

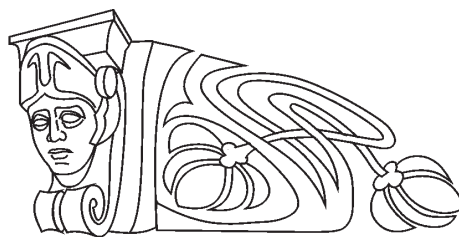


Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2023. Т. 23, вып. 3. С. 331–335
Izvestiya of Saratov University. Philosophy. Psychology. Pedagogy, 2023, vol. 23, iss. 3, pp. 331–335
<https://phpp.sgu.ru>

<https://doi.org/10.18500/1819-7671-2023-23-3-331-335>, EDN: RGATFT

Научная статья
УДК 159.972

Эмоциональные факторы дефицита социальной перцепции при неврастении



С. Л. Руденко

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия, 308007, г. Белгород, ул. Студенческая, д. 14

Руденко Светлана Львовна, кандидат психологических наук, доцент кафедры общей и клинической психологии, rudenkosl.r1@mail.ru,
<https://orcid.org/0000-0002-4628-5764>

Аннотация. Введение. Исследование направлено на выявление эмоциональных факторов, детерминирующих дефицит социальной перцепции при неврастении. **Теоретический анализ.** Показана недостаточная изученность феноменологии неврастении и трудности ее дифференциальной диагностики на этапе патологического развития личности. Подчеркнуто отсутствие адресной помощи больным и их объективно стремительная инвалидизация. Сформулирована гипотеза, согласно которой больные неврастением имеют выраженное нарушение социальной перцепции, детерминированное социальной ангедонией. **Эмпирический анализ.** В группе больных неврастением в сравнении со здоровыми обследуемыми обнаруживаются выраженные трудности распознавания эмоций по вербальным и невербальным проявлениям, нахождения необходимого тона общения и слабость аналитических способностей, позволяющих предвидеть динамику социальных ситуаций. Факторный анализ показал определяющую роль эмоциональных детерминант в развитии исследуемых нарушений – высокого уровня социальной ангедонии и связанных с ней личностной, реактивной тревожности и депрессивности. **Заключение.** Эмоциональные факторы формируют выраженную социальную ангедонию, определяющую образование дефицита социальной перцепции. Слабая ориентация на детали социальных ситуаций, тенденция к приписыванию собственных переживаний окружающим определяют низкий уровень эффективности социального взаимодействия, постепенный уход от контактов и полную социальную дезинтеграцию.

Ключевые слова: неврастения, социальная ангедония, социальная перцепция, социальная дезинтеграция, инвалидизация

Для цитирования: Руденко С. Л. Эмоциональные факторы дефицита социальной перцепции при неврастении // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Философия. Психология. Педагогика. 2023. Т. 23, вып. 3. С. 331–335. <https://doi.org/10.18500/1819-7671-2023-23-3-331-335>, EDN: RGATFT

Статья опубликована на условиях лицензии Creative Commons Attribution 4.0 International (CC-BY 4.0)

Article

Emotional factors of social perception deficit in neurasthenia

S. L. Rudenko

Belgorod State National Research University, 14 Studentskaya St., Belgorod 308007, Russia

Svetlana L. Rudenko, rudenkosl.r1@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4628-5764>

Abstract. Introduction. The study is aimed at identifying emotional factors that determine the deficit of social perception in neurasthenia. **Theoretical analysis.** Insufficient knowledge of the phenomenology of neurasthenia and the difficulties of its differential diagnosis at the stage of pathological personality development is shown. The lack of targeted assistance to patients and their objectively rapid disability is emphasized. The hypothesis is formulated that patients with neurasthenia have a pronounced violation of social perception, determined by social anhedonia. **Empirical analysis.** In the group of patients with neurasthenia, in comparison with healthy subjects, there are pronounced difficulties in recognizing emotions by verbal and nonverbal manifestations, finding the necessary tone of communication and weakness of analytical abilities that allow to anticipate the dynamics of social situations. Factor analysis has shown the decisive role of emotional determinants in the development of the studied disorders – a high level of social anhedonia and associated personal, reactive anxiety and depression. **Conclusion.** Emotional factors form a pronounced social anhedonia that determines the formation of social perception deficit. A weak focus on the details of social situations, a tendency to attribute one's own experiences to others determine the low level of effectiveness of social interaction, gradual withdrawal from contacts and complete social disintegration.

Keywords: neurasthenia, social anhedonia, social perception, social disintegration, disability

For citation: Rudenko S. L. Emotional factors of social perception deficit in neurasthenia. *Izvestiya of Saratov University. Philosophy. Psychology. Pedagogy*, 2023, vol. 23, iss. 3, pp. 331–335 (in Russian). <https://doi.org/10.18500/1819-7671-2023-23-3-331-335>, EDN: RGATFT

This is an open access article distributed under the terms of Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC-BY 4.0)



Введение

Изучение познавательной сферы лиц с невротозами в настоящее время представляет популярное направление научных исследований, в эпицентре которых разработка проблемы социальной перцепции. Выявление особенностей данного процесса открывает частные преморбидные факторы, задающие клинику невротозов и их патогенез, а также определяет причины социального снижения.

Теоретический анализ

Способность понимать эмоциональные состояния в литературе обозначена множеством синонимичных терминов: эмоциональный, социальный интеллект, «модель психического» и пр. Применительно к спектру признаков невротического радикала подчеркивается весомое пусковое значение дефицита способности анализировать социальные стимулы [1]. Больные с трудом различают эмоции по речевым и внешним проявлениям, в оценочных суждениях доминирует субъективизм, препятствующий определению причин и следствий социальных ситуаций [2]. Отмечается неизбирательная ориентация на прошлый опыт и склонность к навязчивому переосмыслению социальных отношений, препятствующему эффективной ориентации в актуальной ситуации [3, 4].

Вопросы социальной перцепции на модели лиц с невротозами освещены недостаточно. В единичных исследованиях содержатся указания на доминирование эмоциональных факторов в виде тревоги, депрессии и социальной ангедонии, определяющих уязвимость способности к считыванию информации и тенденцию к самоизоляции с постепенным уходом от активного социального функционирования [5, 6].

В практической деятельности клиницистов и психологов сегодня, как и ранее, четко обозначена проблема разведения феноменологически близких картин невротозов на этапе патологического развития личности и невротозоподобной шизофрении с астено-ипохондрическим синдромом. Данное обстоятельство объясняет трудности оказания адресной помощи больным и ведет к их инвалидизации [7, 8]. Трудности дифференциации признаков невротозов и тяжелые социальные последствия отсутствия своевременной целенаправленной помощи при данной нозологии подтверждают высокую актуальность и значимость предпринимаемых исследований.

Гипотеза исследования: больные невротозами имеют выраженное нарушение социальной перцепции, детерминированное социальной ангедонией.

Цель исследования: выявление эмоциональных факторов, детерминирующих дефицит социальной перцепции при невротозе.

Задачи исследования:

- 1) выявить характерные особенности социальной перцепции при невротозе;
- 2) определить эмоциональные факторы дефицита социальной перцепции;
- 3) проанализировать меру их участия в формировании имеющихся нарушений;
- 4) определить влияние социальной ангедонии на снижение возможностей социальной перцепции.

Методы:

1) выявление состояний, аффилированных с невротозом, проведено с помощью специального опросника, предназначенного для идентификации и оценки невротических паттернов К. К. Яхина, Д. М. Менделевича;

2) ведущие аспекты эмоционального состояния больных изучены шкалами тревожности Ч. Д. Спилберга – Ю. Л. Ханина, депрессии А. Т. Бека – В. Н. Тарабриной, социальной ангедонии М. И. Екблед – О. В. Рычковой и М. А. Приймак;

3) нозологическая специфичность социальной перцепции при невротозе определена тестами лицевой и пантомимической детекции Н. Г. Гаранян и Н. С. Курека. Комплексные характеристики получены на основе диагностики социального интеллекта тестом J. P. Guilford, M. O. Sullivan – Е. С. Михайловой.

