

## Особенности социального восприятия больных неврозом навязчивых состояний

С. Л. Руденко

кандидат психологических наук,

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, Россия, г. Белгород.

E-mail: rudenkosl.r1@mail.ru

**Аннотация.** Исследование особенностей социального восприятия больных неврозом навязчивых состояний продиктовано высоким интересом к аспектам когнитивного функционирования при данной нозологии. Представляет собой попытку раскрыть роль и значение дефицитов социальной перцепции и метаанализа в симптомообразовании невротического регистра. В условиях патоморфоза клинических характеристик отвечает потребности пересмотра и расширения дифференциально-диагностических критериев, а также поиска путей оказания своевременной и качественной специализированной полипрофессиональной помощи рассматриваемому контингенту. Изучение социального восприятия обследуемых посвящено решению вопроса о специфике социального восприятия лиц, страдающих навязчивыми состояниями и направлено на достижение главной цели – выявление особенностей изучаемого процесса на материале больных неврозом навязчивых состояний. Характерные нарушения рассмотрены как нозоспецифические маркеры и предрасположительно-факторы снижения качества жизни. Модель квазиэкспериментального исследования потребовала применения широкого комплекса методов – теоретических (аналитико-синтезирующий, сравнительно-сопоставительный, теоретическое моделирование), организационных (метод «поперечного среза», сравнительный), эмпирических (констатирующий эксперимент по модели экс-постфактум), методов обработки (количественный и качественный анализ) и интерпретации данных (структурный). Установлено снижение социальной перцепции и социального интеллекта. Показаны детерминанты выявленных дефицитов, а также исходы дезориентации в общении в виде нарастания клинической симптоматики и снижения качества жизни. Получены данные, подтверждающие, что социальная дезадаптация декомпенсирует патологические проявления и расширяет нарушения социального восприятия. Результаты исследования применимы для интервенций психологов и психиатров – проведения диагностики, терапии, реализации реабилитационных мероприятий, а также для формирования программ подготовки специалистов помогающих профессий.

**Ключевые слова:** невроз навязчивых состояний, социальное восприятие, качество жизни.

Исследование познавательной сферы лиц с неврозами является одним из активно разрабатываемых и перспективных векторов научного поиска. Действующая политика здоровьесбережения трудоспособного населения и социальной интеграции инвалидов определила важный вектор – выявление предикторов нозоспецифических паттернов социального взаимодействия данного контингента. Центральной мишенью выступает изучение социального восприятия.

Способность распознавать собственные состояния и эмоциональные паттерны другого человека, подвергать их анализу, в литературе обозначена такими конструктами, как эмоциональный интеллект [18], социальный интеллект [11] и «модель психического» [20]. Изучение социального восприятия впервые было реализовано на материале пациентов с эндогенной психической патологией – больных шизофренией и расстройствами аутистического спектра. Лишь позднее состоялся переход к раскрытию когнитивных и социальных коррелятов в формировании неврозов. Установлено, что проявление и развитие невротической симптоматики обусловлено нарушениями со стороны эмоционального и социального интеллекта [11; 18]. Выявлены слабая различительная способность декодирования эмоций, эгоцентричность и избыточный субъективизм в оценках, отсутствие стремления выдвигать предположения о причинах поведения людей и конкретных социальных ситуаций [6; 7; 8; 11; 16]. Метакоммуникация лиц с неврозами зачастую осложнена руминациями и фиксацией на прошлом опыте [3; 9; 10; 17; 19].

Несмотря на давнюю историю изучения неврозов, разработка проблемы социального восприятия обследуемых с неврозом навязчивых состояний является недостаточной. Вопрос специфики их мета-репрезентаций раскрыт фрагментарно, в единичных исследованиях.

Установлена некомпетентность в сфере общения, недостаточная эффективность взаимодействия с окружающими людьми на фоне практически полной сохранности когнитивной сферы [13; 20]. Рядом авторов подчеркивается, что ведущую роль играют мотивационные факторы, обуславливающие тенденцию к избеганию и определяющие путь патологического развития личности [1; 2; 3; 12].

Сегодня ощущается дефицит дифференциально-диагностических критериев невроза навязчивых состояний, позволяющих отличить данный контингент от больных с неврозоподобными симптомами, в том числе эндогенной природы. Следовательно, затруднен поиск путей улучшения состояния больных, что ведет к их постепенной инвалидизации [4; 5; 11; 14; 15; 16]. Проблемы дифференциальной диагностики и частые неблагоприятные исходы невроза навязчивых состояний подтверждают высокую медико-социальную значимость и актуальность изучаемой области.

Гипотеза исследования: у больных неврозом навязчивых состояний проявляется отчетливое нарушение социального восприятия, детерминированное клинической симптоматикой и определяющее снижение качества их жизни.

Цель исследования: обнаружение особенностей социального восприятия у больных неврозом навязчивых состояний.

Задачи исследования:

- 1) проанализировать клинико-психологическую характеристику больных неврозом навязчивых состояний;
- 2) исследовать особенности перцепции и аналитико-синтетических возможностей больных в ходе социальной метакоммуникации;
- 3) определить роль клинико-психологических детерминант в уменьшении достоверности социального восприятия больных;
- 4) показать специфику социального восприятия больных как предиктор снижения качества их жизни.

Теоретическая значимость результатов исследования определяется выявлением особенностей социальной перцепции и интеллекта больных неврозом навязчивых состояний, а также уточнением роли клинических и психосоциальных взаимовлияний в процессе социального восприятия.

Практическая значимость полученных результатов состоит в увеличении диагностических мощностей в работе с данным контингентом, позволяющих определить мишени психотерапии и наметить пути максимальной социальной интеграции данного контингента.

**Методы.** Проведенный эксперимент экс-постфактум с применением современных средств количественной обработки данных и качественного анализа базировался на методиках трех различных уровней ориентации.

1. Клинико-психологический блок инструментов составили: «Клинический опросник для выявления и оценки невротических состояний» К. К. Яхина, В. Д. Менделевича [9], «Шкала самооценки уровня тревожности» Ч. Д. Спилбергера – Ю. Л. Ханина [10], «Шкала депрессии» А. Т. Веек, адаптированная В. Н. Тарабриной [11], «Шкала социальной ангедонии» М. I. Ekcbled, L. G. Chermen, M. Mishlove, русифицированная О. В. Рычковой, А. Б. Холмогоровой [9].

2. Изучение социальной перцепции произведено посредством тестов «Распознавание эмоций» Н. Г. Гаранян [3] и «Поза и жест» Н. С. Курека [5]. Интеллектуальный компонент проанализирован на основе результатов теста «Социальный интеллект» J. P. Guilford, M. O. Sullivan в адаптации Е. С. Михайловой [7].

3. Качество жизни оценено с помощью методики «ВОЗ КЖ-100», Всемирной организации здравоохранения, адаптированной СПбНИПНИ им. В. М. Бехтерева [1].

Обработка данных произведена в программе SPSS Statistics 17.0.1. Реализованы корреляционный и факторный анализы.

Психодиагностике подвергнуто 240 человек – больные неврозом навязчивых состояний и здоровые люди в равном соотношении. Больные обследованы при прохождении освидетельствования в специализированном бюро медико-социальной экспертизы. Зарегистрировано равное количество представителей обоих полов в возрасте от 25 до 50 лет ( $37.5 \pm 1.57$  года) с невротическим стажем от 1 до 25 лет ( $12.75 \pm 1.37$  года). Группу контраста составили 120 здоровых обследуемых, половые и возрастные характеристики которых не имеют значимых различий с основной группой.

**Результаты.** Первоначальной задачей исследования выступило составление характеристики больных на основе клинических и психологических параметров. Распределение средних взвешенных оценок невротических состояний обследуемых показано в таблице 1.

Таблица 1

**Распределение средних взвешенных оценок больных неврозом навязчивых состояний и здоровых обследуемых по шкалам «Клинического опросника для выявления и оценки невротических состояний»**

Обследуемые	Тревога	Невротическая депрессия	Астения	Истерический тип реагирования	Обсессивно-фобические нарушения	Вегетативные нарушения
Больные неврозом навязчивых состояний	-6,71 ±0,24	-5,31 ±0,3	-3,26 ±0,27	1,34 ±0,12	-8,29 ±0,42	-13,28 ±0,55
Здоровые обследуемые	3,11 ±0,15	4,32 ±0,12	4,81 ±0,09	3,25 ±0,23	4,12 ±0,26	5,8 ±0,14
F-критерий Фишера	0,01	0,01	0,01	0,03	0,01	0,01

Больные неврозом навязчивых состояний в значительной степени загружены неконтролируемыми мыслями и страхами (-8,29 ± 0,42), которые сопровождаются вегетативными дисфункциями (-13,28 ± 0,55). Высокие значения отмечаются также в аспекте тревоги (-6,71 ± 0,24), депрессии (-5,31 ± 0,3) и астении (-3,26 ± 0,27). Конверсионные расстройства не характерны (1,34 ± 0,12). Здоровые обследуемые не имеют выраженных невротических признаков. Различия между показателями основной и контрольной группы значимы (p < 0,05).

Распределение средних взвешенных оценок тревожности обследуемых отражено в таблице 2.

Таблица 2

**Распределение средних взвешенных оценок больных неврозом навязчивых состояний и здоровых обследуемых по «Шкале самооценки уровня тревожности»**

Обследуемые	Реактивная тревожность (средняя оценка, стандартное отклонение)	Личностная тревожность (средняя оценка, стандартное отклонение)
Больные неврозом навязчивых состояний	71,82 ± 0,34	76,52 ± 0,48
Здоровые обследуемые	32 ± 0,77	19 ± 0,68
F-критерий Фишера	0,02	0,01

Отмечается доминирование личностной тревожности (76,52 ± 0,48) над реактивной (71,82 ± 0,34). Показатели относятся к континууму высокого уровня. В контрольной группе отмечается незначительное повышение показателя реактивной тревожности (32 ± 0,77), превышающего границу нормы. Различия между показателями обследуемых основной и контрольной групп значимы (p < 0,05).

Средние взвешенные оценки депрессии обследуемых приведены в таблице 3.

Таблица 3

**Средние взвешенные оценки больных неврозом навязчивых состояний и здоровых обследуемых по «Шкале депрессии»**

Обследуемые	Общий балл (средняя оценка, стандартное отклонение)
Больные неврозом навязчивых состояний	53,3 ± 0,33
Здоровые обследуемые	5,25 ± 0,63
F-критерий Фишера	0,01

Обследуемые с неврозом навязчивых состояний проявляют выраженную депрессию, которая соответствует тяжелой степени ( $53,3 \pm 0,33$ ). В контрольной группе признаки депрессии отсутствуют. Различия между показателями обследуемых основной и контрольной групп значимы ( $p = 0,01$ ).

Средние взвешенные оценки социальной ангедонии обследуемых показаны в таблице 4.

Таблица 4

**Средние взвешенные оценки больных неврозом навязчивых состояний и здоровых обследуемых по «Шкале социальной ангедонии»**

Обследуемые	Общий балл (средняя оценка, стандартное отклонение)
Больные неврозом навязчивых состояний	$31,25 \pm 0,25$
Здоровые обследуемые	$5,32 \pm 0,28$
F-критерий Фишера	0,03

В составе больных неврозом навязчивых состояний отмечаются выраженные признаки социальной ангедонии ( $31,25 \pm 0,25$ ). В контрольной группе выявлен оптимальный уровень способности получать удовольствие от общения с другими людьми. Различия между показателями обследуемых основной и контрольной групп значимы ( $p = 0,03$ ).

Изучение социального восприятия больных неврозом навязчивых состояний и группы сравнения выступило центральным этапом исследования. Соотношение суммарных средних взвешенных оценок распознавания эмоций по лицу отражено на рисунке 1.

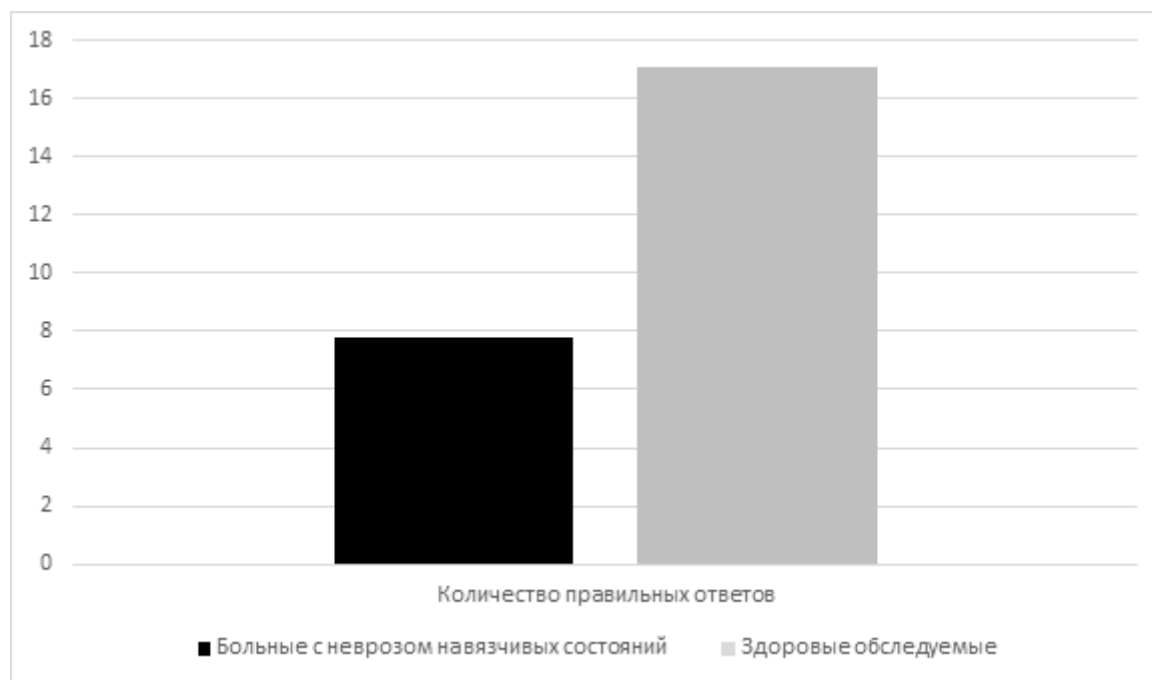


Рис. 1. Соотношение суммарных средних взвешенных оценок больных неврозом навязчивых состояний и здоровых обследуемых по тесту «Распознавание эмоций»

Среди больных неврозом навязчивых состояний выявлены существенные трудности распознавания эмоций по лицу ( $7,79 \pm 0,28$ ). В контрольной группе получен оптимальный результат за счет максимального количества верных ответов ( $17,06 \pm 0,33$ ). Различия между показателями обследуемых основной и контрольной групп значимы ( $p = 0,04$ ).

Распределение средних взвешенных оценок по аспектам распознавания лицевой экспрессии обследуемых приведено на рисунке 2.

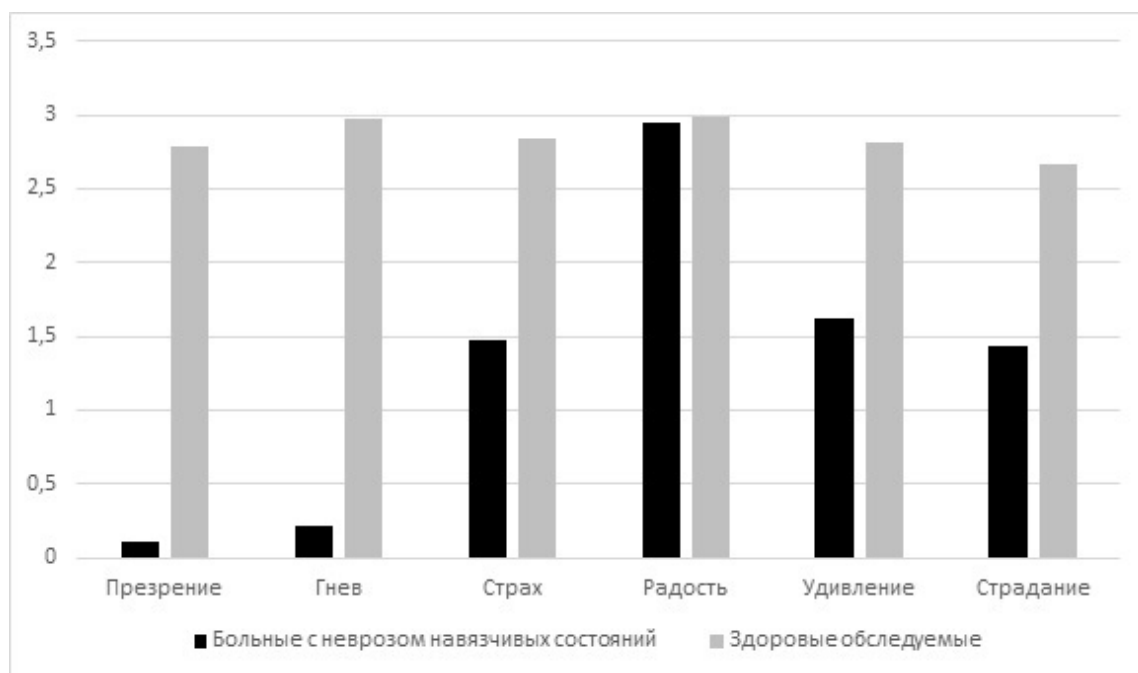


Рис. 2. Распределение средних взвешенных оценок больных неврозом навязчивых состояний и здоровых обследуемых по параметрам теста «Распознавание эмоций»

Обследуемые с неврозом навязчивых состояний проявляют неспособность к распознаванию презрения ( $0,11 \pm 0,02$ ) и гнева ( $0,21 \pm 0,03$ ). Отмечается низкий уровень определения страдания ( $1,44 \pm 0,04$ ), страха ( $1,47 \pm 0,07$ ) и удивления ( $1,62 \pm 0,03$ ). Более доступно распознавание радости ( $2,94 \pm 0,09$ ). Здоровые обследуемые верно трактуют эмоции по мимике.

Соотношение суммарных средних взвешенных оценок распознавания эмоций по позе и жестам обследуемых показано на рисунке 3.

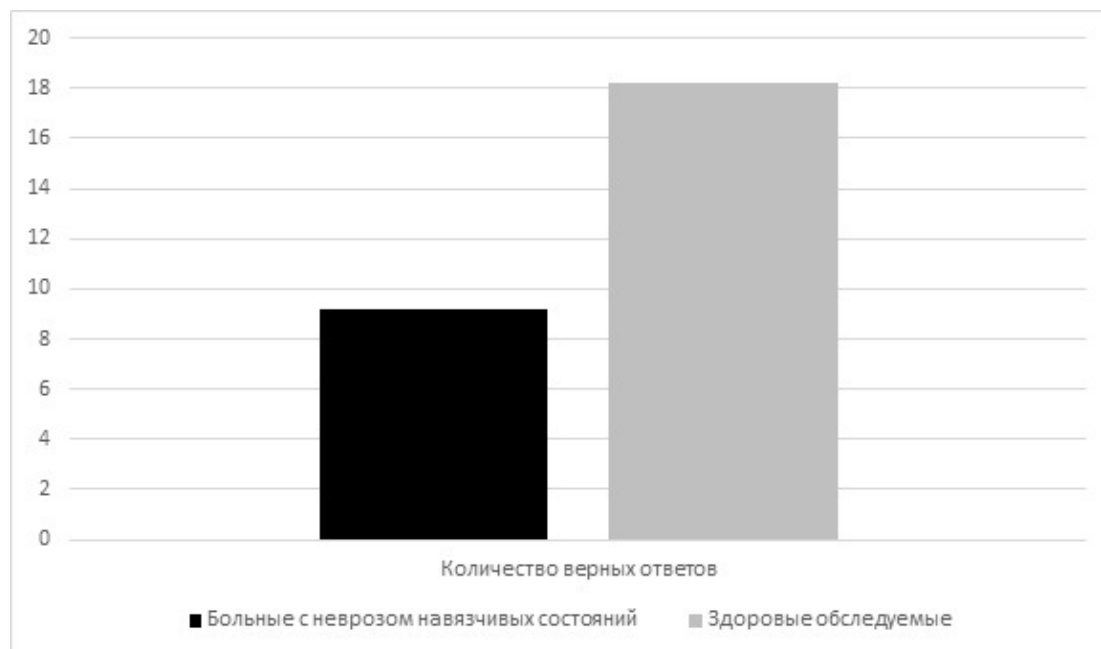


Рис. 3. Соотношение суммарных средних взвешенных оценок больных неврозом навязчивых состояний и здоровых обследуемых по тесту «Поза и жест»

В составе больных неврозом навязчивых состояний выявлены отчетливые трудности распознавания эмоций по позе и жестам ( $9,18 \pm 0,76$ ). В контрольной группе нарушений не обнаружено ( $18,19 \pm 0,97$ ). Различия между показателями обследуемых основной и контрольной групп значимы ( $p = 0,04$ ).

Распределение средних взвешенных оценок по аспектам распознавания пантомимической экспрессии обследуемых отражено на рисунке 4.

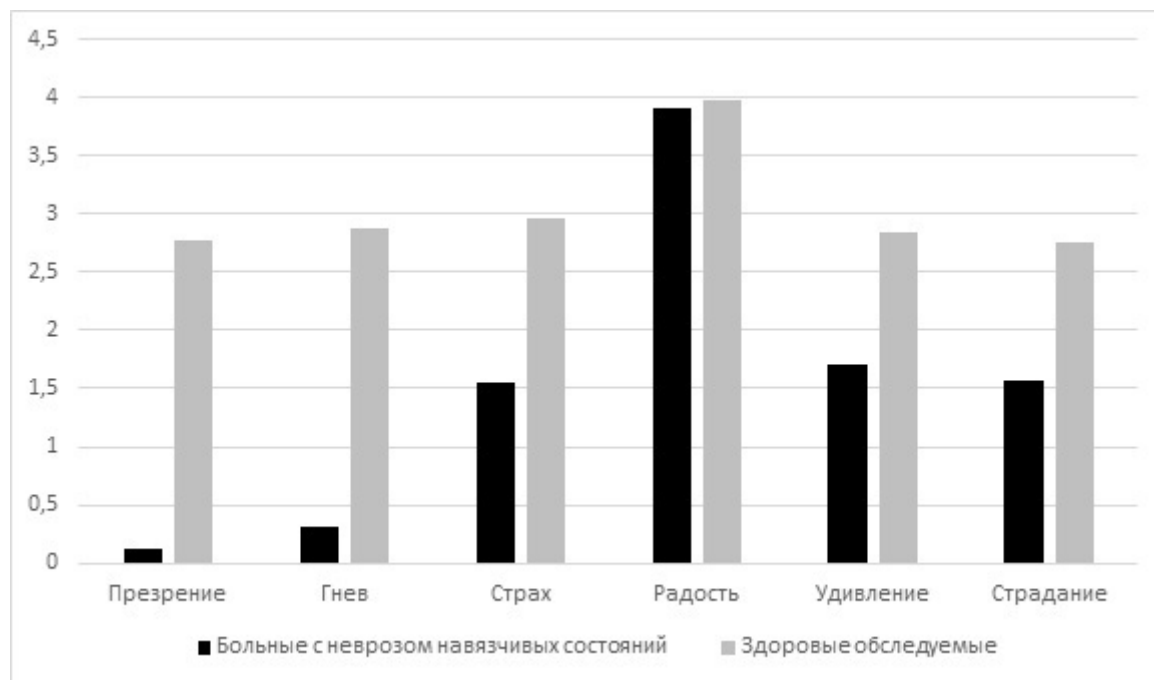


Рис. 4. Распределение средних взвешенных оценок обследуемых с неврозом навязчивых состояний и здоровых обследуемых по параметрам теста «Поza и жест»

Среди больных неврозом навязчивых отмечается неспособность к распознаванию презрения ( $0,13 \pm 0,04$ ) и гнева ( $0,32 \pm 0,05$ ). Выявлен низкий уровень декодирования страдания ( $1,56 \pm 0,16$ ), страха ( $1,55 \pm 0,13$ ) и удивления ( $1,71 \pm 0,09$ ). Доступнее распознавание радости ( $3,91 \pm 0,29$ ). Здоровые обследуемые верно трактуют эмоции по поze и жестам.

Распределение средних взвешенных оценок интеллектуального компонента социального восприятия больных неврозом навязчивых состояний и здоровых обследуемых приведено на рисунке 5.

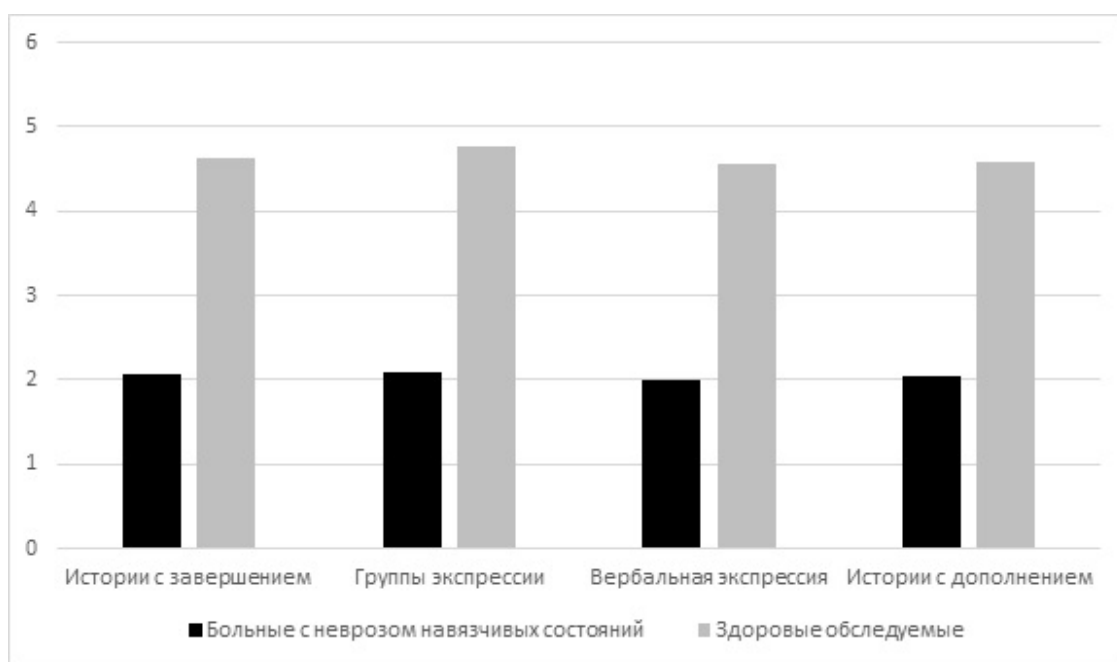


Рис. 5. Распределение средних взвешенных оценок больных неврозом навязчивых состояний и здоровых обследуемых по субтестам теста «Социальный интеллект»

В составе больных неврозом навязчивых состояний отмечены значительные трудности понимания социальных стимулов. Показатели по субтестам «Вербальная экспрессия» ( $2,01 \pm 0,04$ ), «Истории с дополнением» ( $2,04 \pm 0,03$ ), «Истории с завершением» ( $2,06 \pm 0,05$ ), «Группы экспрессии» ( $2,09 \pm 0,07$ ) соответствуют уровню ниже среднего. В контрольной группе числовые эквиваленты по субтестам «Вербальная экспрессия» ( $4,56 \pm 0,12$ ), «Истории с дополнением» ( $4,59 \pm 0,08$ ), «Истории с завершением» ( $4,63 \pm 0,17$ ), «Группы экспрессии» ( $4,78 \pm 0,21$ ) выше средневыворочной нормы. Различия между показателями обследуемых основной и контрольной групп значимы ( $p = 0,03$ ).

Факторы детерминации социального восприятия в группе больных неврозом навязчивых состояний показано в таблице 5.

Таблица 5

**Детерминанты социального восприятия больных неврозом навязчивых состояний**

Параметры		Фактор 1 «Нарушение социального восприятия вследствие обсессивно-фобических нарушений»	Фактор 2 «Нарушение социального восприятия вследствие астении»	Фактор 3 «Нарушение социального восприятия вследствие истерического типа реагирования»
Астения			-0,67	
Истерический тип реагирования				-0,66
Обсессивно-фобические нарушения		-0,75		
Тест «Распознавание эмоций» (Суммарный показатель)		0,63	0,43	0,41
Тест «Поза и жест» (Суммарный показатель)		0,64	0,54	0,48
Тест «Социальный интеллект»	Истории с завершением	0,61	0,52	0,49
	Группы экспрессии	0,63	0,54	0,53
	Вербальная экспрессия	0,62	0,53	0,52
	Истории с дополнением	0,68	0,59	0,58

Среди больных неврозом навязчивых состояний выделено 3 ведущих фактора. Определяющая роль фактора 1 «Нарушение социального восприятия» (-0,75) прогнозируема за счет повышения показателей по обсессивным проявлениям с аффектом страха, регулируемым компульсиями (в среднем  $-3,03 \pm 0,28$ ). Фактор 2 «Нарушение социального восприятия» (-0,67) объясним уязвимостью в плане психической гиперестезии и повышением показателей по соответствующим признакам (в среднем  $-3,13 \pm 0,34$ ). Фактор 3 «Нарушение социального восприятия» (-0,66) исходит из повышения значений демонстративности и экспрессивной изменчивости проявлений (в среднем  $-0,7 \pm 0,29$ ). Распределение средних взвешенных оценок качества жизни обследуемых отражено в таблице 6.

В составе больных неврозом навязчивых состояний отмечается преобладание удовлетворенности жизнью. Суммарный балл соответствует континууму среднего уровня ( $64,56 \pm 0,88$ ). Больные имеют средние показатели удовлетворенности сферами «Духовность/религия/личные убеждения» ( $14,48 \pm 0,16$ ), «Окружающая среда» ( $12,55 \pm 0,21$ ), «Физическая сфера» ( $10,05 \pm 0,11$ ) и «Уровень независимости» ( $9,82 \pm 0,18$ ). Регистрируются низкие значения сфер «Социальные отношения» ( $8,98 \pm 0,1$ ) и «Психологическая сфера» ( $8,68 \pm 0,12$ ).

Здоровые обследуемые высоко оценивают качество собственной жизни. Различия по уровням качества жизни между показателями больных и здоровых обследуемых преимущественно значимы ( $p < 0,05$ ).

Факторы, оказывающие влияние на качество жизни лиц основной группы, отражены в таблице 7.

Таблица 6  
**Распределение средних взвешенных оценок больных неврозом навязчивых состояний и здоровых обследуемых по параметрам**  
**Опросника «ВОЗ КЖ-100»**

	Физическая сфера			Психологическая сфера				Уровень независимости				Социальные отношения			Окружающая среда								Духовная сфера	
	Физическая боль и дискомфорт	Жизненная активность, энергия и усталость	Сон и отдых	Положительные эмоции	Познавательные функции	Самооценка	Образ тела и внешность	Отрицательные эмоции	Подвижность	Способность выполнять повседневные дела	Зависимость от лекарств и лечения	Способность к работе	Личные отношения	Практическая социальная поддержка	Сексуальная активность	Физическая безопасность и защита	Окружающая среда дома	Финансовые ресурсы	Медицинская и социальная помощь	Возможности для приобретения новой информации и навыков	Возможности для отдыха и развлечения и их использование	Окружающая среда вокруг		Транспорт
Больные неврозом навязчивых состояний	10,98 ± 0,04	9,74 ± 0,12	9,43 ± 0,16	8,22 ± 0,21	8,64 ± 0,14	7,24 ± 0,08	11,44 ± 0,15	7,88 ± 0,03	11,33 ± 0,27	9,43 ± 0,15	9,32 ± 0,03	9,21 ± 0,25	8,32 ± 0,28	11,29 ± 0,11	7,34 ± 0,18	10,21 ± 0,42	13,22 ± 0,09	12,51 ± 0,17	13,33 ± 0,25	12,19 ± 0,16	14,15 ± 0,18	11,23 ± 0,32	13,56 ± 0,08	14,48 ± 0,16
	(средняя оценка, стандартное отклонение) 10,0 ± 0,11      8,68 ± 0,12      9,82 ± 0,18      8,98 ± 0,1      12,55 ± 0,21      14,48 ± 0,16																							
Здоровые обследуемые	9,97 ± 0,02	18,47 ± 0,27	18,03 ± 0,15	19,83 ± 0,05	19,55 ± 0,13	17,21 ± 0,06	17,13 ± 0,04	17,35 ± 0,22	19,97 ± 0,02	18,77 ± 0,04	19,01 ± 0,05	19,12 ± 0,14	15 ± 0,19	14,99 ± 0,27	14,98 ± 0,18	19,23 ± 0,08	19,05 ± 0,03	16,39 ± 0,19	17,45 ± 0,31	19,96 ± 0,02	17,03 ± 0,15	15,12 ± 0,08	18,25 ± 0,03	18,39 ± 0,21
	64,56 ± 0,88      18,21 ± 0,24      19,22 ± 0,06      14,99 ± 0,29      17,81 ± 0,03      18,39 ± 0,21																							
F-критерий Фишера	107,69 ± 0,96																							
	0,09	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,01	0,01	0,01



Таблица 7

**Детерминация качества жизни больных неврозом навязчивых состояний**

Параметры	Фактор 1. «Изменение качества жизни вследствие нарушения социального восприятия»	Фактор 2 «Изменение качества жизни вследствие обсессивно-фобических нарушений»	Фактор 3 «Изменение качества жизни вследствие астении»	Фактор 4 «Изменение качества жизни вследствие истерического типа реагирования»
Астения			0,64	
Истерический тип реагирования				0,61
Обсессивно-фобические нарушения		0,66		
Тест «Социальный интеллект» Композитная оценка	-0,89			
Физическая сфера	0,58	0,51	0,54	0,48
Психологическая сфера	0,65	0,57	0,55	0,56
Уровень независимости	0,61	0,54	0,55	0,62
Социальные отношения	0,67	0,62	0,61	0,58
Окружающая среда	0,64	0,58	0,59	0,49
Духовная сфера	0,68	0,63	0,61	0,57

Среди больных неврозом навязчивых состояний выделено 4 ведущих фактора качества жизни. Наиболее доминантным является фактор «Изменение качества жизни вследствие нарушения социального восприятия» (-0,89). Значимы факторы «Изменение качества жизни вследствие обсессивно-фобических нарушений» (0,66), «Изменение качества жизни вследствие астении» (0,64) и «Изменение качества жизни вследствие истерического типа реагирования» (0,61).

**Обсуждение.** В клинико-психологическом профиле больных неврозом навязчивых состояний доминируют навязчивые мысли. Отмечаются навязчивые сомнения, контрастные навязчивости или «агрессивные обсессии», идеи загрязнения, ипохондрические обсессии, идеи повторного контроля. Отмечается тенденция к сложным защитным ритуалам. Обследуемые испытывают ощущение чуждости психических ощущений, их иррациональности. Зафиксированный компонент «борьбы» с патологическими проявлениями указывает на истинную природу невроза и исключает эндогенный радикал.

Тревожность лиц данной нозологической группы представляет собой очерченный клинический феномен. Переживания характеризуются неопределенностью и обращением в будущее. Обследуемые высказывают готовность к общению и активной социальной деятельности, но не имеют решимости вступать в контакты по собственной инициативе. Предвидение социального взаимодействия вызывает напряжение, способствует социальной дезинтеграции.

Выявлено отчетливое снижение способности к социальной перцепции и интерпретации информации. Применение тестов распознавания эмоций по мимике и пантомимике вскрыло существенные трудности идентификации презрения и гнева. Предсказуемы ошибки декодирования страдания, страха и удивления, поскольку данные состояния сопряжены с указанными, часто испытываемыми и репрессируемыми эмоциями. Распознавание радости доступно в связи с положительной модальностью и минимальным количеством перцептивных элементов. Для больных характерно недостаточное понимание смысла речевых конструкций и невербальных коммуникативных паттернов в различных социальных ситуациях.

Доказана зависимость показателей социального восприятия от клинических характеристик, препятствующих концентрации внимания на деталях мимики, пантомимики и удержанию логики развития социальных ситуаций. Выявлено снижение направленности на другого человека, интереса распознавания и анализа социальной информации.

Исходя из результатов определения ведущих детерминант нарушения социального восприятия в группе больных неврозом навязчивых состояний, очевидно, что выделенные факторы соотносимы с центральными клиническими характеристиками группы. Соответ-

ственно, есть доказательства влияния симптоматики на возникновение нарушения социального восприятия обследуемых.

Оценки качества жизни больных неврозом навязчивых состояний, по преобладающему числу субсфер, являются средними. В данный диапазон вошли параметры сфер духовности, окружающей среды, физической сферы и уровня независимости. Проявляется низкая удовлетворенность познавательными функциями, характером испытываемых эмоций, образом тела, внешностью и в целом самооценкой. Обследуемые отмечают трудности в установлении личных отношений, остро переживают сниженную сексуальную активность, испытывают потребность в большей социальной поддержке. Нарушение социального восприятия обуславливает снижение уровня качества жизни больных. Тем не менее у лиц со значительно выраженным нарушением социального восприятия оценка различных аспектов жизнедеятельности в социуме завышена. Данное обстоятельство напрямую связано с падением стандартов и примирением с инвалидностью.

Таким образом, искаженное понимание контекста ситуаций межличностного взаимодействия приводит к неэффективности коммуникаций больных. Возникают депрессия, тревога перед взаимодействием с людьми. Нарастают пассивность, социальная отгороженность. В результате происходит снижение качества жизни.

**Заключение.** Больных неврозом навязчивых состояний отличает выраженная степень проявления признаков невротического регистра с ощущением чуждости психических сенсаций, их иррациональности.

Изучение гедонистического аспекта взаимодействия больных неврозом навязчивых состояний с людьми вскрыло высокий уровень социальной ангедонии. Получение удовольствия от общения ограничено эгоцентрической направленностью, стремлением скрыть свою уязвимость.

Больные имеют отчетливые трудности перцепции и интерпретации социальной информации, ограничивающие антиципацию. Прослеживается зависимость показателей социального восприятия от степени выраженности невротических состояний. Установлено подавляющее влияние выявленных дефицитов на качество жизни.

### Список литературы

1. Александровский Ю. А. Пограничные психические расстройства : учебное пособие для слушателей системы последипломного образования. Изд. 3-е, перераб., доп. М. : Медицина, 2000. 496 с.
2. Виленский О. Г. Психиатрия. М. : Вузовская книга, 2010. 188 с.
3. Гаранян Н. Г., Васильева М. Н. Личностные характеристики больных рекуррентной депрессией, резистентных к медикаментозному лечению // Сибирский психологический журнал. 2009. Т. 31. № 27. С. 33.
4. Жариков Н. М. Психиатрия. М. : Медицинское информационное агентство, 2009. 832 с.
5. Жмуров В. А. Клиническая психиатрия. М. : Джангар, 2010. 1270 с.
6. Ильина Н. А. Клинические аспекты «помешательства сомнений» // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсокова. 2002. Т. 102. № 1. С. 30–36.
7. Липгарт Н. К. Вопросы дифференцированной терапии невроза навязчивых состояний // Вопросы психотерапии. 1966. С. 204.
8. Мак-Каллоу Дж. Лечение хронической депрессии. М. : Спектр, 2003. С. 22–29.
9. Мосолов С. Н. Современные тенденции в терапии обсессивно-компульсивного расстройства: от научных исследований к клиническим рекомендациям / Биологические методы терапии психических расстройств (доказательная медицина в клинической практике). М. : Социально-политическая мысль, 2012. С. 662–669.
10. Мосолов С. Н., Алфимов П. В. Алгоритм биологической терапии обсессивно-компульсивного расстройства // Современная терапия психических расстройств. 2013. № 1. С. 42–43.
11. Пуговкина О. Д., Паламарчук Л. С. Социальный интеллект и хронификация депрессии // Консультативная психология и психотерапия. 2013. № 1. С. 114–118.
12. Пуговкина О. Д., Холмогорова А. Б. Терапевтический альянс в психотерапии // Современная терапия психических расстройств. 2011. № 3. С. 12–19.
13. Сагалакова О. А., Журнова О. В., Труевцев Д. В. Психологические факторы формирования суицидального поведения при обсессивно-компульсивном и социальном тревожном расстройстве // Суицидология. 2020. Т. 11. № 2. С. 82–100.
14. Цыганков Б. Д. Психиатрия. М. : ГЭОТАР, 2012. 696 с.
15. Abramowitz J. S., Storch E. A., Keeley M. Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: What is the role of cognitive factors? // Behaviour Research and Therapy. 2007. Vol. 45. № 10. Pp. 2253–2261.

16. Alsarraf J. J., Nilsson Y. Reflecting around the functions behind depression – A correlational study of depression, mentalization and attachment. Linköping : Linköping University, 2009. Pp. 72–78.
17. Fonagy P. (ets.) Affect regulation, mentalization and the development of the self. New York : Other Press, 2002. Pp. 38–42.
18. Hansenne M. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects // Psychiatry Research. 2007. № 1. Pp. 63–68.
19. Weissman M., Markowitz J., Klerman G. Clinician's guide to interpersonal psychotherapy // Oxford UP. 2007. № 3. Pp. 22–29.
20. Zobel I. (ets.) Theory of mind deficits in chronically depressed patients // Depression and anxiety. 2010. № 27. Pp. 815–823.

## Features of social perception of patients with obsessive-compulsive disorder

S. L. Rudenko

PhD of Psychological Sciences, Belgorod State National Research University.  
Russia, Belgorod. E-mail: rudenko.sl.r1@mail.ru

**Abstract.** The study of the peculiarities of social perception of patients with obsessive-compulsive disorder is dictated by a high interest in the aspects of cognitive functioning in this nosology. It is an attempt to reveal the role and significance of deficits of social perception and meta-analysis in the symptom formation of the neurotic register. In the conditions of pathomorphosis of clinical characteristics, it meets the need to revise and expand the differential diagnostic criteria, as well as to find ways to provide timely and high-quality specialized polyprofessional care to the considered contingent. The study of the social perception of the subjects is devoted to solving the question of the specifics of the social perception of persons suffering from obsessive states and is aimed at achieving the main goal – to identify the features of the studied process on the material of patients with obsessive-compulsive states. Characteristic disorders are considered as nosospecific markers and pre-positional factors of a decrease in the quality of life. The model of quasi-experimental research required the use of a wide range of methods – theoretical (analytical-synthesizing, comparative-comparative, theoretical modeling), organizational ("cross-section" method, comparative), empirical (ascertaining experiment using the ex-post facto model), processing methods (quantitative and qualitative analysis) and data interpretation (structural). A decrease in social perception and social intelligence was found. The determinants of the identified deficits are shown, as well as the outcomes of disorientation in communication in the form of an increase in clinical symptoms and a decrease in the quality of life. The data confirming that social maladaptation decompensates pathological manifestations and expands violations of social perception are obtained. The results of the study are applicable for the interventions of psychologists and psychiatrists – diagnostics, therapy, implementation of rehabilitation measures, as well as for the formation of training programs for specialists of helping professions.

**Keywords:** obsessive-compulsive disorder, social perception, quality of life.

### References

1. Alexandrovsky Yu. A. *Pogranichnye psichicheskie rasstrojstva : uchebnoe posobie dlya slushatelej sistemy poslediplomnogo obrazovaniya. Izd. 3-e, pererab., dop.* [Borderline mental disorders : textbook for students of the postgraduate education system. Ed. 3rd, reprint, add]. M. Medicina (Medicine). 2000. 496 p.
2. Vilenskij O. G. *Psihiatriya* [Psychiatry]. M. Universitetskaya kniga (University book). 2010. 188 p.
3. Garanyan N. G., Vasil'eva M. N. *Lichnostnye harakteristiki bol'nyh rekurrentnoj depressiej, rezistentnyh k medikamentoznomu lecheniyu* [Personal characteristics of patients with recurrent depression, resistant to drug treatment] // *Sibirskij psihologicheskij zhurnal – Siberian Psychological Journal*. 2009. Vol. 31. No. 27. P. 33.
4. Zharikov N. M. *Psihiatriya* [Psychiatry]. M. Medical Information Agency. 2009. 832 p.
5. Zhmurov V. A. *Klinicheskaya psichiatrya* [Clinical psychiatry]. M. Dzhangar. 2010. 1270 p.
6. Il'ina N. A. *Klinicheskie aspekty "pomeshatel'stva somnenij"* [Clinical aspects of "insanity of doubts"] // *Zhurnal nevrologii i psichiatrii im. S. S. Korsokova – Journal of Neurology and Psychiatry n. a. S. S. Korsokov*. 2002. Vol. 102. No. 1. Pp. 30–36.
7. Lipgart N. K. *Voprosy differencirovannoj terapii nevroza navyazchivnyh sostoyanij* [Questions of differentiated therapy of obsessive-compulsive neurosis] // *Voprosy psichoterapii – Questions of psychotherapy*. 1966. P. 204.
8. McCullough J. *Lechenie hronicheskoy depressii* [Treatment of chronic depression]. M. Spektr (Spectrum). 2003. Pp. 22–29.
9. Mosolov S. N. *Sovremennye tendencii v terapii obsessivno-kompul'sivnogo rasstrojstva: ot nauchnyh issledovanij k klinicheskim rekomendacijam* [Modern trends in the treatment of obsessive-compulsive disorder: from research to clinical recommendations] / *Biologicheskie metody terapii psichicheskikh rasstrojstv (doka-*

*zatel'naya medicina v klinicheskoy praktike*) – Biological treatments of mental disorders (evidence-based medicine in clinical practice). M. Social'no-politicheskaya mysl' (Socio-political thought). 2012. Pp. 662–669.

10. Mosolov S. N., Alfimov P. V. *Algoritm biologicheskoy terapii obsessivno-kompul'sivnogo rasstrojstva*. [Algorithm for biological treatment of obsessive-compulsive disorder] // *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv* – Modern therapy of mental disorders. 2013. No. 1. Pp. 42–43.

11. Pugovkina O. D., Palamarchuk L. S. *Social'nyj intellekt i hronifikaciya depressii* [Social intelligence and chronification of depression] // *Konsul'tativnaya psihologiya i psihoterapiya* – Consultative psychology and psychotherapy. 2013. No. 1. Pp. 114–118.

12. Pugovkina O. D., Holmogorova A. B. *Terapevticheskij al'yans v psihoterapii* [Therapeutic alliance in psychotherapy] // *Sovremennaya terapiya psichicheskikh rasstrojstv* – Modern therapy of mental disorders. 2011. No. 3. Pp. 12–19.

13. Sagalakova O. A., Zhirnova O. V., Truevcev D. V. *Psihologicheskie faktory formirovaniya suicidal'nogo povedeniya pri obsessivno-kompul'sivnom i social'nom trevozhnom rasstrojstve* [Psychological factors of suicidal behavior formation in obsessive-compulsive and social anxiety disorder] // *Suicidology*. 2020. Vol. 11. No. 2. Pp. 82–100.

14. Cygankov B. D. *Psihiatriya* [Psychiatry]. M. GEOTAR. 2012. 696 p.

15. Abramowitz J. S., Storch E. A., Keeley M. Obsessive-compulsive disorder with comorbid major depression: What is the role of cognitive factors? // *Behaviour Research and Therapy*. 2007. Vol. 45. No. 10. Pp. 2253–2261.

16. Alsarraf J. J., Nilsson Y. Reflecting around the functions behind depression – A correlational study of depression, mentalization and attachment. Linköping : Linköping University, 2009. Pp. 72–78.

17. Fonagy P. (ets.) *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York : Other Press, 2002. Pp. 38–42.

18. Hansenne M. Emotional intelligence and personality in major depression: Trait versus state effects // *Psychiatry Research*. 2007. No. 1. Pp. 63–68.

19. Weissman M., Markowitz J., Klerman G. *Clinician's guide to interpersonal psychotherapy* // Oxford UP. 2007. No. 3. Pp. 22–29.

20. Zobel I. (ets.) *Theory of mind deficits in chronically depressed patients* // *Depression and anxiety*. 2010. No. 27. Pp. 815–823.