

На правах рукописи

Плужников Илья Валерьевич

**ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ ИНТЕЛЛЕКТ ПРИ
АФФЕКТИВНЫХ РАССТРОЙСТВАХ**

Специальность 19.00.04 – Медицинская психология
(психологические науки)

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Москва – 2010

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

Научный руководитель: **Тхостов Александр Шамилевич** – доктор психологических наук, профессор; заведующий кафедрой нейро- и патопсихологии факультета психологии ФГОУ ВПО «МГУ имени М.В.Ломоносова»

Научный консультант: **Краснов Валерий Николаевич** – доктор медицинских наук, профессор; директор ФГУ "МНИИП Росздрава"

Официальные оппоненты: **Тарабрина Надежда Владимировна** – доктор психологических наук, профессор; заведующий лабораторией психологии посттравматического стресса ИП РАН

Гульдан Виктор Викторович – доктор психологических наук; руководитель психологической лаборатории Московского областного центра социальной и судебной психиатрии при ЦМОКПб

Ведущая организация: федеральное государственное учреждение «Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита состоится 28 мая 2010 г. в 15.00 часов на заседании диссертационного совета Д 501.001.15 в Московском государственном университете имени М.В. Ломоносова по адресу: 125009, Москва, улица Моховая, дом 11, строение 9, аудитория 102.

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

Автореферат разослан 26 апреля 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета

Е.Ю. Балашова

I. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы исследования. Согласно современным психологическим исследованиям (R. Sternberg, 2005; Г. Гарднер, 2007), интеллект не является единой познавательной способностью: в качестве самостоятельных видов выделяются лингвистический, логико-математический, музыкальный, социальный и др. виды интеллекта. Особое внимание уделяется *эмоциональному интеллекту* в связи с тем значением, которое ему придается в успешной адаптации человека. Перспективность и обоснованность использования концепта «эмоциональный интеллект» были показаны во множестве работ, выполненных в рамках общей, социальной и организационной психологии. Адаптация в современном обществе, карьерный рост, отношения в семье – все они связаны не только и не столько с формальными способностями и когнитивным функционированием индивида, сколько с определенного рода интеллектуальными и поведенческими навыками, тесно связанными с эмоциональной сферой личности.

Показано, что высокий уровень развития эмоционального интеллекта способствует успешности в различных сферах человеческой жизни – таких, как образование, юриспруденция, медицина (M. Brackett, J. Mayer, R. Warner, 2003; M. Zeidner et al., 2004; Д. Гоулман, 2008); а низкий – связан с социальной дезадаптацией: аффективными расстройствами (прежде всего депрессией и тревогой), а также различными формами отклоняющегося поведения (G. Matthews, M. Zeidner, R. Roberts, 2002; J. Mayer, P. Salovey, D. Caruso, 2004; С.Дж. Стейн, Г. Бук, 2007; Д. Гоулман, 2008; Т. Бредберри, Дж. Гривз, 2008). Отмеченная связь может рассматриваться в качестве одной из психологических причин указанных психопатологических состояний.

К началу XXI века распространенность депрессий в общей популяции достигла 10-20% (Г.И. Каплан, Б.Дж. Сэдок, 2002; А.А. Чуркин, Н.А. Творогова, 2006; С.Н. Мосолов, 2007), а тревожно-фобические расстройства на каком-либо этапе жизни охватывают около 30% женского и

19% мужского населения. Для женщин заболеваемость в течение года составляет 23%, для мужчин – 12% (R.C. Kessler et al., 1994).

Аффективные расстройства в виде депрессии и тревоги являются важным фактором риска суицидального поведения (В.В. Войцех, 2006), возникновения болезней зависимости (Н.-У. Wittchen, 1988; А.Г. Гофман, 2003), а также в значительной степени осложняют протекание и лечение сопутствующих соматических заболеваний (О.П. Вертоградова, 1985; В.Н. Краснов, 2001).

Эти расстройства лежат тяжелым экономическим бременем на современном обществе: общие затраты на больных депрессией составили, по одним данным, 30 млрд. долларов (E.S. Paykel, T. Brugha, T. Fryers, 2005), по другим – более 100 млрд. евро в год (Н.-У. Wittchen, F. Jacobi, 2005). Например, в США финансовая помощь пациентам с тревожно-фобическими расстройствами составляет более 46 млрд. долларов, что является третью от общих расходов на здравоохранение (Р. Карсон, Дж. Батчер, С. Минека, 2004). Депрессии и невротические расстройства – одна из главных причин снижения трудоспособности, которая превосходит в этом сердечно-сосудистые заболевания, диабет, артрит и др. (R.C. Kessler, R.G. Frank, 1997).

Таким образом, **актуальность настоящего исследования** обусловлена необходимостью разработки проблемы эмоционального интеллекта в отечественной клинической психологии и потребностью общества в уменьшении негативных последствий, связанных с расстройствами аффективного спектра.

Цель исследования – изучение структуры эмоционального интеллекта при психических заболеваниях и его роли в симптомообразовании аффективных расстройств.

В соответствии с целью диссертационной работы были сформулированы следующие **задачи исследования**:

1. Методологический анализ современных теоретических и эмпирических исследований эмоционального интеллекта в норме и патологии.

2. Теоретическое обоснование предложенной клинико-психологической модели эмоционального интеллекта.

3. Разработка и адаптация методического комплекса для изучения различных составляющих эмоционального интеллекта при психической патологии.

4. Исследование структуры, особенностей и нарушений эмоционального интеллекта у больных с аффективными расстройствами (депрессивными, тревожными, обсессивно-компульсивными и соматоформными расстройствами) в сопоставлении с другими формами психической патологии (шизофренией).

5. Оценка соотношения эмоционального и формального интеллекта в норме и при аффективных расстройствах.

6. Анализ особенностей эмоционального интеллекта больных в зависимости от длительности заболевания, ведущего психопатологического синдрома и нозологической принадлежности расстройств аффективного спектра.

Объект исследования – эмоциональный интеллект у психически здоровых лиц и у больных с психическими расстройствами.

Предмет исследования – особенности нарушений эмоционального интеллекта при аффективных расстройствах (депрессивных, тревожных, обсессивно-компульсивных, соматоформных) и шизофрении.

Теоретико-методологические основания диссертационного исследования: культурно-деятельностная традиция Московской психологической школы (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев); представления о единстве аффективной и познавательной сфер личности (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Е.Т. Соколова, А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян); абилятивная концепция эмоционального интеллекта (Дж. Мэйер, П. Сэловей, Д. Карузо); выделение нарушений знаково-символического опосредствования как центрального механизма симптомообразования различных форм патологии (Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник, Е.Т. Соколова,

В.В. Николаева, Ю.П. Зинченко, А.Ш. Тхостов); отечественный клинико-психологический подход к изучению психических расстройств, основанный на принципе синдромного анализа (А.Р. Лурия, Б.В. Зейгарник, Ю.Ф. Поляков, Е.Т. Соколова, В.В. Николаева); клиническая концепция расстройств аффективного спектра, основанная на биопсихосоциальной модели психической патологии (В.Н. Краснов).

В качестве основных **методов исследования** были выбраны: психодиагностический, клинико-психологический, экспериментально-психологический, а также методы математико-статистической обработки данных. Использовались: тест эмоционального интеллекта Мэйера-Сэловея-Карузо (MSCEIT), методика классификации эмоционально выразительных лиц по сенсорно-перцептивным признакам, опросник когнитивной регуляции эмоций (CERQ), полуструктурированное клинико-психологическое интервью, методика диагностики структуры интеллекта взрослых Д. Векслера, Шкала дифференциальных эмоций, Госпитальная шкала тревоги и депрессии, методический прием исследования эмоциональной регуляции познавательной деятельности.

Испытуемые. В исследовании приняли участие 50 здоровых лиц, 40 больных с аффективной патологией, 80 пациентов с невротическими расстройствами, 25 больных шизофренией. 167 здоровых испытуемых приняли участие в апробации русскоязычного варианта опросника когнитивной регуляции эмоций. Всего в исследовании приняли участие 362 человека.

Достоверность и надежность результатов обеспечена репрезентативностью выборки испытуемых, применением научно обоснованных методов психологического исследования, корректной и адекватной обработкой полученных данных с помощью методов математической статистики.

Гипотезы:

1. При разных формах психических расстройств особенности и нарушения эмоционального интеллекта могут иметь различные качественные и

количественные характеристики, являясь как первичными, так и вторичными симптомами.

2. В норме эмоциональный интеллект и формальный интеллект могут быть независимыми структурно-функциональными единицами психики. При некоторых формах психопатологии вероятны феномены агглютинации, а также полной автономии между этими двумя функциями.
3. Особенности эмоционального интеллекта при аффективных расстройствах могут быть устойчивыми характеристиками, не связанными с длительностью заболевания.

Положения, выносимые на защиту:

1. Эмоциональный интеллект является относительно независимой от формального интеллекта метакогнитивной способностью, состоящей из трех иерархически организованных компонентов (восприятия, понимания и регуляции эмоциональных состояний), реализующихся в особой познавательной деятельности, основной целью которой является наиболее точное и эффективное отражение своих и чужих эмоций для успешного управления ими в целях и задачах другой деятельности (например, профессиональной, общения, переживания).
2. Предлагаемый способ выделения специфических систем связей, а также сохраненных и нарушенных звеньев эмоционального интеллекта при отдельных расстройствах аффективного спектра и шизофрении с использованием принципов синдромного подхода (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия) и психометрических технологий является перспективным для интерпретации психодиагностических данных.
3. Функциональное снижение эмоционального интеллекта при аффективных расстройствах связано с наличием коморбидного расстройства личности, а также с рангом ведущего психопатологического синдрома.
4. Нарушения эмоционального интеллекта при депрессивных, тревожных и обсессивно-компульсивных расстройствах не связаны с длительностью заболевания, являются устойчивыми во времени и вносят свой

специфический вклад в патогенез указанных психопатологических состояний в качестве predispositionных и хронифицирующих личностных факторов.

Научная новизна. Впервые в отечественной клинической психологии проведено комплексное исследование эмоционального интеллекта при аффективных расстройствах и шизофрении с применением психодиагностического, экспериментального, клинко-психологического и математико-статистического методов.

Разработана и апробирована в эмпирическом исследовании теоретическая клинко-психологическая модель эмоционального интеллекта, состоящая из трех основных структурно-функциональных компонентов: восприятия эмоций, понимания эмоций, регуляторного компонента эмоционального интеллекта (эмоциональной регуляции познавательной деятельности, когнитивной регуляции эмоций).

Выявленные «двойные диссоциации» функций эмоционального интеллекта при расстройствах аффективного спектра и шизофрении продемонстрировали правомерность выделения компонентов, представленных в авторской модели эмоционального интеллекта. Центральным нарушением, определяющим психологическую картину состояния эмоционального интеллекта при всех аффективных расстройствах, является нарушение его регуляторного компонента. Это проявляется, с одной стороны, в дефицитности знаково-символического опосредствования эмоциональной регуляции, что ведет к нарушению ее актуального функционирования, а с другой – в актуализации деструктивных стратегий саморегуляции эмоциональных состояний (самообвинений, руминаций, катастрофизации, употребления алкоголя для снятия тревоги, избегающего поведения и др.). Показаны нарушения и импрессивных функций эмоционального интеллекта (ухудшение восприятия эмоций по сравнению с нормой) у больных с аффективной патологией и шизофренией. Грубый дефицит вербализации эмоциональных состояний выявлялся при соматоформных расстройствах.

Использование базовых принципов синдромного клинико-психологического анализа позволило определить место нарушений тех или иных компонентов эмоционального интеллекта при отдельных психических расстройствах, выделить первичные и вторичные симптомы, сохранные звенья, компенсаторные связи и механизмы.

Показана роль таких клинических характеристик, как синдромальная и нозологическая принадлежность, а также длительность болезненного состояния, в структуре нарушений эмоционального интеллекта при аффективных расстройствах.

Разработаны и апробированы в эмпирическом исследовании экспериментально-психологическая методика, направленная на оценку функций восприятия эмоций («Классификация эмоционально выразительных лиц по сенсорно-перцептивным признакам») и экспериментальный методический прием изучения особенностей эмоциональной регуляции познавательной деятельности при пограничных психических расстройствах. На русскоязычной выборке адаптирован опросник когнитивной регуляции эмоций (CERQ), продемонстрировавший высокие показатели валидности, надежности и согласованности.

Теоретическое значение. Проведенное исследование предлагает новые возможности решения проблемы связи «аффекта и интеллекта» путем введения в клиническую психологию концепта «эмоциональный интеллект». Принципы синдромного клинико-психологического подхода в сочетании с применением методов математической статистики демонстрируют свою эвристичность для анализа особенностей эмоционального интеллекта при психической патологии. Полученные данные о стабильности во времени нарушений эмоционального интеллекта при аффективных расстройствах дополняют существующие представления о психосоциальных факторах патогенеза этих форм психопатологии.

Практическое значение. Результаты, полученные в диссертационной работе, могут быть применены в клинико-психологической диагностике

больных с расстройствами аффективного спектра, аномалиями личности и другими пограничными состояниями. Результаты и методы исследования могут быть применены психологами, решающими экспертные задачи. Полученные в работе данные о нарушенных и сохранных звеньях эмоционального интеллекта могут использоваться для оптимального выбора психокоррекционных и реабилитационных технологий, а также для более точного прогнозирования ожидаемой эффективности психотерапевтических интервенций и перспектив социальной адаптации пациентов в зависимости от их индивидуально-личностных особенностей.

Апробация результатов работы и публикации. Работа обсуждалась на заседании кафедры нейро- и патопсихологии факультета психологии МГУ имени М.В. Ломоносова 9 декабря 2009 года (протокол № 598). Основные результаты, полученные в диссертационном исследовании, были доложены на Научной конференции «Ломоносовские чтения» (Москва, 18 апреля 2008 г.); Секции «Психология» XIV, XV и XVI Международных научных конференций студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» (Москва, апрель 2007, 2008, 2009 гг.) и Школе молодых ученых, организованной Российским обществом психиатров (Суздаль, 30 сентября – 3 октября 2009 г.). Основное содержание диссертационной работы отражено в 9 научных публикациях (общий объем – 2,8 п.л., авторский вклад – 2,16 п.л.).

Результаты исследования используются в курсе «Клиническая психология» на факультете психологии МГУ имени М.В. Ломоносова, а также в практической и научно-исследовательской работе Отделения расстройств аффективного спектра Московского научно-исследовательского института психиатрии Росздрава и Клинической психиатрической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина.

Объем и структура диссертации. Основной текст составляет 190 страниц машинописного текста. Диссертация состоит из введения, двух частей, пяти глав, заключения, выводов, списка литературы (505 наименований, из которых 254 на иностранном языке) и трех приложений. Работа содержит 12 рисунков, 42 таблицы, 12 графиков и 5 диаграмм.

II. ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во **введении** обосновывается актуальность изучения эмоционального интеллекта в клинической психологии; сформулированы предмет, объект, цель, задачи и гипотезы исследования; раскрыты теоретико-методологические основания работы; дана краткая характеристика обследованных групп испытуемых и использованных методов, научной новизны, теоретического и практического значения; представлены основные положения, выносимые на защиту.

В *теоретической части* работы, в **главе 1 «Понятие эмоционального интеллекта: теоретические проблемы, основные модели и методы измерения»**, представлен обзор литературы, посвященной общепсихологическим исследованиям эмоционального интеллекта.

В **первом параграфе** анализируется история развития взглядов на проблему связи «аффекта и интеллекта», одним из вариантов решения которой является введение в концептуальный аппарат психологии понятия «эмоциональный интеллект». Рассматривается историческое влияние и современные теоретические основания концепции эмоционального интеллекта – когнитивные теории эмоций (М. Арнольд, С. Шахтер, Дж. Зингер, Р. Лазарус), теории интеллекта (Э. Торндайк, Г. Оллпорт, Д. Векслер, Л. Терстоун, Г. Айзенк, Дж. Гилфорд, С. Эпштейн, Р. Стернберг, Г. Гарднер), метакогнитивный подход (Дж. Флейвелл, Г. Уэллмен, М. Феррара, А. Браун, А.В. Карпов) и позитивная психология (М. Сэлигман, К. Петерсон, Э. Айзен).

