ситуации значимо ниже, чем в норме. Баллы по способности правильно понимать вербальные характеристики общения у больных шизофренией, по сравнению с подростками с расстройствами поведения, снижаются.

На оценку сформированности социальных навыков сверстников «пол» ( $F=6,7$ ;  $p<0,05$ ) и «группа» ( $F=3,6$ ;  $p<0,05$ ) влияют значимо и независимо друг от друга. Больные шизофренией ниже оценивают социальные навыки сверстников. При этом во всех группах оценки мальчиков ниже, чем девочек.

Аналогично, на меру социальной адаптации влияют и «пол» (на уровне тенденции,  $F=3,7$ ;  $p<0,06$ ), и «группа» ( $F=15,1$ ;  $p<0,001$ ): мальчики в целом

набирают меньшие показатели, чем девочки, а результаты в клинических группах выше, чем в контрольной группе.

Схожие особенности характерны для экстрапунитивных реакции: «группа» ( $F=5,5$ ;  $p<0,05$ ) и «пол» ( $F=4,6$ ;  $p<0,05$ ) влияют на показатели независимо друг от друга. Мальчики в целом чаще используют экстрапунитивные реакции на фрустрацию, тогда как в клинических группах частота их использования снижается. Интрапунитивные реакции зависят только от группы ( $F=3,2$ ;  $p<0,05$ ), усиливаясь в клинических группах по сравнению с контрольной группой.

Импунитивные реакции зависят как от «пола» ( $F=6,5$ ;  $p<0,05$ ), так и от «группы» ( $F=3,3$ ;  $p<0,05$ ): они менее выражены у мальчиков в целом, а также у здоровых подростков и подростков, больных шизофренией, по сравнению с подростками с расстройствами поведения.

На выраженность фиксации на препятствии влияют как «пол» ( $F=34,7$ ;  $p<0,001$ ) и «группа» ( $F=4,5$ ;  $p<0,05$ ), так и взаимодействие между ними ( $F=4,0$ ;  $p<0,05$ ). Мальчики во всех группах реже фиксируются на препятствии, чем девочки. Подростки с расстройствами поведения значимо чаще фиксируются на препятствии, чем здоровые испытуемые и подростки, больные шизофренией. Однако имеет место и взаимодействие переменных: гендерные различия становятся особенно сильны при шизофрении, где у мальчиков в значительной степени урежается фиксация на препятствии, и сглаживаются при расстройствах поведения, где все испытуемые чаще фиксируются на препятствии.

На выраженность фиксации на самозащите также влияют как «пол» ( $F=47,1$ ;  $p<0,001$ ) и «группа» ( $F=7,2$ ;  $p<0,05$ ), так и взаимодействие между ними ( $F=4,2$ ;  $p<0,05$ ). Фиксация на самозащите больше выражена у мальчиков и значительно снижена у подростков с расстройствами поведения. Взаимодействие пола и группы выражается в том, что у подростков с расстройствами поведения гендерные различия сглаживаются - у мальчиков резко снижается фиксация на самозащите.

#### 4. Корреляционный анализ (Спирмен) структуры связи социального интеллекта, социальных навыков и реакций на фрустрацию.

В группе больных шизофренией появляются значимые положительные корреляции всех способностей, входящих в состав социального интеллекта. Оценки как своих социальных навыков, так и социальных навыков сверстников в этой группе фактически повторяют друг друга ( $R=0,8$ ), т.е. оценка социальных навыков сверстников полностью зависит от оценки собственных социальных навыков.

Единственной значимой корреляцией у здоровых подростков является отрицательная корреляция способности понимать логику ситуации межличностного взаимодействия и оценки социальных навыков сверстников ( $R=-0,43$ ;  $p<0,01$ ). Помимо этого, выявляется положительная корреляция на уровне тенденции ( $p<0,1$ ) между способностью понимать невербальные характеристики общения и способностью понимать логику развития ситуации межличностного взаимодействия.

В группе подростков с расстройствами поведения способность понимать невербальные характеристики общения положительно связана со способностью понимать вербальные характеристики общения ( $R=0,48$ ;  $p<0,001$ ). Со способностью понимать вербальные характеристики общения, на уровне тенденции, коррелирует способность понимать логику развития ситуации межличностного взаимодействия. Помимо этого, появляется высокая положительная корреляция оценок собственных социальных навыков и социальных навыков сверстников - чем выше подростки с расстройствами поведения оценивают свои социальные навыки, тем выше они оценивают социальные навыки сверстников.

#### 5. Кластерный анализ структуры переменных социальной компетентности.

Кластерный анализ позволил установить схожие группы у мальчиков и девочек контрольной группы, кластеризация в клинических группах иная. В обеих клинических группах распадается единство структуры социальной компетентности, оценки социальных навыков становятся более связанными с

реакциями на фрустрацию. Способность понимать логику развития ситуации общения в обеих клинических группах перестает быть связанной с другими способностями социального интеллекта. Помимо этого, увеличиваются гендерные различия, которые не наблюдались в норме.

В группе больных шизофренией, согласно матрице агломераций, следует выделить четыре подгруппы испытуемых. По критерию Краскала-Уоллиса группы значимо различаются ( $p < 0,05$ ) по всем способностям социального интеллекта. Значимых различий по оценкам собственных социальных навыков и социальных навыков сверстников не выявлено. Интересно, что различия кластеров довольно значительны по способности предвидеть логическое завершение ситуации и по способности понимать вербальные характеристики общения и становятся незначительными по способности понимать логику развития ситуации общения, по которой практически все испытуемые набирают очень низкие показатели.

Согласно матрице агломераций, в группе подростков с расстройствами поведения можно выделить три подгруппы испытуемых. По критерию Краскала-Уоллиса группы значимо различаются ( $p < 0,05$ ) по всем способностям социального интеллекта. Значимых различий по оценке, как собственных социальных навыков, так и социальных навыков сверстников, не выявлено.

Согласно матрице агломераций, в контрольной группе можно выделить три подгруппы испытуемых. По критерию Краскала-Уоллиса группы значимо различаются ( $p < 0,05$ ) по способности предвидеть логическое завершение ситуации общения, по способности понимать невербальные характеристики общения и по способности понимать логику развития ситуации общения. Значимых различий по способности понимать вербальные характеристики общения и по оценке своих социальных навыков и социальных навыков сверстников не выявлено.

**Во втором параграфе** приводится качественный анализ социальной компетентности у подростков: расшифровываются и психологически

интерпретируются данные исследования по каждой из методик отдельно в каждой из исследуемых групп.

**Третий параграф «Обсуждение полученных результатов»** посвящен обобщению результатов в соответствии с целями и задачами исследования. В нем проведена интерпретация полученных в эмпирическом исследовании данных в заданном теоретическом контексте. Полученные результаты анализируются и сопоставляются с отечественными и зарубежными исследованиями, посвященными изучению социального интеллекта, социальных навыков и особенностей реакции на фрустрацию, а также особенностям социального функционирования больных шизофренией.

Наше исследование не только позволяет охарактеризовать ведущую деятельность эмоционально-личностного общения в подростковом возрасте и протекание реакции эмансипации, но и выделить значимые для подростка фигуры, увидеть гендерные различия. Однако, в отличие от аналогичных исследований особенностей межличностного взаимодействия подростков, проведенное сравнительное исследование здоровых и психически больных сверстников позволяет посмотреть, соблюдаются ли основные закономерности онтогенетического развития у подростков с психической патологией. Подростки обеих клинических групп более зависимы от окружения, чем их здоровые сверстники, однако, подростки с расстройствами поведения, как и их здоровые сверстники, ориентированы на ровесников, в то время как больные шизофренией демонстрируют тесную связь с матерью.

В качестве основных особенностей межличностного взаимодействия во фрустрирующих ситуациях у подростков, больных шизофренией, выделяется большая эмоциональная чувствительность к ситуации фрустрации в общении. Они чаще испытывают негативные эмоции по отношению к оппоненту вне зависимости от его статуса, пола и значимости. Социальный интеллект у подростков, больных шизофренией, отличается слабой дифференцированностью отдельных способностей, о чем свидетельствуют положительные корреляции всех способностей социального интеллекта. Скорее всего, данный факт указывает на то, что в основе снижения

показателей социального интеллекта и нарушения межличностного общения лежит единый фактор, в качестве которого может выступать нарушение невербальной коммуникации в раннем детстве с последующими трудностями распознавания эмоций. Нельзя исключить и вклад органической мозговой дисфункции, затрудняющей восприятие и переработку любой сложной информации, в частности, коммуникативной.

Методологическая основа и дизайн исследования позволяют отнести его к работам, выполненным как в рамках культурно-исторического подхода, так и в рамках эмпирического изучения патологии психической деятельности у больных шизофренией в школе Б.В. Зейгарник (1986) и Ю.Ф. Полякова (1974).

В **Заключении** подводятся основные итоги проведенного исследования, обсуждаются перспективы дальнейшего изучения социальной компетентности с позиций клинико-психологического подхода, обсуждаются возможности и мишени психологической коррекции выявленных нарушений.

## **ВЫВОДЫ**

1. Разработана и описана клинико-психологическая модель, согласно которой социальная компетентность есть сложный по структуре феномен, включающий социальный интеллект, социальные навыки и типичный паттерн поведения при фрустрации в межличностной коммуникации.
2. Социальная компетентность в норме характеризуется развитым социальным интеллектом, независимостью, самостоятельностью и отсутствием стереотипных реакций на фрустрацию в межличностной коммуникации, что позволяет подросткам справляться с трудностями пубертатного возраста.
3. У подростков, больных шизофренией, и у подростков с расстройствами поведения наблюдаются нарушения социального функционирования в виде дефицитарности разных звеньев социальной компетентности:
  - 3.1. Социальная компетентность подростков, больных шизофренией, характеризуется: низким уровнем и слабой дифференцированностью социального интеллекта; переоценкой собственных социальных

навыков и недооценкой навыков сверстников; фиксацией на самозащите в ситуации фрустрации; высокой фрустрационной нагруженностью любых социальных контактов, независимо от степени близости респондента;

- 3.2. Для социальной компетентности подростков с расстройствами поведения характерны: низкий уровень социального интеллекта; адекватная оценка собственных социальных навыков и социальных навыков сверстников; фиксация на препятствии в ситуации фрустрации; неспособность в ситуации фрустрации описать свои чувства на языке эмоций, подмена чувств описанием своего физического состояния, мыслей или действий.
- 3.3. Подростки обеих клинических групп обнаруживают большую зависимость от окружения, чем их здоровые сверстники: подростки с расстройствами поведения - от ровесников; больные шизофренией – от матери.
4. Социальная компетентность подростков всех исследованных групп имеет общие признаки:
  - сформированность представлений о социальных навыках;
  - умение оценить результат той или иной социальной ситуации;
  - затруднения при необходимости анализировать сложные социальные взаимодействия, требующие учета разных характеристик поведения и эмоциональных состояний участников общения.
5. Существуют гендерные различия в показателях социальной компетентности во всех исследуемых группах:
  - здоровые мальчики лучше справляются со сложными социальными ситуациями и в большей степени склонны к агрессивным реакциям;
  - мальчики с расстройствами поведения хуже, чем девочки, распознают вербальные и невербальные характеристики участников социального общения и так же, как в норме, более склонны к агрессивным реакциям;

- у подростков, больных шизофренией, нет гендерных различий социального интеллекта, но мальчики этой группы чаще фиксируются на самозащите и более склонны к агрессивным реакциям;
  - девочки всех групп демонстрируют большую вариативность эмоционального реагирования в ситуациях фрустрации, чем мальчики.
6. Предложенный комплекс методик позволяет проводить оценку развития социальной компетентности у подростков, как в норме, так и при различной психической патологии.

### ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Основное содержание диссертационной работы отражено в 8 научных публикациях (общий объем – 2,93 п.л., авторский вклад – 2,86 п.л.).

**Публикации в рецензируемых журналах, утвержденных ВАК Министерства образования и науки РФ для публикации основных результатов диссертационных исследований:**

1. Левикова, Е.В. Особенности социальной компетентности подростков, больных шизофренией / Е.В. Левикова // Сибирский психологический журнал, Томск. – 2010. - № 36, - С. 57-59. (0,3 п.л.).
2. Левикова, Е.В. Социальная компетентность больных шизофренией подростков. Ч. 1 [Электронный ресурс] / Е.В. Левикова // Психологические исследования: электрон. науч. журн. - 2010. - N 2(10). – Шифр Информрегистра: 0421000116\0013. – Режим доступа: <http://www.psystudy.ru/index.php/num/2010n2-10/304-levikova10.html> (1 п.л.).
3. Левикова, Е.В. Социальная компетентность больных шизофренией подростков. Часть 2 [Электронный ресурс] / Е.В. Левикова // Психологические исследования: электрон. науч. журн. - 2010. - N 4 (12). – Режим доступа: <http://www.psystudy.ru/index.php/num/2010n4-12/346-levikova12.html> (1,03 п.л.).

Научные публикации в других изданиях:

4. Левикова, Е.В. Особенности социальной компетентности подростков, больных шизофренией / Е.В. Левикова // Материалы научно-практических конгрессов III Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». - Т. 3. - Ч. 2. – Разд. «Психология в междисциплинарном поле наук». - М.: МГУ, 2007. – С. 545 – 547. (0,2 п.л.).
5. Левикова, Е.В. Социальная компетентность подростков, больных шизофренией / Е.В. Левикова // Материалы научно-практических конгрессов IV Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». - Т.2. – М., 2008. - С. 232-233. (0,1 п.л.).
6. Левикова, Е.В., Печникова, Л.С. Социальная компетентность подростков, больных шизофренией / Е.В. Левикова, Л.С. Печникова // Актуальные проблемы оказания психиатрической помощи в Северо-Западном регионе Российской Федерации: тезисы научно-практической конференции с международным участием / под ред. проф. Литвинцева С.В., проф. Колчева А.И. – СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2008. – С. 70. (0,1 п.л./0,03 п.л.)
7. Левикова, Е.В. Социальная компетентность подростков, больных шизофренией / Е.В. Левикова // Третья международная конференция по когнитивной науке. Тезисы докладов. – Т. 2. - 20-25 июня, М., 2008. – С. 350 – 351. (0,1 п.л.)
8. Социальная компетентность у подростков, больных шизофренией / Е.В. Левикова // Тезисы Второй Всероссийской научно-практической конференции по психологии развития «Другое Детство». - Москва, 25-27 ноября 2009 года. - М., 2009. – С. 82-84. (0,1 п.л.).