Выбранные тесты социальной перцепции обладают общим преимуществом – относительно скрытой целью, поскольку обследуемые не могут догадываться о типе последующей психологической интерпретации. Стимульный материал неоднозначен, отсутствуют ограничения в выборе вариантов ответов. Основным приоритетом выступила возможность проведения прицельного анализа мимики изолированно от пантомимики. Состоялось всестороннее изучение процесса, поскольку был задействован как зрительный канал восприятия (просмотр фотографий лица, поз и жестов, сюжетных картинок), так и слуховой (выявление смысловой нагрузки фраз в зависимости от интонации и контекста).

Результаты психодиагностики подверглись компьютерной обработке в программе SPSS Statistics 17.0.1. Математико-статистический анализ позволил произвести подсчет среднего арифметического, определить стандартное отклоне-



ние, установить значимость различий между основной группой и контингентом сравнения с помощью *F*-критерия Фишера. Для определения связей между параметрами в условиях предположения об избыточности переменных произведен факторный анализ. Реализован метод главных компонент. С помощью вращения Varimax, при наименьших информационных потерях снижена размерность пространства признаков, обнаружены подпространства.

В исследовании участвовали 240 чел. Прицельно изучены 120 больных неврастением, проходивших медико-социальную экспертизу. Обследуемые имели равновесное распределение по полу. Средний возраст 37.5 ± 1.57 лет, опыт жизни в условиях патологии 12.75 ± 1.38 лет. Частота стационарного лечения больных неврозом за последние 5 лет составляет от 1 до 5 госпитализаций (средняя частота $3 \pm 1,4$).

Прохождение полного объема заданий явилось для больных неврастением тяжелым испытанием, поскольку представляло трудоемкий процесс. В состав основной группы вошли только те обследуемые, которые полностью справились с нагрузкой и преодолели все тесты без признаков выраженного истощения либо подчеркнутого сопротивления процессу.

Критериями включения в группу больных неврастением явились следующие:

- 1) отсутствие признаков психотического регистра;
- 2) ведущая роль психогенных факторов в возникновении и декомпенсации нозоспецифических симптомов;
- 3) эгодистонический характер психопатологических проявлений с сохранением критичности к своему состоянию.

Из исследования исключались лица со следующими патологиями:

- 1) неврозоподобной шизофренией;
- 2) невротическими реакциями;
- 3) признаками поражения головного мозга различного генеза;
- 4) соматическими заболеваниями в стадии обострения;
- 5) психопатиями;
- 6) алкоголе- и наркозависимостью;
- 7) побочными эффектами фармакотерапии.

В качестве группы контраста выступили 120 здоровых людей. Установлено, что данный контингент не имел существенных половых и возрастных отличий от основной группы.

Эмпирический анализ

Больные основной группы имели клинически выраженные, верифицированные

признаки астении ($-7,24 \pm 0,59$) и депрессии ($-7,12 \pm 0,45$). Фиксировались повышения по шкалам вегетативных сенсаций ($-3,9 \pm 0,36$), тревоги ($-3,84 \pm 0,11$) и обсессивно-фобических симптомов ($-2 \pm 0,27$). Показатель истерической симптоматики в норме ($2,5 \pm 0,18$).

На первый план выходили признаки психической гиперестезии. Данный контингент был уязвим по отношению ко внешним раздражителям. Отмечалось обострение чувствительности к физиологическим ощущениям. Происходили фиксация на головных болях, наблюдалось ощущение неустойчивости, шум в ушах, повышенная чувствительность кожных покровов. В дневное время проявлялась сонливость, в ночные часы фиксировались трудности засыпания, беспокойство с частыми пробуждениями и спутанными сновидениями бытового содержания. При пробуждении имело место чувство разбитости. Колебания настроения зависели от времени суток. Улучшение состояния отмечалось в вечернее время. Страдала работоспособность, наблюдалось снижение физических и умственных показателей. Любая нагрузка способствовала ухудшению состояния.

В условиях общей астении и стремления к экономному расходу собственных сил путем самоустранения от повседневных обязанностей проявлялись страхи и тревожно-депрессивная настроенность, которые в содержательном плане были связаны с состоянием здоровья и носили характер витальных переживаний. Фиксировались признаки астеноипохондрии за счет расширения числа соматических патологических явлений, острые состояния с тахикардией и ощущением удушья, а также страхи кардиологических пароксизмов, онкологических заболеваний и смерти.

В группе лиц с неврастением регистрировалась высокая личностная ($73 \pm 0,65$) и реактивная ($69,45 \pm 0,55$) тревожность. Попытки преодоления нежелательных состояний вызывали умственное и физическое напряжение, но не приводили к совладанию с испытываемыми эмоциями. Тревожность усиливалась, больные становились избыточно настороженными, мнительными в отношении любых сигналов от своего тела, патологически застредали на ипохондрически переработанных соматических проявлениях. Нарастали признаки астении, с течением времени отмечалось превалирование дистимии.

Здоровые люди были склонны к незначительному беспокойству по поводу реальных угроз ($32 \pm 0,77$), уровень личностной тревожности оптимален ($19 \pm 0,68$), ($p \leq 0,03$).

Показатели депрессии больных соответствовали тяжелой степени ($59,05 \pm 0,48$). В структуре аффективных нарушений преобладала эмоцио-



нальная лабильность. Плаксивость с легкостью сменялась раздражительностью. Больные были фиксированы на своих внутренних ощущениях. Сенестоалгии возникали и усиливались в связи с психотравмирующими обстоятельствами, редуцировались при купировании причин. Обнаруживалась склонность к руминативной рефлексии.

В контрольной группе клинически очерченных проявлений снижения настроения не наблюдалось ($5,25 \pm 0,63$), ($p = 0,01$).

Установлено, что неврастеники испытывали отчетливый дискомфорт в социуме, выражавшийся в отсутствии удовольствия от социальных контактов ($27,44 \pm 0,54$). В группе сравнения гедонистический компонент общения в норме ($5,32 \pm 0,28$), ($p = 0,03$). Дифференцированный анализ показал, что больные не были удовлетворены общением с социумом ($2,11 \pm 0,27$), в том числе с друзьями ($2,35 \pm 0,43$). Более комфортно они чувствовали себя в кругу семьи ($3,24 \pm 0,08$) и с медицинским персоналом ($4,78 \pm 0,04$).

Изучение социальной перцепции лиц основной группы ($9,43 \pm 0,29$) выявило значительные трудности расшифровки эмоций по мимике в сравнении со здоровыми обследуемыми ($17,06 \pm 0,33$), ответы которых максимально верны ($p = 0,04$). Характерны игнорирование состояния презрения ($0,19 \pm 0,02$), выражения неуважения с чувством превосходства, побуждающего дистанцироваться, исключая сочувствие, а также страха ($0,39 \pm 0,05$), эмоции, вызванной опасностью или угрозой. В значительной мере затруднялось распознавание страдания ($1,85 \pm 0,03$), представлявшего собой совокупность тягостных и мучительных ощущений, сопровождавшегося эмоциональным и часто физическим дискомфортом, а также удивления ($1,91 \pm 0,04$), быстротечной реакции, связанной с обнаружением неожиданных отклонений от нормы. Умеренно было снижено распознавание гнева ($2,11 \pm 0,08$), проявлявшегося паттернами недовольства, негодования. Идентификация радости не была нарушена ($2,98 \pm 0,07$).

В основной группе отмечался значительный дефицит декодирования эмоций по пантомимике ($10,67 \pm 0,74$) в сопоставлении с контрольной выборкой, имевшей нормативные показатели ($18,19 \pm 0,97$), ($p = 0,04$). Профиль распределения оценок по параметрам был идентичен полученному на материале теста определения эмоций по мимике.

Больные неврастенией нечувствительны к оттенкам речевой экспрессии ($2,14 \pm 0,07$), имели трудности нахождения соответствующего тона общения, в поведении проявляли выраженную

ролевою ригидность. Фиксировалась слабость аналитических способностей ($2,18 \pm 0,14$), позволявших увидеть ситуацию межличностного взаимодействия в динамике. Больные недостаточно понимали связь конкретных поступков и их последствий ($2,22 \pm 0,18$), были лишены возможности действовать с опорой на нормы, существовавшие в обществе, поскольку дезориентированы в обстоятельствах, требовавших их учета. Существовали трудности понимания языка поз и жестов ($2,26 \pm 0,23$). В группе сравнения результаты по всем субтестам являлись высокими ($p = 0,03$).

Факторный анализ показал определяющую роль эмоциональных детерминант в развитии исследуемых нарушений. Наибольшую нагрузку имел Фактор 1 «Нарушение социальной перцепции вследствие социальной ангедонии» ($-0,82$). Соответственно влияла мера удовольствия от социальных контактов и пребывания с людьми, что подтверждало гипотезу. Также определяющими являлись Факторы 2 и 3. Полученные нагрузки отражали значение и меру участия тревожности ($-0,77$) и депрессии ($-0,68$).

Таким образом, больные неврастенией, в отличие от контингента сравнения, имели четко очерченные трудности определения эмоциональных состояний. Ошибки распознавания отмечались при считывании не только сложных эмоций, но и достаточно доступного образца – гнева. Следовательно, ограниченность социальной перцепции при данной нозологии выходит за пределы влияния сложности стимульного эталона.

Данный контингент избегал взаимодействия с социумом в связи с фиксацией на своем состоянии и чувством стигматизированности в обществе, не испытывал гедонистических ощущений от антиципации взаимодействия. Контакты вызывали отрицательные эмоции и побуждали к критическому самоанализу. Больные патологически застревают на негативных аспектах опыта, ощущали себя неэффективными коммуникаторами, напряженно ожидали отрицательной оценки своих качеств. Любая сложная ситуация, провоцирующая напряжение, приводит к самоустранению.

Нарушения социальной перцепции обусловлены дефицитом удовольствия от социального взаимодействия в том числе с друзьями. Больные были умеренно удовлетворены общением с родственниками. С одной стороны, совместное проживание раздражало сенсibilизированных неврастеников, невольно провоцировало конфликтное поведение. С другой, близкие люди, оказывались единственными, способными искренне сочувствовать. Максимальное удовольствие про-



являлось в отношении общения с медицинским персоналом. Обследуемые наиболее гармонично чувствовали себя в условиях поликлинических отделений и стационара, когда инициировали беседы по вопросам причин своего состояния и принимали помощь медработников, получая вторичную выгоду от роли больных и нуждавшихся в терапии. Высокая загруженность переживаниями, связанная с избыточной тревожной фиксацией на состоянии соматической сферы, многоаспектной депрессивностью, в условиях повышенной истощаемости, определяли недостаточную направленность на партнера по общению. Формировался благоприятный фон для беспрепятственного проецирования собственных опасений, ощущения уязвимости и малозначимости. В итоге социальные стимулы трактовались ошибочно, с весомой долей субъективизма, что задавало тенденцию к избеганию социальных контактов и социальной дезинтеграции.

Заключение

Больные неврастением в сравнении со здоровыми людьми имеют высокий уровень личностной и реактивной тревожности, а также депрессивности, испытывают значительное напряжение в социуме, в том числе от контактов с друзьями и членами семьи. Исключение составляет взаимодействие с медицинским персоналом, которое дает ощущение внутренней опоры.

Изучение социальной перцепции данного контингента в сравнении с группой контраста вскрыло выраженные трудности распознавания эмоций по лицу, позе и жестам. Выражено игнорирование состояний презрения и страха, значительны трудности сканирования страдания и удивления. Умеренно снижено распознавание гнева. Идентификация радости не нарушена.

Больные нечувствительны к оттенкам речевой и невербальной экспрессии, имеют трудности нахождения соответствующего тона общения и слабость аналитических способностей, позволяющих увидеть логику развития социальных ситуаций.

Нарушение социальной перцепции детерминировано социальной ангедонией. Высокая загруженность переживаниями на фоне астении определяет слабую концентрацию внимания на аспектах ситуаций. Социальные стимулы трактуются ошибочно, на основе проекций, что задает тенденцию к уходу от общения и функционирования в социуме.

Список литературы

1. Frith C. D. Brain mechanisms for having a «theory of mind» // *Psychopharmacology*. 1996. № 1. P. 9–15.
2. Пуговкина О. Д., Паламарчук Л. С. Социальный интеллект и хронификация депрессии // *Консультативная психология и психотерапия*. 2013. № 1. С. 115–117.
3. Strauss E. Perception of emotional words // *Neuropsychologia*. 2018. № 4. P. 99–103.
4. Fonagy P., Gergely G., Jurist E.L., Target M. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press, 2020. 592 p.
5. Ковалев Ю. В. Особенности клиники и динамики тревоги при неврастении // *Российский психиатрический журнал*. 2004. № 4. С. 16–18.
6. Wearden A. J., Tarrier N., Barrowclough C., Zastowny T. R., Rahill A. A. A review of expressed emotion research in health care // *Clinical Psychology Review*. 2020. № 5. P. 633–666.
7. Виленский О. Г. *Психиатрия*. М. : Вузовская книга, 2020. 188 с.
8. Van Rooy D. L., Visveswaran C. Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net // *Journal of Vocational Behavior*. 2020. № 1. P. 71–95. [https://doi.org/10.1016/s0001-8791\(03\)00076](https://doi.org/10.1016/s0001-8791(03)00076)

References

1. Frith C. D. Brain mechanisms for having a «theory of mind». *Psychopharmacology*, 1996, no. 1, pp. 9–15.
2. Pugovkina O. D., Palamarchuk L. S. Social intelligence and chronification of depression. *Konsul'tativnaya psikhologiya i psikhoterapiya* [Counseling Psychology and Psychotherapy], 2013, no. 1, pp. 115–117 (in Russian).
3. Strauss E. Perception of emotional words. *Neuropsychologia*, 2018, no. 4, pp. 99–103.
4. Fonagy P., Gergely G., Jurist E. L., Target M. *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York, Other Press, 2020. 592 p.
5. Kovalev Yu. V. Features of the clinic and dynamics of anxiety in neurasthenia. *Rossiyskiy psikhiatricheskii zhurnal* [Russian Psychiatric Journal], 2004, no. 4, pp. 16–18 (in Russian).
6. Wearden A. J., Tarrier N., Barrowclough C., Zastowny T. R., Rahill A. A. A review of expressed emotion research in health care. *Clinical Psychology Review*, 2020, no. 5, pp. 633–666.
7. Vilenskiy O. G. *Psikhiatriya* [Psychiatry]. Moscow, Vuzovskaya kniga, 2020. 188 p. (in Russian).
8. Van Rooy D. L., Visveswaran C. Emotional intelligence: A meta-analytic investigation of predictive validity and nomological net. *Journal of Vocational Behavior*, 2020, no. 1, pp. 71–95. [https://doi.org/10.1016/s0001-8791\(03\)00076](https://doi.org/10.1016/s0001-8791(03)00076)

Поступила в редакцию 25.01.2023; одобрена после рецензирования 02.02.2023; принята к публикации 09.06.2023
The article was submitted 25.01.2023; approved after reviewing 02.02.2023; accepted for publication 09.06.2023