Второй параграф посвящен рассмотрению смешанных концепций эмоционального интеллекта (Д. Гоулман, Р. Бар-Он, Д.В. Люсин), в которых эмоциональный интеллект рассматривается как совокупность когнитивных, личностных (включая темпераментные) и мотивационно-волевых черт, характеристик самосознания, социальных умений и навыков, тесно связанных с адаптацией к реальной жизни и процессами совладания. Анализируются сильные и слабые стороны указанных моделей. Одной из слабых сторон всех

смешанных концепций является то, что в них эмоциональный интеллект измеряется с помощью опросников, основанных на самоотчете. За применением такого типа методик стоит допущение, что люди способны давать точный самоотчет относительно собственного поведения, своих навыков и умений, входящих в понятие эмоционального интеллекта. Это допущение может служить ограничением для применения методик, разработанных в рамках смешанных концепций, в клинике психических расстройств.

В **третьем параграфе** первой главы рассматриваются концепции, в которых эмоциональный интеллект понимается как способность или система связанных между собой способностей. Наиболее известной, теоретически и эмпирически проработанной моделью эмоционального интеллекта как способности является концепция, предложенная Дж. Мэйером, П. Сэловеем, Д. Карузо и их сотрудниками. В данной концепции эмоциональный интеллект рассматривается как система способностей («ветвей»), куда включаются восприятие эмоций, использование эмоций для решения проблем, понимание эмоций и управление эмоциональными состояниями. Для оценки эмоционального интеллекта авторами была создана методика MSCEIT (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test), построенная как объективный тест интеллекта и включающая в себя по два субтеста на каждую «ветвь» эмоционального интеллекта.

В заключение первой главы делаются обобщения, подводятся итоги теоретического анализа рассматриваемой проблематики в рамках общей психологии. Делается вывод, что концепция Дж. Мэйера, П. Сэловей и Д. Карузо описывает именно эмоциональный интеллект, который понимается как когнитивная способность, ориентированная на переработку эмоциональной информации. Предложенная авторами методика обладает хорошими психометрическими характеристиками, в том числе конструктивной валидностью (тест эмоционального интеллекта направленно измеряет эмоциональный интеллект, а не личностные черты и мотивационные процессы, измеряемые в методиках, разработанных в русле смешанных концепций) и не является

опросником, основанным на самоотчете. Таким образом, именно концепция Дж. Мэйера, П. Сэловея и Д. Карузо и предложенное ими методическое обеспечение могут стать адекватной основой для создания клинико-психологической модели эмоционального интеллекта.

Глава 2 «Клинико-психологическая модель эмоционального интеллекта» посвящена теоретическому обоснованию авторского понимания эмоционального интеллекта для решения задач исследования особенностей этой способности при психической патологии.

В первом параграфе анализируется место понятия «эмоциональный интеллект» в ряду других, близких к нему клинико-психологических понятий, также являющихся вариантами решения проблемы связи «аффекта и интеллекта» – это такие понятия, как «эмоциональная активность» (Н.С. Курек, Н.Г. Гаранян), «когнитивно-аффективный стиль личности» (Е.Т. Соколова, А. Бек, Д. Шапиро), «эмоциональный уровень внутренней картины болезни», «эмоциональная регуляция» и «репрезентация эмоций» (В.В. Николаева), «эмоция как высшая психическая функция» (Е.Д. Хомская, А.Ш. Тхостов).

Авторская модель эмоционального интеллекта базируется на следующих методологических основаниях:

1. *Положение о культурно-историческом происхождении и деятельностной природе* (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн, Е.П. Ильин) эмоционального интеллекта в структуре психики субъекта.
2. *Понимание эмоционального интеллекта как совокупности определенных способностей* (Дж. Мэйер, П. Сэловей, Д. Карузо). Из этого основания могут быть выделены следующие следствия: (1) методический инструментарий, разработанный в рамках данной модели (MSCEIT), может быть использован в клинических условиях, в первую очередь, в связи с его хорошими психометрическими показателями и структурной организацией, отличающейся от опросников; (2) индивидуальные различия в эмоциональном интеллекте обусловлены степенью сформированности и развитости тех или иных его компонентов; (3) патология эмоционального

интеллекта только в самых редких случаях носит тотальный характер, чаще она связана с каким-то одним (основным) нарушением.

3. Использование разработанных в отечественной клинической психологии *принципов синдромного анализа* (Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Е.Д. Хомская, Б.В.Зейгарник, Ю.Ф.Поляков, В.В.Николаева) при рассмотрении нарушений эмоционального интеллекта с выделением в их составе нарушенных и сохранных компонентов, а также первичных и вторичных.

В диссертационном исследовании, в качестве «рабочего определения», под **эмоциональным интеллектом** понимается *специальная метаспособность, состоящая из иерархически организованных способностей восприятия, понимания и регуляции эмоциональных состояний, реализующих свои функции в особой деятельности, основной целью которой является наиболее точное и эффективное отражение своих и чужих эмоций для успешного управления ими в целях и задачах другой, более общей деятельности (например, профессиональной, деятельности общения, переживания).*

В общем виде описываются механизмы функционирования эмоционального интеллекта (рис. 1). Согласно А.Н. Леонтьеву, любая деятельность человека сопровождается эмоциями, которые являются отражением субъекта отношения мотивов этой деятельности к ее целям, для чего индивиду необходимо *отражать* эмоции (свои и эмоции других участников данной деятельности). Процесс отражения эмоций начинается с *восприятия эмоций* – базовой способности в структуре эмоционального интеллекта. Восприятие эмоций создает «сырой материал» или, в терминологии А.Н. Леонтьева, – «чувственную ткань» эмоций, которая на следующем этапе перерабатывается в системе *понимания эмоций*. Основная функция понимания эмоций – это установление причинно-следственных отношений между различными отражаемыми в данный момент эмоциями, а также между эмоциями и стоящими за ними мотивационно-смысловыми образованиями. Понимание эмоций, таким образом, объективирует чувственную ткань

