

Оценка эффективности тренинга развития социального интеллекта у лиц, страдающих алкогольной зависимостью

Л. А. Турсунходжаева, ORCID: 0000-0002-3983-6740, lyudm.aleksandrowna2014@yandex.ru

Л. Т. Баймирова, ORCID: 0000-0001-8805-1643, luiza-14@yandex.com

Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан; 100007, Узбекистан, Ташкент, ул. Паркентская, 51

Резюме. С помощью «Методики исследования социального интеллекта» Дж. Гилфорда и М. Салливена в адаптации Е. С. Михайловой обследованы 125 больных, страдающих средней стадией алкогольной зависимости. Установлено, что 82,4% больных имеют низкие показатели уровня развития тех или иных способностей в структуре социального интеллекта, что может затруднять их социальную адаптацию после проведенного лечения. С целью улучшения социальной адаптации разработана программа тренинга, направленного на развитие слабых сторон социального интеллекта. Основой разработанной программы служила модель групповой психотерапии в малых группах. Основными компонентами программы являлось развитие способности предвидеть последствия своего поведения и поведения других людей в определенной ситуации, понимать невербальные реакции и значения однотипных вербальных реакций человека в зависимости от особенностей ситуации, понимать логику ситуации взаимодействия с другими людьми. В задачи тренинга входили также развитие способности к эмпатии, снижение уровня алекситимии, повышение уровня саморегуляции и устойчивости к социальным факторам, способствующим срыву ремиссии и рецидиву алкогольной зависимости. Тренинг рассчитан на 10 занятий по 2-2,5 часа каждое, проводится в группе из 8-12 человек. Оценка эффективности тренинга осуществлялась после его проведения в трех группах, группа сравнения состояла из больных алкогольной зависимостью, прошедших двухмесячную программу медико-социальной реабилитации. Анализ эффективности разработанной программы тренинга показал, что по уровню развития социального интеллекта ее результаты сопоставимы с результатами двухмесячной программы стационарной медико-социальной реабилитации, а по некоторым компонентам являются более высокими.

Ключевые слова: алкогольная зависимость, профилактика рецидивов, социальная адаптация, развитие социального интеллекта, эффективность программы тренинга.

Для цитирования: Турсунходжаева Л. А., Баймирова Л. Т. Оценка эффективности тренинга развития социального интеллекта у лиц, страдающих алкогольной зависимостью // Лечащий Врач. 2021; 10 (24): 22-27. DOI: 10.51793/OS.2021.24.10.004

Evaluation of the efficiency of social intelligence development training in persons with alcohol dependence

Lyudmila A. Tursunkhodzhayeva, ORCID: 0000-0002-3983-6740, lyudm.aleksandrowna2014@yandex.ru

Luiza T. Baimirova, ORCID: 0000-0001-8805-1643, luiza-14@yandex.com

Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan; 51 Parkentskaya str., Tashkent, 100007, Uzbekistan

Abstract. 125 suffering from the middle stage of alcohol dependence patients have been examined using the «Methods for the Study of Social Intelligence» by J. Guildford and M. Sullivan, adapted by E.S. Mikhailova. 82,4% of them have low indicators of the level of certain abilities development in the social intelligence structure, which can complicate their social adaptation after treatment. In order to improve social adaptation, a training program aimed at developing the weaknesses of social intelligence has been developed. The developed program based on a model of group psychotherapy in small groups. The main components of the program were the following: development of the ability to foresee the consequences of one's own behavior and the behavior of other people in a certain situation; to understand non-verbal reactions and the meanings of the same type of verbal reactions of a person; and to understand the logic of the situation of interaction with other people depending on the characteristics of the situation. The objectives of the training also included the development of the ability to empathy, decrease in the level of alexithymia, an increase in the level of self-regulation and resistance to social factors that contribute to the breakdown of remission, and relapse of alcohol dependence. The training conducted in a group of 8-12 people and divided on 10 sessions of 2-2,5 hours each. Evaluation of the effectiveness of the training was made after its realization in three groups, and the comparison group consisted of alcohol-addicted patients who underwent a two-month program of medical and social rehabilitation. The analysis of the developed training effectiveness program results showed that the level of social intelligence development are comparable to the results of a two-month program of inpatient medical and social rehabilitation, and sometimes they were higher.

Keywords: alcohol addiction, relapse prevention, social adaptation, development of social intelligence, effectiveness of the training program.
For citation: Tursunkhodzhaeva L. A., Baymirova L. T. Evaluation of the efficiency of social intelligence development training in persons with alcohol dependence // Lechaschi Vrach. 2021; 10 (24): 22-27. DOI: 10.51793/OS.2021.24.10.004

Анны литературы свидетельствуют о том, что показатели эффективности лечения алкогольной зависимости остаются низкими, множество медико-биологических концепций по реабилитации аддиктивной личности не обеспечивают ее на должном уровне [1]. Формирование ремиссии наркологического заболевания и последующая успешная социальная адаптация пациентов зависят не только от качества оказанной медицинской помощи, но и от полноты предоставленных услуг в ходе лечебно-реабилитационного процесса, включая наряду с медикаментозной и психотерапевтической терапией мероприятия по социальной реабилитации [2, 3]. Интегральным фактором возникновения срывов ремиссии и рецидивов у пациентов с алкогольной зависимостью считают трудности адаптации к трезвому образу жизни [4]. Подчеркивается, что эти трудности нередко связаны с неспособностью больных правильно оценивать и строить взаимоотношения с окружающими после прекращения приема алкоголя [5]. В связи с этим конечной целью терапии становится нормализация системы отношений личности, повышение уровня социального функционирования, реинтеграция в общество, улучшение качества жизни.

Для характеристики адаптационной способности индивида к социальным взаимодействиям в последнее время стал использоваться термин «социальный интеллект». Это много-компонентная способность правильно понимать поведение людей [6, 7]. Она включает когнитивный, эмоциональный, коммуникативно-поведенческий компоненты, которые раскрываются через коммуникативную функцию, анализ развития ситуации, эмоциональное проникновение в ее контекст, адаптацию к изменяющимся условиям взаимодействия. Эта способность необходима для эффективного взаимодействия в межличностном пространстве, она обеспечивает социальную приспособляемость субъектов.

Составной частью социального интеллекта считается эмоциональный интеллект – группа ментальных способностей, которые участвуют в осознании и понимании собственных эмоций и эмоций окружающих [8]. Люди с высоким уровнем эмоционального интеллекта хорошо понимают свои эмоции и чувства других людей, могут управлять своей эмоциональной сферой, поэтому в обществе их поведение более адаптивно и во взаимоотношениях с окружающими они легче добиваются своих целей. Установлено, что эмоциональный компонент социального интеллекта студентов, склонных к алкогольной зависимости, имеет низкие результаты по шкалам управления эмоциями и самомотивации [9]. Сообщается также о более низкой, чем у здоровых людей, способности больных алкогольной зависимостью понимать свои эмоции [10].

Следует отметить, что феномен социального интеллекта представляет собой относительно новый предмет исследования как для зарубежной, так и отечественной психологии. Тем не менее установлено, что он обладает достаточными прогностическими возможностями, которые позволяют предвидеть успешность межличностных отношений и взаимодействий. Кроме того, доказано, что проблемные зоны социального интеллекта могут быть мишенями для

социально-психологической коррекции [11]. Это обстоятельство представляется весьма важным для практической наркологии, свидетельствуя о возможности развития слабых компонентов социального интеллекта в ходе специально разработанной тренинговой программы, направленной на повышение уровня социального функционирования больных после прекращения алкоголизации.

Целью настоящего исследования являлись разработка и оценка эффективности тренинговой программы развития социального интеллекта у лиц, страдающих алкогольной зависимостью.

Материал и методы исследования

В условиях Ташкентского городского наркологического диспансера обследованы 125 больных (108 мужчин и 17 женщин) в возрасте от 19 до 68 лет (средний возраст $40,3 \pm 9,9$ года), проходивших стационарное лечение по поводу алкогольной зависимости (шифр МКБ-10 F10.2). Исследование социального интеллекта проводилось с помощью «Методики исследования социального интеллекта» Дж. Гилфорда и М. Салливена в адаптации Е. С. Михайловой [12], которая включает 4 субтеста.

Субтест № 1 измеряет фактор познания результатов поведения, способность предвидеть его последствия в определенной ситуации. Субтест № 2 – фактор познания классов поведения, способность к логическому обобщению, выделению общих существенных признаков в различных невербальных реакциях человека. Субтест № 3 оценивает способность понимать изменения значения сходных вербальных реакций человека в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации. Субтест № 4 измеряет фактор познания систем поведения, способность понимать логику развития ситуации взаимодействия с другими людьми. Результаты подсчитывались по каждому субтесту в отдельности и оценивались в баллах. Общий уровень развития социального интеллекта (интегрального фактора познания поведения) определялся на основании композитной оценки, выраженной в стандартных баллах: 1 балл – низкие способности, 2 балла – способности ниже среднего, 3 балла – средние способности (средневыборочная норма), 4 балла – способности выше среднего, 5 баллов – высокие способности к познанию поведения.

Результаты исследования

К моменту обследования показатели общего развития социального интеллекта превышали средний уровень лишь у 2,4% больных алкогольной зависимостью. Люди с такими показателями обладают способностью легко вступать во взаимодействие с окружающими и адаптироваться в обществе.

У 50,4% больных выявлен средний уровень социального интеллекта, обеспечивающий удовлетворительные результаты их деятельности в обыденных жизненных ситуациях. Однако шаблонный характер действий таких людей создает риск дезорганизации поведения в ситуации межличностных конфликтов.

У 47,2% больных имели место показатели социального интеллекта ниже среднего уровня. Такие лица испытывают трудности в понимании и прогнозировании поведения

Психоневрология

людей, что усложняет взаимоотношения с окружающими и существенно снижает уровень социальной адаптации.

Следует отметить, что среди обследованных по методике Дж. Гилфорда и М. Салливена не оказалось больных алкогольной зависимостью, имевших самые высокие или самые низкие способности к познанию поведения.

Оценка результатов по каждому субтесту в отдельности позволила определить, какие компоненты социального интеллекта (когнитивный, эмоциональный или поведенческий) наименее развиты. Распределение больных в зависимости от показателей отдельных субтестов представлено в табл. 1.

Согласно данным таблицы, ниже средних и низкие показатели по субтесту 1 были у 43,2% больных, что свидетельствовало о слабой способности предвидеть последствия поведения людей и прогнозировать дальнейшее развитие ситуации. Из-за недостаточного понимания связи между поведением и его последствиями больные алкогольной зависимостью плохо ориентируются в общепринятых нормах и рискуют попадать в конфликтные или опасные ситуации, а также совершать противоправные действия. Показатели по субтесту 2, оказавшиеся ниже средневыборочной нормы у 38,4% больных, указывали на неспособность понимать смысл невербальных реакций человека (жестов, взглядов, телодвижений). Слабая способность понимать значение сходных вербальных реакций в зависимости от особенностей вызвавшей их ситуации (субтест 3) выявлена у 40,8% больных. Такие больные часто ошибаются в интерпретации слов собеседника, плохо различая смысл, не могут правильно интерпретировать одни и те же вербальные сообщения в зависимости от характера взаимоотношений и особенностей ситуации обще-

ния. Недостаточное понимание логики развития ситуаций и значения поведения людей в этих ситуациях (субтест 4) имело место у 57,6% больных алкогольной зависимостью, что позволяло прогнозировать трудности в когнитивном анализе ситуации межличностного взаимодействия после лечения и вследствие этого низкий уровень адаптации к семейным и другим взаимоотношениям между людьми. В целом ниже средних или низкие результаты хотя бы по одному из предложенных субтестов имели 82,4% больных, причем у 24,3% из них выявлялись низкие показатели по всем четырем субтестам. Различия в частоте случаев недоразвития тех или иных компонентов социального интеллекта у больных алкогольной зависимостью не имели статистически достоверного характера ($p > 0,05$).

Тренинг развития социального интеллекта был разработан и реализовывался нами в качестве самостоятельной психотерапевтической программы, которая направлена на более успешную социальную адаптацию и профилактику рецидивов заболевания после проведенного лечения. Для достижения этой цели в задачи тренинга входили:

1. Развитие способности предвидеть последствия своего поведения и поведения других людей в определенной ситуации.
2. Развитие способности понимать невербальные реакции человека.
3. Развитие способности к эмпатии, снижение уровня алекситимии.
4. Развитие способности понимать значения однотипных вербальных реакций человека в зависимости от особенностей ситуации.
5. Развитие способности оценивать особенности, понимать логику ситуаций взаимодействия с другими людьми.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от показателей отдельных субтестов / Distribution of patients depending on the indicators of individual subtests

Субтесты	Количество больных (n = 125) с показателями						
	Выше средних		Средние		Ниже средних		Низкие
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.
Субтест 1	14	11,2	57	45,6	52	41,6	2
Субтест 2	9	7,2	68	54,4	36	28,8	12
Субтест 3	6	4,8	68	54,4	38	30,4	13
Субтест 4	4	3,2	49	39,2	64	51,2	8

Таблица 2

Распределение больных основной группы в зависимости от показателей развития отдельных компонентов социального интеллекта до и после прохождения тренинга / Distribution of patients in the main group depending on the indicators of the development of individual components of social intelligence before and after training

Компонент социального интеллекта	До проведения тренинга								После проведения тренинга							
	Выше средних		Средние		Ниже средних		Низкие		Выше средних		Средние		Ниже средних		Низкие	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Субтест 1	3	8,6	17	48,6	15	42,8	0	0	3	8,6	23	65,7	9	25,7	0	
Субтест 2	4	11,4	24	68,6	5	14,3	2	5,7	4	11,4	25	71,4	5	14,3	1	
Субтест 3	1	2,9	22	62,8	9	25,7	3	8,6	2	5,7	26	74,3	5	14,3	2	
Субтест 4	0	0	18	51,4	12	34,3	5	14,3	0	0	21	60,0	13	37,1	1	

Таблица 3

Распределение больных группы сравнения в зависимости от показателей отдельных субтестов до и после прохождения программы медико-социальной реабилитации / Distribution of patients in the comparison group depending on the indices of individual subtests before and after passing the medical and social rehabilitation program

Компонент социального интеллекта	До прохождения программы медико-социальной реабилитации								После прохождения программы медико-социальной реабилитации							
	Выше средних		Средние		Ниже средних		Низкие		Выше средних		Средние		Ниже средних		Низкие	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	
Субтест 1	2	6,7	12	40,0	16	53,3	0	0	6	20,0	14	46,7	10	33,3	0	
Субтест 2	3	10,0	18	60,0	8	26,7	1	3,3	3	10,0	23	76,7	4	13,3	0	
Субтест 3	2	6,7	20	66,7	4	13,3	4	13,3	2	6,7	20	66,7	7	23,3	1	
Субтест 4	0	0	9	30,0	19	63,3	2	6,7	0	0	9	30,0	19	63,3	2	

6. Повышение уровня саморегуляции и устойчивости к социальным факторам, способствующим срыву ремиссии и рецидиву алкогольной зависимости.

Основой разработанной программы тренинга развития социального интеллекта служила модель групповой психотерапии в малых группах. Во время групповых занятий использовался целый ряд технических приемов других видов психотерапии (ролевые игры, техники релаксации, поведенческие приемы), обеспечивающих необходимую комплексность психотерапевтического воздействия. Тренинг был рассчитан на 2 недели, реализовывался в течение 10 занятий длительностью 2-2,5 часа каждое, количество участников группы – 8-12 человек. Группа больных комплектовалась на основе добровольного участия.

Тренинг развития социального интеллекта проведен нами в трех терапевтических группах из 8-12 человек. В общей сложности в программу были включены 35 человек (32 мужчины и 3 женщины) из числа обследованных. Средний возраст участников тренинга составил $41,7 \pm 10,2$ года. Оценка эффективности разработанной программы тренинга проводилась на основании сравнительного анализа развития каждого компонента социального интеллекта участников тренинга (основная группа) и 30 пациентов (группа сравнения), прошедших двухмесячную программу стационарной реабилитации, не включавшую тренинг развития социального интеллекта. Распределение больных основной группы в зависимости от показателей развития отдельных компонентов социального интеллекта до и после прохождения тренинга приведено в табл. 2.

Данные таблицы свидетельствуют о том, что доля больных, набравших выше среднего балла по субтесту 1, практически не изменилась, доля больных со средним количеством баллов увеличилась с 48,6% до 65,7% ($p > 0,05$) при параллельном сокращении числа пациентов с показателями ниже среднего уровня с 42,9% до 25,7% ($p > 0,05$). Анализ показателей субтеста 2 выявил лишь незначительное (с 68,6% до 71,4%; $p > 0,05$) увеличение количества больных, у которых балльная оценка уровня развития социального интеллекта после прохождения тренинга соответствовала средневыборочной норме. Количество больных с показателями ниже средних практически не изменилось (14,3%), но на 2,8% сократилось число пациентов с низкими показателями социального интеллекта (с 5,7% до 2,9%; $p > 0,05$).

Более заметные сдвиги в процентном соотношении больных показали результаты субтеста 3. Доля пациентов с социальным интеллектом выше среднего уровня увеличилась

с 2,9% до 5,7% ($p > 0,05$), со средневыборочной нормой – с 62,9% до 74,3% ($p > 0,05$). Вместе с тем численность больных с показателями ниже средневыборочной нормы уменьшилась с 25,7% до 14,3% ($p > 0,05$), а с низкими показателями – с 8,6% до 5,7% ($p > 0,05$), однако эти данные не отличались статистической достоверностью. Столь же относительным было нарастание удельного веса больных, имеющих средние баллы по субтесту 4 (с 51,4% до 60,0%; $p > 0,05$), и снижение доли пациентов с низкой балльной оценкой (с 14,3% до 2,9%; $p > 0,05$).

Распределение больных группы сравнения в зависимости от результатов отдельных субтестов до и после прохождения программы медико-социальной реабилитации представлено в табл. 3.

Сопоставление данных табл. 2 и 3 свидетельствует, что если доля больных основной группы, набравших выше среднего балла по субтесту 1, после прохождения тренинга практически не изменилась, то после завершения реабилитационной программы она увеличилась на 13,3% ($p > 0,05$). Доля больных со средним количеством баллов в основной группе увеличилась на 17,1%, в группе сравнения – на 6,7% ($p > 0,05$). Вместе с тем доля больных с низкими показателями по субтесту 1 в основной группе сократилась на 17,1%, в группе сравнения – на 20,0% ($p > 0,05$). Результаты анализа показателей субтеста 2 также указывали на преимущества реабилитационной программы. Количество больных, набравших выше средних баллов по субтесту 2, после прохождения тренинга или реабилитационной программы практически не изменилось, однако количество больных со средними баллами в группе сравнения выросло на 16,7% ($p > 0,05$), тогда как в основной группе – всего на 2,8%. Суммарное количество больных, имевших ниже средних и низкие баллы, в основной группе сократилась на 2,8%, в группе сравнения – на 16,7% ($p > 0,05$).

Иные результаты получены при сравнении показателей субтестов 3 и 4. Доля больных основной группы, превысивших средний балл по субтесту 3, после прохождения тренинга увеличилась на 2,8%, а доля больных со средним количеством баллов – на 11,5%, тогда как после прохождения реабилитационной программы она практически не изменилась. Параллельно в основной группе на 14,3% сократилось суммарное количество больных с ниже средних и низкими показателями социального интеллекта, оставшееся прежним в группе сравнения ($p > 0,05$). Доля больных основной группы, имевших средние показатели по субтесту 4, после прохождения тренинга выросла на 8,6% за счет сокращения

числа пациентов с низкими показателями до прохождения тренинга, в группе сравнения эти показатели не изменились.

Суммарное количество больных, у которых наблюдалось повышение балльной оценки хотя бы по одному из субтестов, составило 51,4% от общего числа участников основной группы и 46,7% – от числа участников группы сравнения, не обнаруживая статистически достоверных межгрупповых различий ($p > 0,05$). При этом в основной группе наблюдалось статистически достоверное увеличение доли больных (с 22,8% до 48,6%; $p < 0,045$), набравших не менее средних баллов по всем четырем субтестам, а у 15,4% наблюдался переход с низкого на средний общий уровень развития социального интеллекта. В группе сравнения доля больных, набравших не менее средних баллов по всем четырем субтестам, увеличилась с 23,3% до 26,7% ($p > 0,05$), а переход с низкого на средний общий уровень развития социального интеллекта имел место у 23,3% больных, не обнаруживая статистически достоверных различий с основной группой ($p > 0,05$).

Более наглядные результаты дало сравнение доли больных с низкими исходными баллами по тому или иному субтесту, повысивших свои результаты в ходе проведения тренинга/реабилитационной программы (табл. 4).

Согласно данным таблицы, по субтесту 1 улучшили свои показатели 40,0% больных основной группы и 50,0% больных группы сравнения ($p > 0,05$) со слаборазвитой способностью предвидеть последствия своего поведения. Положительные сдвиги в развитии способности понимать невербальный язык эмоций (субтест 2) наблюдались у 28,6% больных основной группы и 55,6% больных группы сравнения ($p > 0,05$), указывая на преимущество длительной медико-социальной реабилитации. По развитию слабой способности понимать значение сходных вербальных реакций человека в зависимости от контекста вызвавшей их ситуации (субтест 3) различия между группами (50,0% больных основной группы и 62,5% больных группы сравнения; $p > 0,05$) были не столь существенными, а по улучшению способности понимать логику ситуации взаимодействия с другими людьми (58,8% больных основной группы и 4,8% больных группы сравнения; $p < 0,001$) выявились явное преимущество программы тренинга развития социального интеллекта.

Таким образом, сравнительное изучение результатов тестирования по каждому из компонентов социального интеллекта показало, что после завершения разработанной нами тренинговой программы наиболее заметные положительные сдвиги касались прежде всего наименее

развитой у больных алкогольной зависимостью способности понимать поведение людей в ситуации взаимодействия и прогнозировать дальнейший ход ее развития. Достаточно эффективными оказались вмешательства, направленные на развитие способности прогнозировать последствия поведения и адекватно понимать вербальные сообщения других людей. Вместе с тем развитие нарушенной у больных алкогольной зависимостью способности понимать невербальную экспрессию оказалось более трудной задачей для кратковременного вмешательства и дало не столь существенные результаты. В целом по развитию социального интеллекта эффективность разработанного тренинга оказалась вполне сопоставимой с результатами двухмесячной реабилитации, что указывает на возможность его применения в качестве самостоятельной психотерапевтической программы. Недостаточная эффективность реабилитационной программы по развитию некоторых компонентов социального интеллекта делает целесообразным включение в ее структуру тренинга развития социального интеллекта.

Выводы

1. У большинства больных алкогольной зависимостью выявляется недоразвитие эмоционального, когнитивного или поведенческого компонентов социального интеллекта, что существенно снижает способность к социальной адаптации после проведенного лечения и увеличивает риск возникновения рецидива заболевания.

2. Предлагаемая программа тренинга является достаточно эффективной для развития слабых сторон социального интеллекта и может применяться в качестве самостоятельного психотерапевтического вмешательства.

3. В структуру программ медико-социальной реабилитации больных алкогольной зависимостью целесообразно включать тренинг развития социального интеллекта. ■

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

Литература/References

1. Агibalova T. B., Шустов Д.И., Тучина О. Д., Тучин П. В. Психотерапия в наркологии – обзор научно-доказательных моделей психотерапевтического вмешательства: зарубежный опыт. Часть 2. Эмпирически обоснованные методы психотерапии наркологических заболеваний // Вопросы наркологии. 2015; 5: 46-48. [Agibalova T. V., Shustov D. I., Tuchina O. D., Tuchin P. V. Psychotherapy in narcology – a review of evidence-based models of psychotherapeutic intervention: foreign experience. Part 2. Empirically grounded methods of psychotherapy of narcological diseases // Issues of narcology. 2015; 5: 46-48.]
2. Клименко Т. В. Социальная реабилитация как обязательный компонент комплексного лечебно-реабилитационного процесса в отношении лиц с наркологическими расстройствами // Вопросы наркологии. 2016; 11-12: 86. [Klimenko T. V. Social rehabilitation as an obligatory component of a comprehensive treatment and rehabilitation process in relation to persons with drug addiction disorders // Issues of narcology. 2016; 11-12: 86.]

Таблица 4
Количество больных со слаборазвитыми компонентами социального интеллекта, повысивших свои результаты в ходе проведения тренинга/реабилитационной программы / The number of patients with underdeveloped components of social intelligence who improved their results during the training/rehabilitation program

Субтесты	Основная группа		Группа сравнения
	Абс.	%	
Субтест 1	6 (n = 15)	40,0	8 (n = 16)
Субтест 2	2 (n = 7)	28,6	5 (n = 9)
Субтест 3	6 (n = 12)	50,0	5 (n = 8)
Субтест 4	10 (n = 17)	58,8*	1 (n = 21)

Примечание. * достоверность различий – $p < 0,001$.

3. *Фадеева Е. В.* Разработка концептуальной модели нейропсихологической реабилитации больных с синдромом зависимости от психоактивных веществ // Вопросы наркологии. 2017; 6: 140-142.
[*Fadeeva E. V.* Development of a conceptual model of neuropsychological rehabilitation of patients with psychoactive substance dependence syndrome // Issues of narcology. 2017; 6: 140-142.]
4. *Дубинина Л. А., Бакман И. Ю.* Особенности реадаптации больных алкогольной зависимостью на этапе становления ремиссии / Материалы научно-практической конференции к 110-летию кафедры психиатрии и наркологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова: электронное издание. 2010. С. 109-110.
[*Dubinina L. A., Bakman I. Yu.* Features of the readaptation of patients with alcohol dependence at the stage of remission formation / Materials of the scientific-practical conference dedicated to the 110th anniversary of the Department of Psychiatry and Narcology of St. Petersburg State Medical University named after Academician I. P. Pavlova: electronic edition. 2010. S. 109-110.]
5. *Миронова Н. В., Щелкова О. Ю.* Психосоциальные характеристики пациентов с алкогольной зависимостью при разных сроках ремиссии заболевания // Вестник Южно-Уральского государственного университета. 2014; 7 (2): 59.
[*Mironova N. V., Shchelkova O. Yu.* Psychosocial characteristics of patients with alcohol dependence at different periods of remission of the disease // Bulletin of the South Ural State University. 2014; 7 (2): 59.]
6. *Ушаков Д. В.* Социальный интеллект как вид интеллекта // Социальный интеллект: Теория, измерение, исследования / Под ред. Д. В. Ушакова, Д. В. Люсина. М.: Институт психологии РАН, 2004. С. 11-15.
[*Ushakov D. V.* Social intelligence as a kind of intelligence // Social intelligence: Theory, measurement, research / Ed. D. V. Ushakova, D. V. Lyusina. M.: Institute of Psychology RAS, 2004. S. 11-15.]
7. *Сараева Н. М., Вагина В. Т.* Показатели социального интеллекта несовершеннолетних правонарушителей с различным уровнем субъективности: XLV Международная научно-практическая конференция «Личность, семья, общество: вопросы педагогики и психологии» 13 октября 2014 года. Режим доступа: <https://sibac.info/conf/pedagog/XLV/39458>.
[*Saraeva N. M., Vagina V. T.* Indicators of social intelligence of juvenile offenders with different levels of subjectivity: XLV International Scientific and Practical Conference «Personality, Family, Society: Issues of Pedagogy and Psychology», October 13, 2014. Access mode: <https://sibac.info/conf/pedagog/XLV/39458>.]
8. *Камалова А. М.* Эмоциональный компонент социального интеллекта студентов, склонных к алкогольной и наркотической зависимостям // