

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 15, №4

2016



УДК 616.89-008.15

ВОЗМОЖНОСТИ ИЗУЧЕНИЯ СОЦИАЛЬНОГО ИНТЕЛЛЕКТА У ПАЦИЕНТОВ ПСИХИАТРИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

© Северова Е.А.¹, Охупкин А.С.¹, Даутова М.А.², Реутова Е.В.², Соколов Н.В.¹

¹Смоленский государственный медицинский университет, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

²ОГБУЗ «Смоленский областной клинический психоневрологический диспансер», Россия, 214000, Смоленск, ул. Рыленкова, 5а

Резюме: целью работы явилось изучение уровня социального интеллекта и его параметров у пациентов с шизофренией и органической психической патологией. Обследованы пациенты психиатрического стационара с диагнозами: шизофрения параноидная непрерывный тип, шизофрения, параноидная, период наблюдения менее года, шизотипическое расстройство и пациенты с органическими психическими расстройствами. У всех были изучены показатели социального интеллекта, состояние когнитивных функций, которые были соотнесены с факторами социальной и семейной адаптации. Обнаружено снижение социального интеллекта у всех групп пациентов. У пациентов с шизофренией и шизотипическим расстройством наряду с низким социальным интеллектом выявлены предметные когнитивные нарушения. При органических психических расстройствах низкий социальный интеллект сочетался с деменцией легкой степени.

Ключевые слова: социальный интеллект, шизофрения, органические психические расстройства, нарушение социальной адаптации, когнитивные расстройства

SOCIAL INTELLIGENCE ASSESSMENT IN PSYCHIATRIC IN-PATIENTS

Severova E.A.¹, Okhapkin A.S.¹, Dautova M.A.², Reutova E.V.², Sokolov N.V.¹

¹Smolensk State Medical University, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

²Smolensk Regional Clinical Psychiatric Clinic, Russia, 214000, Rylenkov St., 5a

Summary: the aim of this work was to study the level of social intelligence and its parameters in patients with schizophrenia and organic mental disorders. The patients were examined in the psychiatric hospital with the following diagnoses: paranoid schizophrenia of the intermittent course, paranoid schizophrenia (observation period – less than one year), schizotypal disorder, and organic mental disorders. Indicators of social intelligence, cognitive function, which were correlated with factors of social and family adaptation, were studied as well. A decrease in social intelligence among all groups of patients was revealed. In patients with schizophrenia and schizotypal disorder along with low social intelligence, we identified predementia cognitive impairments. In organic mental disorders, low social intelligence was associated with mild dementia.

Key words: social intelligence, schizophrenia, organic mental disorder, impaired social adaptation, cognitive disorders

Введение

Проблемы социализации, инвалидизации и реадaptации больных с диагнозом шизофрении и шизофреноподобных расстройств постоянно возникают как у лечащих врачей-психиатров, психотерапевтов, так и у социальных служб и исследователей [12, 15]. Трудности измерения способности к социальной адаптации, возникающие вследствие увеличения негативной симптоматики, толкают психиатров и психологов на поиски новых объективных инструментов для ее определения. К концу двадцатого столетия психиатры стали говорить о когнитивных симптомах шизофрении, как об одном из диагностических критериев шизофренического процесса [12, 21], однако ни в МКБ-10, ни в DSM-5 такого критерия не существует. Следует отметить, что когнитивное повреждение возникает при различных болезненных состояниях (например, при деменции, депрессии, эпилепсии и биполярном расстройстве), но имеются также различия между этими патологиями в преморбидном периоде. Эти факторы обуславливают то, что в последнее время появилось много исследований, изучающих интеллектуальные способности больных шизофренией и их социальные навыки [4, 6, 7, 8]. В 1981 г. Дж. Гилфорд ввел понятие «социального интеллекта», который определял, как способность к пониманию человека

человеком. Термин «социальные когнитивные функции впервые был использован в социальной психологии для определения того, как человек обрабатывает информацию в социальном контексте, включая личностное восприятие происходящего, выстраивание причинно-следственных связей относительно себя и других, привнесение социальных правил в процесс принятия решения [25]. По мнению многих специалистов [10, 20, 24], это свойство индивида обладает высокой социальной значимостью, так как позволяет объяснять и предсказывать успешность взаимодействий человека в обществе, что в свою очередь обуславливает его потенцию в широком круге социальных деятельностей [11, 21].

Необходимо отметить, что уже в начальной фазе шизофренических психозов в клинике психического заболевания отмечается аутистический отказ от взаимодействия с другими людьми. На более поздних стадиях шизофренического процесса, дезадаптация и отгороженность проявляются во всех сферах социальной жизни больных, и, очевидны даже неспециалисту. Другой группой пациентов, вызывающей интерес исследователей является группа с органическими расстройствами психики, так как неустойчивость эмоционально-волевых процессов, свойственная этим пациентам, оказывает влияние на адаптацию в обществе.

Целью исследования явилось изучение социального интеллекта и его параметров у пациентов психиатрического стационара.

Методика

Нами было обследовано 60 пациентов, госпитализированных в психиатрический стационар. В основную группу вошли 47 пациентов с диагнозами шизофрения и шизотипическое расстройство, в группу сравнения 13 пациентов с органическими психическими расстройствами. В качестве главного объекта исследования выбраны пациенты с шизофренией на начальной стадии и этапе стабильного дефекта личности, а также пациенты с шизотипическим расстройством. Основная группа была разделена нами на следующие подгруппы: больные параноидной шизофренией с непрерывным типом течения, мужчины; больные параноидной шизофренией с непрерывным типом течения, женщины; больные параноидной шизофренией период наблюдения менее года; больные с шизотипическим расстройством.

Группа сравнения представлена 13 пациентами, из которых 6 мужчин и 7 женщин с различными диагнозами: органическое расстройство личности, расстройства личности в связи с эпилепсией, органическое тревожное расстройство. Средний возраст пациентов этой группы составил 37 лет. Характеристика групп представлена в табл. 1.

Таблица 1. Половозрастные характеристики обследованных групп пациентов

Группа	1	2	3	4	5
Пол	Мужской	Женский	Мужской и женский	Мужской и женский	Мужской и женский
Диагноз	Шизофрения параноидная, непрерывная	Шизофрения параноидная, непрерывная	Шизофрения параноидная, период наблюдения менее года	Шизотипическое расстройство	Органические поражения головного мозга
Средний возраст (лет)	36	46	26	30	37

Оценка состояния больных проводилась нами с использованием клинико-психопатологической оценки. Критериями включения в основную группу являлись установленный диагноз «Шизофрения, параноидная, непрерывная», «Шизофрения, параноидная, период наблюдения менее года», «Шизотипическое расстройство». Критериями исключения из основной группы являлись: наличие органической патологии, наркологических заболеваний, возраст старше 60 лет и моложе 18 лет. Лечение исследованных больных проводилось согласно стандарту оказания медицинской помощи и общепринятым принципам. Психологическое обследование проводилось с добровольного согласия больных, после выхода пациента из острого психотического состояния, в фазе становления ремиссии.

В качестве психологических методик были использованы: тест «Социальный интеллект» Дж. Гилфорда и М. Салливена, адаптированный Е.С. Михайловой (1996) и шкала оценки когнитивных процессов (MMSE).

Тест «Социальный интеллект» состоит из 4-х субтестов, и позволяет диагностировать такой психический феномен как социальный интеллект, под которым подразумевается способность понимать и прогнозировать поведение людей в разных житейских ситуациях, распознавать намерения, чувства и эмоциональные состояния человека по невербальной и вербальной экспрессии, предвосхищать последствия поведения другого человека, разбираться в общей картине межличностного взаимодействия. В тест включены вербальные и невербальные задания [7]. Для оценки когнитивных способностей пациентов использовалась шкала оценки когнитивных процессов (MMSE), которая представляет собой опросник из 30 пунктов, используемый для быстрого выявления возможных когнитивных нарушений, в частности деменции. В ходе исследования происходит краткая оценка арифметических способностей человека, памяти и внимания, возможности ориентирования.

Для статистической обработки данных использовался пакет программ Statgraphics 5.0, NCSS. При решении задач исследования были использованы: подсчет средних значений, критерий Манна-Уитни, χ^2 , критерий Колмогорова-Смирнова, корреляционный анализ.

Результаты исследования и их обсуждение

Первоначальной задачей исследования была сравнительная оценка социального интеллекта по тесту Гилфорда у больных, длительно страдающих шизофренией, с социальным интеллектом больных впервые заболевших шизофренией и больных с шизотипическим расстройством (табл. 2).

Таблица 2. Результаты исследования социального интеллекта в основных группах и группе сравнения

Группы	Мужчины – параноидная шизофрения, непрерывный тип	Женщины – параноидная шизофрения, непрерывный тип	Все пациенты – шизофрения параноидная, период наблюдения менее года	Все пациенты с шизотипическим расстройством	Все пациенты с органическим поражением головного мозга
Субтест №1	2,45	2,78	2,57	2,80	2,69
Субтест №2	2,3*	2,14*	2,28	3,00*	2,53
Субтест №3	2,35	2,57	3,00	3,00	2,46
Субтест №4	2,1	2,14	2,00	2,00	2,15
Общий балл по тесту Гилфорда	2,05	2,21	2,28	2,16	2,3
Средний балл по шкале MMSE	25,3	24,14	23,71	26,83	23,38

Примечание: * – статистически значимые различия

Показатели, продемонстрированные во всех трех группах ниже нормативных, что свидетельствует о нарушении социального интеллекта при шизофрении и шизотипическом расстройстве, органических психических расстройствах (средне слабый уровень), что подтверждается в других исследованиях [8, 16].

При сравнении результатов теста Гилфорда у пациентов с шизофренией и пациентов с органическими психическими расстройствами нами не было обнаружено существенных различий, более того распределения значений теста Гилфорда в группе пациентов с непрерывной формой шизофрении и органических расстройств не отличаются друг от друга ($p < 0,05$).

Как видно из представленных выше данных у пациентов с шизофренией и органическими психическими расстройствами обнаруживается дефицитарность целого ряда параметров, относящихся к «социальному интеллекту». Отнести данный эффект к снижению когнитивных функций невозможно, поскольку корреляционный анализ не подтверждает данную гипотезу. Такие же данные были получены в исследовании О.В. Рычковой, Е.П. Сильчук (2010).

Наибольшие трудности во всех группах вызвал субтест №4. Он является комплексным и информативным по общему весу в конечный результат и выявляет способность к познанию и оценке систем поведения людей. Люди, имеющие низкие показатели по данному субтесту плохо адаптируются к разного рода взаимоотношениям между людьми. Исследования социальных когнитивных функций в основном проводились у хронически больных. Между тем, в ряде исследований были обнаружены нарушения социальных когнитивных функций у пациентов, ранее не получавших медикаментозного лечения или с недавним началом заболевания [21, 24].

Интересно, что в группе больных с шизотипическим расстройством пациенты, показывая довольно высокие результаты по субтестам №№1-3, в данном испытании продемонстрировали такой же результат, как и длительно страдающие параноидной шизофренией больные. В результате этого общий балл социального интеллекта оказался у них столь же низким. Надо отметить, что без дополнительных объяснений с субтестом №4 не справился ни один из наших респондентов. При этом в выполнении данного теста статистических различий между группами обнаружено не было.

Таким образом, при шизотипическом расстройстве пациенты, формально разбираясь в невербальном поведении и других частных аспектах поведения окружающих, не могут применить это «понимание» на практике.

Субтест №2 по своему значению касается понимания невербальной экспрессии через анализ позы, мимики, жестов, при его выполнении важно понимание возможности разного выражения в жестах близких по значению эмоций. В нашем исследовании обратило на себя внимание статистически значимое различие в результатах между пациентами, страдающими непрерывной формой шизофрении и пациентами с шизотипическим расстройством. При длительном непрерывном течении заболевания существенно затрудняется понимание и выражение собственных эмоций через невербальные сигналы, причем как у мужчин, так и у женщин. Данное наблюдение может быть также связано со взглядом на шизотипическое расстройство как на патологическое состояние или вялотекущий процесс при котором негативная психическая симптоматика имеет место, но не достигает значительных величин [2, 3]. Однако, при хорошем понимании невербальной экспрессии, лица с шизотипическим расстройством не способны анализировать и использовать эту информацию, то есть транслировать ее в социальную компетентность (низкий результат по четвертому субтесту и тесту Гилфорда в целом). По мнению R.P. Ventall (2003) 2 фактора не дают пациентам с бредом преследования скорректировать атрибуцию при появлении информации, не подтверждающей имеющееся отношение: сильная потребность в предсказуемости (need for closure – потребность в предсказуемости, однозначности, окончательной ясности, включая непереносимость неопределенности [24]) и нарушения «внутренней модели сознания другого» [11, 12, 13].

Анализируя данные, полученные в субтестах, мы обнаружили, что имеют место различия в результатах субтестов у мужчин и женщин в группе с непрерывным типом течения шизофрении (табл. 2). Исходя из представленных данных, женщины лучше справлялись с первым и хуже со вторым субтестом. Мужчины с диагнозом шизофрении хуже понимают смысл поступков и действий людей, плохо прогнозируют ситуацию на основе этих смыслов. Это может быть связано с нарушениями мышления в рамках шизофренического процесса, трудностью установления связей в их общепринятом в социуме понятии.

Со вторым субтестом мужчины справлялись несколько лучше, чем женщины с тем же диагнозом. Второй субтест направлен на диагностику понимания невербального поведения через анализ мимики, позы, жестов. Низкие результаты по данному испытанию свидетельствуют о том, что субъект не только не может понимать невербальную экспрессию, но и сам затрудняется в выражении экспрессии через невербальный канал, не ориентирован в этом аспекте общения и не может соотнести невербальные сигналы с содержанием вербального послания. Невозможность понять чувства других людей делает невозможными установление и сохранение неформальных, близких отношений, что приводит к нарушениям в микросоциальном функционировании, то есть к конфликтам и распаду семей [10]. Социальное восприятие это не только то, каким образом человек воспринимает отношения между людьми, но и то, как он воспринимает «социальные реплики», производимые одним конкретным человеком. У пациентов, страдающих шизофренией, обнаруживается дефицит социального восприятия, выявлявшийся в исследованиях [22] при просмотре коротких видеосюжетов с последующим обсуждением и оценкой с помощью профиля невербальной чувствительности (Profile of Nonverbal Sensitivity) [21] или при обсуждении ряда описанных (в текстовом виде) социальных ситуаций с последующей оценкой с помощью теста на распознавание ситуационных черт (Situational Feature Recognition Test) [16].

Полученный результат ожидаем, и дает возможность описывать в количественном отношении феномены, давно описанные у больных с шизофренией. Исходя из полученных нами результатов,

следует, что женщины при заболевании лучше понимая смысл и контекст ситуации, хуже ориентируются в невербальном выражении эмоций. В нормальной выборке женщин описано обратное соотношение [11]. При непрерывной шизофрении женщины понимают эмоции собеседника, в большей степени ориентируясь на смысл вербального сообщения. Понимание же смыслов при шизофрении нарушено всегда, что отражено и в низком результате по первому субтесту во всех группах больных шизофренией.

Третий субтест измеряет способность человека понимать вербальные сообщения в зависимости от контекста. Суть задания: определить иное значение сказанного по сравнению с представленным образцом. И с этим заданием одинаково не справились и мужчины и женщины, показав низкий балл. Данный результат в группе мужчин с диагнозом шизофрении кажется закономерным продолжением низких показателей по первому и второму субтестам. Женщины, не понимая невербальной экспрессии (низкий результат по второму субтесту), тем не менее, контекст ситуации понимают лучше мужчин ($p < 0,05$). Однако способность эта у женщин в среднем ниже нормативной, что ведет к неправильной интерпретации слов собеседника, к непониманию в реальной ситуации взаимодействия и неадекватному поведению.

По четвертому субтесту женщины и мужчины с диагнозом шизофрения показали одинаково низкий результат. В данном тесте испытуемому предлагается ряд картинок, одна из которых пропущена. При поиске пропущенной картинке испытуемый, чтобы ответить правильно должен понять логику развития ситуации, ее сюжет [7]. Таким образом, больные с диагнозом шизофрении испытывают трудности в анализе ситуаций межличностного общения и как следствие плохо адаптируются к различного рода взаимоотношениям и коллективам, что приводит к социальной изоляции и трудностям адаптации в целом.

Данное предположение нашло отражение в результатах, полученных нами (табл. 3): мужчины, страдающие непрерывной формой шизофрении, имели инвалидность чаще женщин. В семейном положении мужчины «вне брака» (из них 65% никогда не вступали в брак, а 5% в разводе) встречались чаще, чем женщины «вне брака» (из них 29% никогда не вступали в брак, 21% в разводе).

Таблица 3. Показатели трудовой и семейной дезадаптации у мужчин и женщин, страдающих непрерывной формой параноидной шизофрении

Группа	Мужчины с шизофренией, непрерывный тип	Органические расстройства личности и поведения	Женщины с шизофренией, непрерывный тип
Наличие инвалидности (%)	90	31	57
Семейное положение: не состоит в браке (%)	70	85	50

Обращает на себя внимание то, что среди и мужчин и женщин, страдающих шизофренией высок процент инвалидности, причем преобладала вторая группа инвалидности. В группе органических психических расстройств процент больных с инвалидностью невысокий, но доля пациентов, не имеющих семьи выше и сравнима с долей пациентов «вне брака» при непрерывной шизофрении.

В целом ряде исследований выявлено, что дефицит социальных когнитивных функций при шизофрении не может быть полностью объяснен другими аспектами заболевания, связанными с плохим функционированием, например, негативными симптомами. Очевидно, что наличие у пациента негативной симптоматики может оказывать влияние на его социальные когнитивные функции. Например, такие проявления негативной симптоматики, как ангедония и отсутствие мотивации, могут приводить к нарушению социальных когнитивных функций [25]. В литературе в большинстве случаев социальные когнитивные функции описываются как связанные с нейрокогнитивной сферой и негативной симптоматикой, но в то же время и отличающиеся от них [24]. Социально-когнитивные функции включают в себя эмоциональные и когнитивные процессы, в то время как когнитивные процессы сами по себе эмоционально нейтральны. У большинства обследованных нами был обнаружен предметный уровень когнитивных нарушений. В отдельных исследованиях также была выявлена тесная связь между вниманием и памятью и психосоциальным функционированием больных шизофренией [21].

Интересно, что показатели и социального интеллекта и когнитивной шкалы в группах мужчин с диагнозом шизофрения, шизотипическое расстройство, органических расстройств не имели связи ни друг от друга, ни от возраста. В группе женщин с диагнозом непрерывная шизофрения нами была обнаружена положительная связь средней силы между показателями шкалы Гилфорда и когнитивной шкалы, а также показателей когнитивного теста с возрастом обследованных.

Анализируя показатели субтестов на социальный интеллект, нами было обнаружено, что показатели первого субтеста и общий балл по тесту Гилфорда положительно коррелируют с семейным положением обследованных. Исходя из этого, можно предположить, что способность предвидеть последствия поведения, умение предвосхищать события, строить на этом стратегию своего поведения, способность ориентироваться в общепринятых нормах позволяют женщинам дольше сохранять межличностные отношения в браке.

В группе мужчин с диагнозом шизофрения непрерывный тип мы выявили достоверную положительную связь между показателями социального интеллекта и когнитивного теста. В других группах такой взаимосвязи обнаружено не было.

Наиболее часто во всех группах с общим баллом по тесту Гилфорда коррелировали показатели первого и второго субтестов. Такой результат, вероятно, связан с тем, что данные шкалы вносят наибольший вклад в конечный результат и наиболее адаптированы для применения в нашей стране. Мы отметили, что при выполнении третьего и четвертого субтестов пациенты психиатрического стационара испытывали наиболее сильные затруднения, в этих субтестах приходилось многократно дублировать инструкцию и давать дополнительные допустимые объяснения, часто наблюдались отказные реакции и трудности в решении заданий. Результаты когнитивного теста изложены в табл. 4.

Результаты пациентов с параноидной шизофренией и шизотипическим расстройством укладываются в интервал «преддементные когнитивные нарушения», что свидетельствует, что при непрерывном, хроническом течении заболевания развиваются нарушения не только социального интеллекта, но и интеллекта в его классическом понимании.

Пациенты с органической патологией и параноидной шизофренией период наблюдения менее года показали более низкие баллы, соответствующие уровню «деменции легкой степени». Попадание впервые выявленной параноидной шизофренией в эту группу обусловлено, вероятно, большим влиянием позитивной симптоматики и эмоциональных расстройств с ней связанных. В то же время, выявлена тесная связь между первичными базовыми информационными процессами, в том числе, вниманием и рабочей памятью, и психосоциальным функционированием больных шизофренией [24]. Мы разделили всех наших пациентов на три возрастные группы вне зависимости от заболевания (табл. 4).

Таблица 4. Показатели социального интеллекта и когнитивных функций в разных возрастных группах

Группы пациентов (по возрасту)	18-30 лет	31-45 лет	46-50 лет
Показатель когнитивного теста (MMSE)	25,4	25,1	22,8
Тест Гилфорда	2,19	2,25	2,11

В группах пациентов 18-30 лет и 31-45 лет показатели тестов когнитивной шкалы были достоверно выше, чем в старшей возрастной группе. По тесту Гилфорда существенных различий у пациентов разных возрастных групп нами выявлено не было. Полученные данные свидетельствуют о том, что социальный интеллект является константной величиной, которая не зависит от возраста и качества интеллекта в классическом его понимании. В литературе имеется немало доказательств того, что социальные когнитивные функции имеют отличия от базовых нейрокогнитивных, хотя и связаны как с ними, так и с другими клиническими симптомами шизофренией [6]. В то же время, выявлена тесная связь между первичными базовыми информационными процессами, в том числе, вниманием и рабочей памятью, и психосоциальным функционированием больных шизофренией [25].

Выводы

1. Нарушения социального интеллекта имеют место во всех группах обследованных пациентов.
2. У пациентов с шизофренией нарушения касаются всех аспектов социального интеллекта, в то время как при шизотипическом расстройстве в большей степени поражена интегративная функция социального интеллекта.
3. Социальный интеллект является константной характеристикой личности, которая не зависит от возраста субъекта и его когнитивных функций. Низкие показатели социального интеллекта имеют достоверную связь с уровнем семейной дезадаптации.
4. При шизофрении имеет место предметный уровень нарушений интеллекта, особенно выраженный у пациентов с шизофренией, период наблюдения менее года.
5. У пациентов с органическими психическими расстройствами низкий уровень социального интеллекта сочетается с умеренно выраженным уровнем деменции.

Литература

1. Гараян Н.Г. Соотношение положительных и отрицательных эмоций у больных шизофренией: Автореф. дисс. ... канд. психол. наук. – М., 1986. – 23 с.
2. Гурович И.Я., Шмуклер А.Б., Магомедова М.В. Соотношение нейрокогнитивного дефицита и социального функционирования у больных шизофренией и шизоаффективным расстройством на различных этапах заболевания // Социальная и клиническая психиатрия. – 2001. – Т.11, №4. – С. 31-35.
3. Критская В.П., Мелешко Т.К., Поляков Ю.Ф. Патология психической деятельности при шизофрении: мотивация, общение, познание. М. – 1991. – 256 с.
4. Курек Н.С. Исследование эмоциональной сферы больных шизофренией на модели распознавания эмоций по невербальной экспрессии // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1986. – №12. – С. 1831-1836.
5. Курек Н.С. Психологическое исследование когнитивного аспекта эмоциональных процессов у больных шизофренией // Журнал невропатологии и психиатрии. – 1988. – №7. – С. 109–113.
6. Лоскутова В.А. Социальные когнитивные функции при шизофрении и способы терапевтического воздействия // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т.19, №4. – С. 92-104.
7. Михайлова Е.С. Методика исследования социального интеллекта: Адаптация теста Дж. Гилфорда и М. Салливена: Руководство по использованию. СПб: ГП «ИМАТОН». – 1996. – 230 с.
8. Рычкова О.В. Когнитивно-ориентированное направление в психотерапии и психосоциальной терапии больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2007. – Т.17, №4. – С. 91-105.
9. Рычкова О.В., Сильчук Е.П. Нарушения социального интеллекта у больных шизофренией // Социальная и клиническая психиатрия. – 2010. – Т.20, №2. – С. 5-15.
10. Спотниц Х. Современный психоанализ шизофренического пациента // Теория техники. – СПб, 2004. – 296 с.
11. Abu-Akel A. Impaired theory of mind in schizophrenia // Pragmatics and Cognition. – 1999. – V.7. – P. 247-282.
12. Baron-Cohen S., Jolliffe T., Mortimore C., Robertson M. Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high-functioning adults with autism or Asperger syndrome // Journal of Child Psychology and Psychiatry. – 1997. – V.38. – P. 813-822.
13. Baron-Cohen S., Leslie A.M., Frith U. Does the autistic child have a "theory of mind"? // Cognition. – 1985. – V.21. – P. 37-61.
14. Bruene M. "Theory of mind" in schizophrenia: A review of the literature // Schizophrenia Bulletin. – 2005. – V.31, Suppl. 1. – P. 21-24.
15. Corcoran R., Frith C.D. Conversational conduct and the symptoms of schizophrenia // Cognitive Neuropsychology. – 1996. – V.1. – P. 305-318.
16. Corcoran R., Mercer G., Frith C.D. Schizophrenia, symptomatology and social inference: Investigating "theory of mind" in people with schizophrenia // Schizophrenia Researches. – 1995. – V.17. – P. 5-3.
17. DeLisi L.E. Speech disorder in schizophrenia: Review of the literature and exploration of its relation to the uniquely human capacity for language // Schizophrenia Bulletin. – 2001. – V.27, N3. – P. 481-496.
18. Docherty N.M., Evans I.M., Sledge W.H. et al. Affective reactivity of language in schizophrenia // Journal of Nervous and Mental Disease. – 1994. – V.182, N2. – P. 98-102.
19. Frith C.D., Corcoran R. Exploring 'theory of mind' in people with schizophrenia // Psychological Medicine. – 1996. – V.26. – P. 521-530.

20. Hardy-Bayle M.C., Sarfati Y., Passerieux C. The cognitive basis of disorganization symptomatology in schizophrenia and its clinical correlates: Toward a pathogenic approach to disorganization // Schizophrenia Bulletin. – 2003. – V.29. – P. 459-471.
21. Morrison R.L., Bellack A.S., Mueser K.T. Deficit in facial-affect recognition and schizophrenia // Schizophrenia Bulletin. – 1988. – V.14. – P. 67-73.
22. Penn D.L., Corrigan P.W., Bentall R.P. et al. Social cognition in schizophrenia // Psychological Bulletin. – 1997. – V.121. – P. 114-132.
23. Penn D.L., Sanna L.J., Roberts D.L. Social cognition in schizophrenia: an overview // Schizophrenia Bulletin. – 2008. – V.34, N 3. – P. 408-411.
24. Pinkham A., Penn D., Perkins D., Lieberman J. Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia // American Journal of Psychiatry. – V.160. – P. 815-824.
25. Sergi M.J., Rassovsky Y., Widmark C. Social cognition in schizophrenia: relationship with neurocognition and negative symptoms // Schizophrenia Researches. – 2007. – V.90. – P. 316-324.

Информация об авторах

Северова Екатерина Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: sever77@yandex.ru

Охапкин Александр Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: psi@smolgm.ru

Даутова Маргарита Александровна – заместитель главного врача по лечебной части ОГБУЗ СОПКД, главный психиатр Департамента Смоленской области по здравоохранению. E-mail: sopkd@mail.ru

Реутова Елена Витальевна – заведующая мужским отделением ОГБУЗ Смоленский областной клинический психоневрологический диспансер. E-mail: relevit@yandex.ru

Соколов Николай Викторович – ординатор кафедры психиатрии, наркологии и медицинской психологии ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России. E-mail: yugovostochnyu@list.ru