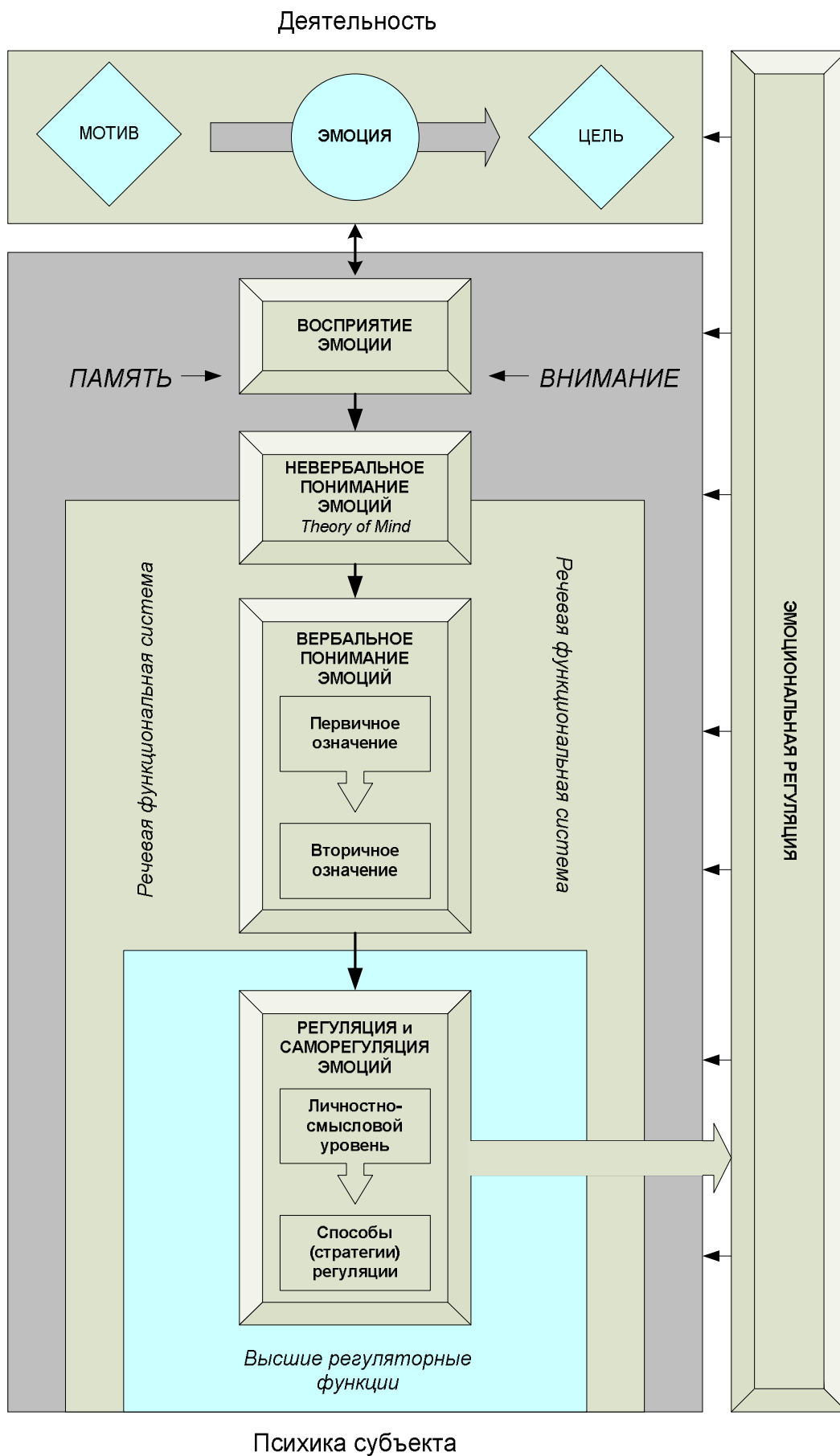


Рисунок 1. Клинико-психологическая модель эмоционального интеллекта

эмоциональных состояний в системе значений, тем самым, вводя ее в сферу сознания, что обеспечивает индивиду возможность предсказывать свое поведение и поведение другого человека. Понимание каузальных отношений между эмоциями и мотивами порождает *личностный смысл* эмоционального состояния. Так начинается *регуляция эмоций*. Личностный смысл определяет субъективную значимость тех или иных эмоций для индивида и, в соответствии с этим, помогает индивиду выбирать стратегии – либо поддержания (и усиления) актуального эмоционального состояния, либо его нивелирования. Стратегии регуляции эмоций могут быть как неосознаваемыми (защитные механизмы личности), так и осознанными. В целом, система сознательной регуляции призвана контролировать работу системы эмоциональной регуляции, которая может влиять на протекание деятельности (и основной, и деятельности эмоционального интеллекта) как организующе, так и дезорганизующе. После завершения всего этого процесса деятельность эмоционального интеллекта повторяется снова – для сличения.

В последующих параграфах подробно описываются строение и функции каждого из предложенных в авторской модели компонентов эмоционального интеллекта – восприятия эмоций, понимания эмоциональных состояний и регуляторного компонента эмоционального интеллекта (эмоциональная регуляция познавательной деятельности, когнитивная регуляция эмоций).

Приводятся данные литературы о состоянии отдельных компонентов эмоционального интеллекта при расстройствах шизофренического, аффективного и патохарактерологического спектров. Делаются выводы о противоречивости приведенных в обзоре данных, а также о том, что на сегодняшний день имеет место дефицит систематических и методологически фундированных эмпирических исследований эмоционального интеллекта при психической патологии.

В эмпирической части диссертации, в **первом параграфе главы 1 «Постановка проблемы, методы и испытуемые»**, обозначается актуальность эмпирического изучения эмоционального интеллекта в клинической

психологии; формулируются гипотезы, цель и задачи эмпирического исследования; обосновывается выбор методов и испытуемых. Подчеркивается, что в диссертационном исследовании эмпирическим путем проверяется не вся теоретическая модель эмоционального интеллекта, а только основные структурные составляющие рассматриваемой способности – восприятие эмоций, понимание эмоций (первичное и вторичное означение), регуляторный компонент (эмоциональная регуляция познавательной деятельности, когнитивная регуляция эмоций).

Второй параграф посвящен описанию методического инструментария работы. Для оценки состояния перцептивного компонента эмоционального интеллекта разработана авторская *методика классификации эмоционально-выразительных лиц по сенсорно-перцептивным признакам*, в первой серии которой испытуемым предъявлялись схематичные изображения лица, а во второй – фотографии актера, взятые из альбома П. Экмана («Реконструкция круга Шлосберга»).

Каркасом методического инструментария исследования является *тест эмоционального интеллекта Дж. Мэйера–П. Сэловея–Д. Карузо* (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test – MSCEIT V2.0) в адаптации Е.А. Сергиенко (2008), с помощью которого оценивались функции понимания эмоций (первичное и вторичное означение эмоциональных состояний (А.Ш. Тхостов, 2002)), а также метакогнитивный уровень (уровень опосредствования) регуляторного компонента изучаемой способности (Табл. 1).

Для измерения собственно стратегий когнитивной регуляции эмоциональных состояний был адаптирован на русскоязычной выборке *опросник когнитивной регуляции эмоций* (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire – CERQ), разработанный N. Garnefski, V. Kraaij и P. Spinooven в 2000 году*. Опросник включает в себя следующие шкалы: «Самообвинение», «Принятие», «Руминации», «Позитивное мышление», «Планирование»,

* Адаптация опросника осуществлялась при непосредственном участии сотрудников Лаборатории психологии труда факультета психологии МГУ (зав. лаб. – проф. А.Б.Леонова).

«Положительный пересмотр», «Помещение в перспективу», «Катастрофизация», «Обвинение других».

Таблица 1. Операционализация отдельных компонентов эмоционального интеллекта на основе методики Дж. Мэйера–П. Сэловея –Д. Карузо.

Компоненты эмоционального интеллекта согласно авторской модели		Части методики MSCEIT
Понимание эмоций	Первичное означение – идентификация эмоций	Ветвь 1 «Идентификация эмоций»
	Вторичное означение – отражение каузальных связей между эмоциями	Ветвь 3 «Понимание и анализ эмоций»
Регуляторный компонент	Знания о системе эмоциональной регуляции деятельности	Ветвь 2 «Использование эмоций для фасилитации мышления и деятельности»
	Знания о системе когнитивной регуляции эмоций	Ветвь 4 «Сознательное управление эмоциями»

Для изучения таких стратегий когнитивной и поведенческой регуляции эмоций, как «Выбор ситуации», «Изменение наличной ситуации», «Подавление», «Модуляция эмоций», «Стратегии, связанные с памятью», «Стратегии, связанные со вниманием» – использовалось специально разработанное *полуструктурированное интервью*.

Для исследования состояния операционального уровня системы эмоциональной регуляции познавательной деятельности при расстройствах аффективного спектра был разработан специальный *экспериментальный методический прием*. Независимая переменная (эмоции) задавались с помощью Шкалы дифференциальных эмоций К. Изарда (А.Б. Леонова, А.С. Кузнецова, 1987; А.Б. Леонова, М.С. Капица, 2003) и Госпитальной шкалы тревоги и депрессии (Ю.М. Дробижев, 1993), которые больные заполняли до проведения когнитивного тестирования. Зависимая переменная (познавательная деятельность) измерялась тестом структуры интеллекта Д. Векслера (Ю.И. Филимоненко, В.И. Тимофеев, 2002). Далее, с использованием критерия Манна-Уитни, данные групп больных с расстройствами аффективного спектра сравнивались с данными здоровых испытуемых, что позволило выделить «зоны

когнитивного дефицита». Затем с помощью критерия Спирмена устанавливалась связь между актуально испытываемыми эмоциями и выявленными нарушениями познавательной деятельности.

Для *статистической обработки данных* использовались следующие математические методы: Хи-квадрат (χ^2) – для определения меры различия между двумя выборками по «качественным» показателям; критерий U Манна-Уитни – для измерения меры сходства/различия между двумя независимыми выборками; коэффициент ранговой корреляции Спирмена – для определения мер взаимосвязи между переменными; методы факторного анализа (эксплораторного и конфирматорного). Обработка результатов проводилась с помощью двух статистических пакетов: STATISTICA 7.0 for Windows © StatSoft, 2007 и EQS 6.1 for Windows © Multivariate Software, Inc.

В **третьем параграфе** описаны группы испытуемых. В исследовании приняли участие 50 здоровых лиц, 40 больных с депрессией, 40 пациентов с тревожными расстройствами, 20 больных с обсессивно-компульсивным расстройством (ОКР), 20 больных с соматоформными расстройствами, 25 больных шизофренией (табл. 2). 167 здоровых испытуемых приняли участие в апробации русскоязычного варианта опросника когнитивной регуляции эмоций. Всего в исследовании приняли участие 362 человека.

Возрастной диапазон испытуемых составил 18-38 лет; группы испытуемых являлись сопоставимыми по возрастным и социально-демографическим показателям. Во всех группах, кроме группы больных шизофренией, было равное количество мужчин и женщин; в группе больных шизофренией преобладали мужчины. Исследование проводилось на клинических базах: Московского НИИ психиатрии Росздрава (отделение расстройств аффективного спектра, группа по изучению депрессий; клинические отделения №№ 3 и 4); Психиатрической больницы № 4 им. П.Б. Ганнушкина (клиническое отделение № 13); Научного центра психического здоровья РАМН (отдел по изучению пограничной психической

патологии и психосоматических расстройств, отдел по изучению эндогенных психических расстройств и аффективных состояний).

Таблица 2. Характеристика обследованных групп пациентов.

Группа	Код по МКБ-10	Диагноз	Колич.	
			N	%
Больные с депрессией	F31.30	Биполярное аффективное расстройство, текущий эпизод умеренной депрессии без соматических симптомов	9	22,5
	F32.10	Депрессивный эпизод средней степени без соматических симптомов	14	35
	F33.10	Рекуррентное депрессивное расстройство, текущий эпизод средней степени без соматических симптомов	11	27,5
	F34.0	Циклотимия	6	15
	Всего:		40	100
Больные с тревожными расстройствами	F40.01	Агорафобия с паническим расстройством	5	12,5
	F40.1	Социальная фобия	4	10
	F41.0	Паническое расстройство	12	30
	F41.1	Генерализованное тревожное расстройство	3	7,5
	F41.2	Смешанное тревожное и депрессивное расстройство	6	15
	F43.2	Нарушение приспособительных реакций	10	25
	Всего:		40	100
Больные с ОКР	F42.0	Обсессивно-компульсивное расстройство с преимущественно навязчивыми мыслями и размышлениями	11	55
	F42.1	Обсессивно-компульсивное расстройство с преимущественно компульсивными действиями	3	15
	F42.2	Обсессивно-компульсивное расстройство со смешанными навязчивыми мыслями и действиями	6	30
	Всего:		20	100
Больные с соматоформными расстройствами	F45.0	Соматизированное расстройство	7	35
	F45.1	Недифференцированное соматоформное расстройство	3	15
	F45.2	Ипохондрическое расстройство	2	10
	F45.3	Соматоформная дисфункция вегетативной нервной системы	8	40
	Всего:		20	100
Больные шизофренией	F20.0	Параноидная шизофрения	25	100

Глава 2 «Результаты исследования» посвящена описанию данных, полученных в эмпирической части работы.

1) Сравнительное исследование (с использованием описательных статистик и непараметрического критерия U Манна-Уитни) эмоционального интеллекта группы здоровых испытуемых.

Классификация эмоционально выразительных лиц по сенсорно-перцептивным признакам. Средний балл со стандартным отклонением для итоговой оценки по первой серии методики (схематичные лица) у здоровых испытуемых составил $2,82 \pm 1,17$, а у больных шизофренией $3,92 \pm 1,6$ (различия между указанными группами на уровне $p=0,01$). Средний балл со стандартным отклонением для итоговой оценки по серии «Реконструкция круга Шлосберга» у здоровых испытуемых составил $6,08 \pm 3,44$; у больных шизофренией – $8,84 \pm 3,49$ (различия на уровне $p=0,003$). Больные депрессией также отличались от здоровых испытуемых худшим выполнением заданий в первой серии методики. Больные чаще здоровых (на уровне тенденции – $p=0,07$) неправильно определяли интенсивность тех или иных эмоций в рамках одного знака. Средний балл со стандартным отклонением по данному параметру оценки у здоровых испытуемых был $2,66 \pm 1,02$; у больных депрессией $3,05 \pm 0,75$.

Тест эмоционального интеллекта Мэйера-Сэловея-Карузо (MSCEIT). Больные депрессией отличались от здоровых испытуемых более низкими баллами по двум шкалам MSCEIT – «Сознательное управление эмоциями» ($p=0,008$) и «Использование эмоций при решении проблем» ($p=0,01$). По шкале «Сознательное управление эмоциями» средний балл со стандартным отклонением у здоровых испытуемых составил $0,3177 \pm 0,03$; у больных депрессией он равнялся $0,2991 \pm 0,03$; по шкале «Использование эмоций для решения проблем»: $0,3285 \pm 0,03$ и $0,3114 \pm 0,03$, соответственно.

Больные тревожными расстройствами по данным MSCEIT были схожи с больными аффективной патологией: статистически значимые различия (в сторону худшего выполнения заданий) с группой контроля наблюдались по шкалам «Сознательное управление эмоциями» ($0,2993 \pm 0,03$; $p=0,007$) и

«Использование эмоций для решения проблем» ($0,3134 \pm 0,02$; $p=0,02$). По другим шкалам статистически значимых различий выявлено не было.

Группа больных с *обсессивно-компульсивным расстройством* продемонстрировала различия с группой здоровых испытуемых по шкале «Сознательное управление эмоциями» MSCEIT ($0,3002 \pm 0,02$; $p=0,04$), а также на уровне статистической тенденции по шкалам «Использование эмоций для решения проблем» ($0,3129 \pm 0,02$; $p=0,08$) и «Идентификация эмоций» ($0,4322 \pm 0,04$; $p=0,07$).

Больные соматоформными расстройствами отличались от здоровых испытуемых в сторону худшего выполнения заданий по всем шкалам MSCEIT: «Идентификация эмоций» ($0,3382 \pm 0,03$; $p=0,02$), «Понимание и анализ эмоций» ($0,3998 \pm 0,03$; $p=0,02$), а также (на уровне тенденции) по шкалам «Использование эмоций для решения проблем» ($0,3122 \pm 0,03$; $p=0,07$) и «Сознательное управление эмоциями» ($0,3025 \pm 0,02$; $p=0,06$). Средние баллы со стандартным отклонением по шкалам «Идентификация эмоций» и «Понимание эмоций» составили у здоровых испытуемых $0,3613 \pm 0,04$ и $0,4122 \pm 0,04$, соответственно.

Больные шизофренией значительно отличались (в худшую сторону) от здоровых испытуемых по шкалам MSCEIT «Идентификация эмоций» ($0,3213 \pm 0,03$; $p=0,0001$), «Использование эмоций для решения проблем» ($0,3088 \pm 0,03$; $p=0,01$), «Сознательное управление эмоциями» ($0,2954 \pm 0,03$; $p=0,006$). По шкале «Понимание и анализ эмоций» статистически значимые различия между здоровыми испытуемыми и больными шизофренией не выявлены.

Средние значения интегрального показателя методики MSCEIT – коэффициента эмоционального интеллекта (EQ) – в клинических группах были значимо ниже, чем в группе здоровых испытуемых (график 1).

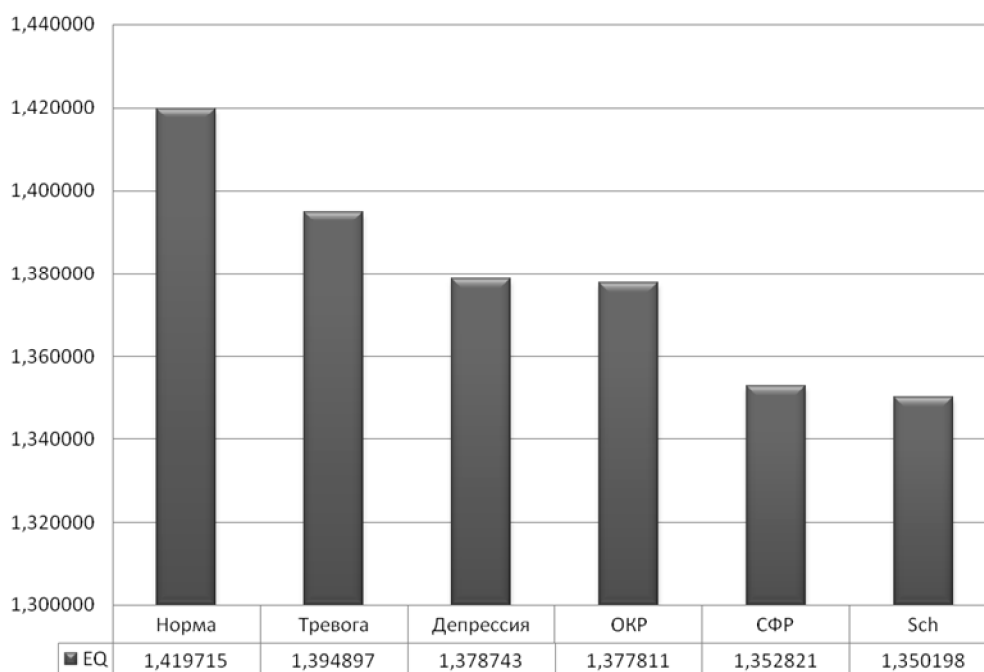


График 1. Средние значения по интегральному показателю эмоционального интеллекта (методика MSCEIT) в обследованных группах. По оси абсцисс – группы испытуемых, по оси ординат – средние значения по интегральному показателю эмоционального интеллекта.

Опросник когнитивной регуляции эмоций (CERQ).

Апробация методики на выборке из 167 здоровых испытуемых (54 мужчины и 113 женщин, в возрасте от 18 до 55 лет, средний возраст $27,0 \pm 8,7$ лет, медиана 23 года) показала, что русскоязычный вариант опросника CERQ обладает хорошими психометрическими показателями:

- высокой надежностью-согласованностью: общая Альфа Кронбаха 0,87 (по отдельным шкалам – от 0,66 до 0,85);
- ретестовой надежностью: тест-ретестовые корреляции через 12 месяцев для разных шкал в диапазоне от 0,375 до 0,738;
- внешней валидностью: значимые корреляции с методиками «Госпитальная шкала тревоги и депрессии» и «Шкала дифференциальных эмоций».

Конфирматорный факторный анализ подтвердил правомерность факторной структуры опросника ($CFI=0,91$, $RMSEA=0,05$), состоящей из перечисленных выше шкал.

Основное исследование. Для всех групп пациентов с расстройствами аффективного спектра характерно более частое использование таких когнитивных стратегий регуляции эмоций, как «Самообвинение», «Руминации» и «Катастрофизация». Кроме того, в каждой конкретной группе больных была выявлена специфика в более частом или более редком использовании той или иной стратегии. Результаты представлены в таблице 3: выделены средние значения и стандартные отклонения для стратегий, используемых наиболее часто, а курсивом – наиболее редко.

Таблица 3. Средние значения и стандартные отклонения по методике CERQ (основное исследование).

Группы Параметры оценки	Здоровые испытуемые N = 50	Больные с депрессией N = 40	Больные с тревожн. расстр. N = 40	Больные с ОКР N = 20	Больные с СФР N = 20
Самообвинение	10,42 (2,59)	13,42*** (3,86)	11,50* (2,92)	12,65** (3,05)	12,65** (2,98)
Принятие	11,72 (3,49)	12,50 (4,64)	<i>10,00*</i> (2,95)	11,35 (3,22)	13,40* (3,53)
Руминации	8,76 (3,43)	9,77* (2,52)	11,95 *** (3,93)	12,15*** (2,72)	13,70*** (4,17)
Положительный пересмотр	9,72 (1,91)	8,97 ^x (2,49)	9,12 (3,06)	9,60 (2,56)	9,75 (2,97)
Планирование	11,64 (3,55)	11,75 (3,44)	10,97 (3,65)	11,25 (3,92)	10,80 (3,30)
Позитивное мышление	8,22 (2,34)	7,15* (2,6)	8,22 (3,07)	9,30 (2,32)	8,55 (2,54)
Помещение в перспективу	14,14 (3,72)	13,30 (4,69)	14,77 (4,53)	13,75 (4,82)	12,85 (2,56)
Катастрофизация	9,22 (2,73)	11,82** (4,41)	11,82** (4,65)	11,15* (3,47)	12,40*** (2,82)
Обвинение других	8,48 (2,07)	7,87 (2,57)	6,85** (2,53)	8,10 (2,63)	12,45*** (2,98)

*Условные обозначения: достоверность различий: ^x - на уровне тенденции; * - на уровне значимости $p < 0,05$; ** - на уровне значимости $p < 0,01$; *** - на уровне значимости $p < 0,001$.*

Полуструктурированное клинико-психологическое интервью. По критерию знаков, больные с депрессией, по сравнению с группой нормы, на уровне тенденции ($p=0,07$) чаще отвечают утвердительно на вопрос об использовании стратегии отвлечения внимания. Пациенты с тревожными расстройствами, по сравнению с лицами без психической патологии, чаще утвердительно отвечают на вопрос «Когда у вас плохое настроение, Вы пытаетесь его уменьшить, или избавиться от него совсем с помощью алкоголя?» ($p=0,02$). Больные с ОКР набирают большее число баллов (т.е. утвердительно отвечают на соответствующие вопросы) по шкале «Выбор ситуации» ($p=0,03$), направленной на выявление такой поведенческой стратегии, как избегание.

Паттерны межфункциональных связей эмоционального интеллекта в норме и патологии. Для математико-статистического обоснования применения метода синдромного анализа было проведено исследование связей между различными параметрами оценки основных компонентов эмоционального интеллекта (методика классификации лиц и MSCEIT) в норме и при психических расстройствах. Использовался коэффициент корреляции r Спирмена. Выделенные паттерны связей при различных расстройствах аффективного спектра и шизофрении отличались друг от друга, а также от межфункциональных связей в норме.

2) Эмоциональный интеллект при расстройствах аффективного спектра в связи с длительностью психопатологического состояния. Для выяснения того, насколько устойчивыми являются выявленные особенности эмоционального интеллекта при расстройствах аффективного спектра, методом корреляционного анализа была проверена связь стажа заболевания (в месяцах) с ключевыми параметрами оценки функций эмоционального интеллекта. Результаты представлены в таблице 4, из которой видно, что у больных с депрессивными, тревожными и обсессивно-компульсивными расстройствами длительность психопатологического состояния не связана с основными параметрами оценки компонентов эмоционального интеллекта.

Таблица 4. Коэффициенты корреляции длительности заболевания с основными параметрами оценки эмоционального интеллекта.

Группа Параметр оценки		Больные депрессией N = 40		Больные тревожными расстр. N = 40		Больные ОКР N = 20		Больные СФР N = 20	
		r	p	r	p	r	p	r	p
		Методика MSCEIT	Ветвь 1 Идентификация эмоций	0,273	0,087 ^x	0,108	0,503	0,174	0,460
Ветвь 2 Использование эмоций	0,079		0,627	-0,011	0,943	0,207	0,379	0,435	0,054*
Ветвь 3 Понимание и анализ эмоций	0,118		0,468	-0,220	0,171	-0,028	0,904	0,154	0,514
Ветвь 4 Управление эмоциями	-0,080		0,620	-0,249	0,120	0,145	0,539	0,288	0,217
EQ	0,225		0,161	-0,148	0,361	0,239	0,308	0,616	0,003**
Методика CERQ	Самообвинение	-0,093	0,567	-0,021	0,896	-0,010	0,964	-0,272	0,244
	Принятие	-0,310	0,050*	-0,224	0,163	0,337	0,145	-0,222	0,345
	Руминации	0,051	0,752	0,130	0,422	-0,246	0,295	0,112	0,635
	Положительный пересмотр	-0,044	0,783	-0,334	0,034*	0,150	0,527	-0,116	0,623
	Планирование	0,046	0,774	0,063	0,697	0,194	0,412	-0,146	0,538
	Позитивное мышление	-0,199	0,217	0,094	0,561	-0,389	0,089 ^x	0,113	0,633
	Помещение в перспективу	-0,243	0,130	0,184	0,254	-0,061	0,798	-0,005	0,982
	Катастрофизация	-0,275	0,085 ^x	-0,429	0,005**	-0,559	0,011*	-0,185	0,434
	Обвинение других	-0,034	0,833	-0,154	0,341	0,069	0,770	-0,095	0,689

Условные обозначения: *r* – коэффициент корреляции Спирмена, *p* – вероятность. Достоверность различий: ^x - на уровне тенденции (курсив); * - на уровне значимости $p < 0,05$ (выделено); ** - на уровне значимости $p < 0,01$ (выделено).

Вместе с тем, выявляются отрицательные корреляции между стажем болезни и такими стратегиями когнитивной регуляции эмоций, как «Принятие» (при депрессии), «Положительный пересмотр» и «Катастрофизация» (при патологической тревоге). У больных соматоформными расстройствами

выявлена связь между длительностью заболевания и ветвями MSCEIT «Идентификация эмоций» и «Использование эмоций», а также между стажем болезненного состояния и общим показателем EQ.

3) Эмоциональный интеллект в связи с нозологической принадлежностью расстройств аффективного спектра. Для выявления связи между нозологической принадлежностью больных с расстройствами аффективного спектра и их эмоциональным интеллектом было проведено сравнительное исследование. В рамках каждой группы (по основному диагнозу) проводилось сравнение параметров оценки функций эмоционального интеллекта (Критерий Краскала-Уоллиса) в зависимости от той или иной нозологии – расстройства личности, аффективного заболевания и акцентуации характера. Показано (график 3), что больные с расстройствами аффективного спектра, имеющие коморбидное расстройство личности, хуже справляются с заданиями MSCEIT и методиками классификации, а также набирают более высокие баллы по отдельным шкалам CERQ.

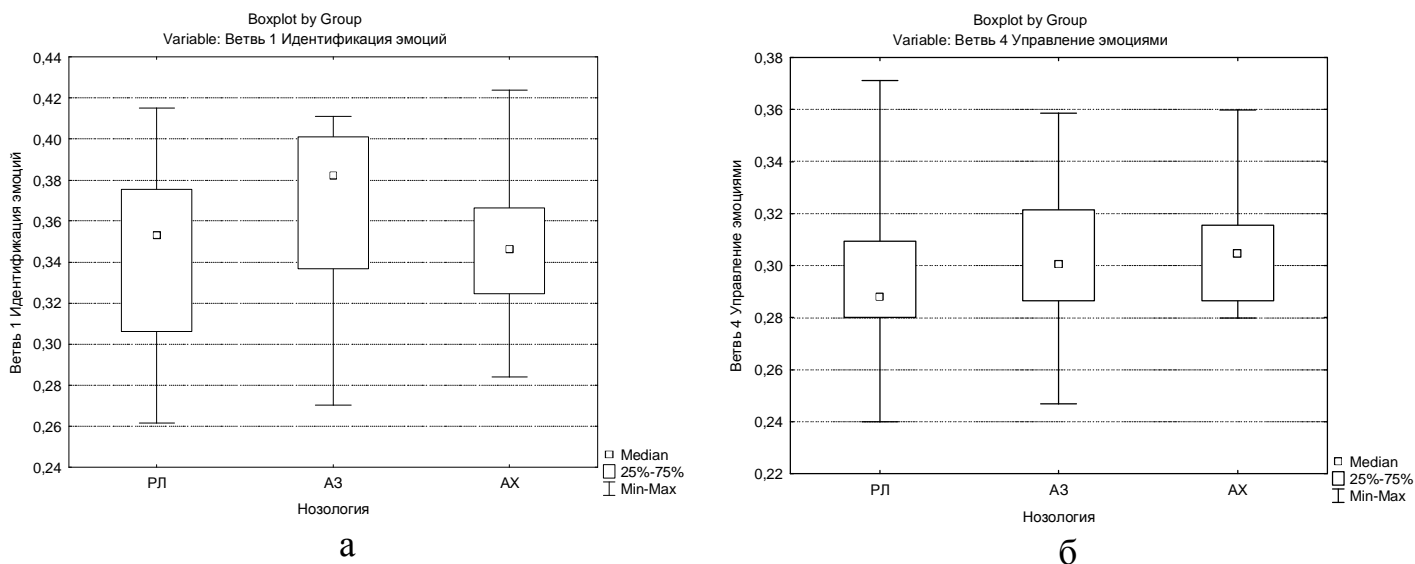


График 3. Различия в группах больных с расстройствами аффективного спектра различной нозологической принадлежности по ветвям (а) «Идентификация эмоций», (б) «Управление эмоциями» методики MSCEIT.

4) Связь эмоционального интеллекта и формальных способностей в норме и при расстройствах аффективного спектра.

4.1. Для проверки гипотезы о связи эмоционального и формального интеллекта в норме и при пограничных психических расстройствах, в группах здоровых испытуемых и больных депрессивными, тревожными, обсессивно-компульсивными и соматоформными расстройствами был проведен корреляционный анализ (коэффициент Спирмена) интегрального показателя эмоционально-интеллектуального развития (EQ по методике MSCEIT), вербального, невербального и общего IQ (по методике Д. Векслера). Как в норме, так и при отдельных расстройствах аффективного спектра, статистически значимые связи между коэффициентами формального интеллекта и коэффициентом эмоционального интеллекта обнаружены не были.

4.2. Для выявления особенностей эмоциональной регуляции познавательной деятельности при расстройствах аффективного спектра использовался описанный во втором параграфе первой главы экспериментальный методический прием.

Независимая переменная. По методике «Шкала дифференциальных эмоций» (на достаточном уровне значимости $p < 0,05$) у пациентов с депрессией наблюдались статистически более высокие баллы по параметрам «Горе», «Гнев», а также по интегральному показателю «Индекс остро-негативных эмоций». На уровне тенденции у данной группы больных выявилось повышение по шкале «Презрение» и понижение по индексу положительных эмоций. Больные с ОКР и соматоформными расстройствами, также как и больные с депрессией, набирали более высокие, чем здоровые испытуемые, баллы по субшкале «Горе». Кроме того, у больных с ОКР наблюдалось достоверное на уровне тенденции повышение по шкале «Страх».

Зависимая переменная. Сравнительное исследование особенностей формального интеллекта в норме и при расстройствах аффективного спектра показало, что для больных с депрессией, тревожными расстройствами и ОКР

характерны статистически значимо более низкие баллы (уровень тенденции, $p < 0,05$) по таким субтестам шкалы Д. Векслера, как «Арифметический», «Повторение цифр», «Шифровка», «Кубики Коса» и «Складывание фигур». Соматоформные больные, кроме указанных субтестов, хуже справлялись с заданиями «Понятливость», «Сходства», «Последовательные картинки». Интегральные показатели формального интеллекта (вербальный, невербальный и общий IQ) у всех больных значимо снижены.

Показано, что у пациентов с депрессивными, тревожными, обсессивно-компульсивными и соматоформными расстройствами наблюдаются статистически значимые связи между указанными выше субтестами методики Д. Векслера, с которыми больные хуже справлялись, чем здоровые испытуемые, и интегральными индексами методики «Шкала дифференциальных эмоций».

В главе 3 «Обсуждение полученных результатов» делаются обобщения, соответствующие целям и задачам проведенного исследования, приводятся интерпретации полученных эмпирических данных в заданном теоретическом контексте. Кроме традиционного сопоставления результатов диссертационного исследования с отечественными и зарубежными исследованиями по проблеме эмоционального интеллекта, аффекта и познания, акцент ставится на интеграции положений культурно-деятельностной традиции Московской психологической школы (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, А.Р. Лурия) с современным психодиагностическим подходом.

Обосновывается тезис о том, что центральным нарушением эмоционального интеллекта при расстройствах аффективного спектра, выявленным с помощью объективных методов психодиагностического и экспериментально-психологического исследования, является нарушение его регуляторного компонента – эмоциональной регуляции познавательной деятельности и когнитивной регуляции эмоций. Делается предположение, что описанные феномены не являются отдельными, изолированными фактами, а имеют общий психологический механизм – *нарушение в звене*

опосредствования (Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник). В процессах эмоциональной регуляции деятельности таким знаком, выполняющим функцию опосредствования, являются знания индивида о собственной эмоциональности, а также его знания о том, как эмоции, чувства, аффекты и переживания могут влиять на ту или иную деятельность, на функционирование процессов восприятия, внимания, памяти, мышления, принятие решений и проч. Эти знания заложены в культуре и приобретаются субъектом как путем их интериоризации (воспитание, предметы искусства, например, художественная литература), так и через собственный эмоциональный опыт.

Показано, что описанные дисфункции не зависят от длительности болезненного состояния пациентов, являются устойчивыми во времени и, по всей видимости, носят не столько характер повреждения, сколько недоразвития. Таким образом, недостаточно сформированные в онтогенезе способности к осознанию и управлению своими эмоциями могут играть определенную (предиспозиционную и хронифицирующую) роль в симптомообразовании депрессии и патологически выраженной тревоги. Это позволяет включить нарушения эмоционального интеллекта, наряду с алекситимией, запретом на выражение чувств, негативным мышлением, дефицитом социальных навыков и др., в систему личностных факторов (А.Б. Холмогорова, Н.Г. Гаранян, 1998; 2006) этиопатогенеза расстройств аффективного спектра.

В главе также обсуждаются возможности и ограничения использования базовых принципов синдромного клинико-психологического подхода при интерпретации связей между нарушенными и сохранными звеньями эмоционального интеллекта при психической патологии.

В **заключении** подводятся основные итоги, обсуждаются перспективы дальнейших исследований эмоционального интеллекта в клинической психологии, в частности, в контексте решения теоретических и прикладных задач клинико-психологической диагностики, экспертизы, психологической реабилитации и психотерапии.

ВЫВОДЫ

1. Эмоциональный интеллект – это относительно независимая от формального интеллекта метакогнитивная способность, состоящая из иерархически организованных компонентов – восприятия, понимания и регуляции эмоциональных состояний, – реализующих свои функции в особой деятельности, основной целью которой является наиболее точное и эффективное отражение своих и чужих эмоций для успешного управления ими в различных видах деятельности.
2. Состояние отдельных компонентов эмоционального интеллекта при аффективных расстройствах и шизофрении характеризуется следующими особенностями:
 - в сопоставлении с нормой, перцептивный компонент эмоционального интеллекта остается относительно сохранным при невротических (тревожных, обсессивно-компульсивных и соматоформных) расстройствах, не выраженно страдает при депрессиях и в наибольшей степени нарушен при шизофрении;
 - процессы первичного означения эмоциональных состояний (идентификация эмоций) оказываются дисфункциональными преимущественно у пациентов с соматоформными и обсессивно-компульсивными расстройствами;
 - словарь эмоций, обеспечивающий функции вторичного означения эмоций, является наиболее устойчивой к психической патологии структурно-функциональной единицей эмоционального интеллекта и нарушается только при соматоформных расстройствах, оставаясь относительно сохранным при других аффективных расстройствах и шизофрении;
 - эмоциональная регуляция познавательной деятельности нарушается у всех обследованных больных с пограничными психическими расстройствами и проявляется в деструктивном влиянии тревожно-депрессивных и остро-негативных эмоций на внимание, слухоречевую память,

пространственные функции и процессы программирования и контроля. Одним из возможных психологических механизмов возникновения этого нарушения может быть дефицит опосредствования в виде недостатка знаний о системе эмоциональной регуляции деятельности;

– когнитивная регуляция эмоций также нарушается при всех аффективных расстройствах и характеризуется актуализацией таких деструктивных когнитивных и поведенческих стратегий, как самообвинение, руминации, катастрофизация (неспецифический паттерн), а также отвлечение внимания, обвинение других, употребление алкоголя, избегающее поведение.

3. Выделение специфических систем связей, а также сохранных и нарушенных звеньев эмоционального интеллекта при аффективных расстройствах и шизофрении с использованием принципов синдромного клинико-психологического анализа и математико-статистических методов является эвристичным способом интерпретации данных, полученных с помощью психодиагностических методик.
4. При аффективных расстройствах ухудшение функций эмоционального интеллекта связано с наличием коморбидного расстройства личности, а также с рангом ведущего психопатологического синдрома: при тревожных и депрессивных состояниях средний коэффициент эмоционального интеллекта выше, а количество межфункциональных связей рассматриваемой способности больше, чем при обсессивно-компульсивных расстройствах и соматоформных дисфункциях.
5. Нарушения эмоционального интеллекта при депрессивных, тревожных и обсессивно-компульсивных расстройствах не связаны с длительностью заболевания, являются устойчивыми во времени и вносят свой специфический вклад в патогенез указанных психопатологических состояний в качестве predispositionных и хронифицирующих личностных факторов.

6. Разработанный методический комплекс, включающий тест эмоционального интеллекта Мэйера-Сэловея-Карузо, методику классификации эмоционально выразительных лиц по сенсорно-перцептивным признакам, опросник CERQ и методический прием изучения эмоциональной регуляции познавательной деятельности, позволяет проводить многостороннюю оценку функций эмоционального интеллекта, как в норме, так и при психической патологии.

ПУБЛИКАЦИИ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Основное содержание диссертационной работы отражено в 9 научных публикациях (общий объем – 2,8 п.л., авторский вклад – 2,16 п.л.).

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

1. Плужников, И.В. Нарушения эмоционального интеллекта при расстройствах аффективного спектра и шизофрении / И.В. Плужников // Вестник Томского государственного университета. Сер. Психология. – 2009. – № 329. – С. 211-213. (0,3 п.л.)

Научные публикации в других изданиях:

2. Плужников, И.В. Познавательные процессы и психофармакология / И.В. Плужников // Материалы научно-практических конгрессов III Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России», Том 3, Часть 2, раздел «Психология в междисциплинарном поле наук» (Материалы XIV Международной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов-2007». Секция «Психология». М.: МГУ, 2007. – С. 54-55. (0,1 п.л.)
3. Плужников, И.В. Эмоциональная регуляция при расстройствах аффективного спектра: когнитивный подход / И.В. Плужников // Современная психология: от теории к практике. Материалы XV Международной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов-2008». Секция «Психология» (Москва, 9-10 апреля 2008 г.). Часть 2. – М.: МГУ, 2008. – С. 91-93. (0,1 п.л.)

4. Плужников, И.В. Клиническая психология эмоционального интеллекта: аналитический обзор современных исследований / И.В. Плужников // Актуальные проблемы клинической психологии. Клиническая психология и социальный контекст. Сб. науч. статей. / Под общ. ред. В.В. Николаевой. – М.: Акрополь, 2009. – С. 60-73. (0,8 п.л.)
5. Плужников, И.В. Эмоциональный интеллект при расстройствах аффективного спектра и шизофрении / И.В. Плужников // Сборник статей Всероссийской школы молодых учёных в области психического здоровья, г. Суздаль 30 сентября – 3 октября 2009 г. / Под ред. А.В. Потапова. – М.: Российское общество психиатров, 2009. – С. 202-206. (0,2 п.л.)
6. Плужников, И.В. Проблема связи аффекта и интеллекта в клинической психологии: варианты решения / И.В. Плужников // Актуальные проблемы клинической психологии: Познание, аффект, культура. Сб. науч. статей. / Под ред. А.Ш. Тхостова. – М.: МГУ, 2009. – С. 4-10. (0,6 п.л.)
7. Плужников, И.В. Апробация опросника когнитивной регуляции эмоций: предварительные результаты / И.В. Плужников, Е.И. Рассказова // Актуальные проблемы клинической психологии: Познание, аффект, культура. Сб. науч. статей. / Под ред. А.Ш. Тхостова. – М.: МГУ, 2009. – С. 48-56. (0,5 п.л./0,3 п.л.)
8. Плужников, И.В. К проблеме механизмов нарушения саморегуляции при психической патологии / Е.И. Рассказова, И.В. Плужников // Материалы докладов XVI Международной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» / Отв. ред. И.А. Алешковский, П.Н. Костылев, А.И. Андреев. [Электронный ресурс]: — М.: МАКС Пресс, 2009: http://www.lomonosov-msu.ru/archive/Lomonosov_2009/19.pdf. – С. 197-200. (0,1 п.л./0,03 п.л.)
9. Pluzhnikov, I. Validation of cognitive emotion regulation questionnaire in Russian sample: primary results / E. Rasskazova, I. Pluzhnikov, A. Tkhostov // Methodology of psychophysiological research in Russia and China: Theoretical and applied aspects. Joint Russian-Chinese Scientific Seminar. Book of abstracts. Moscow: Moscow State University, 2009. – Pp. 79-80. (0,1 п.л./0,03 п.л.)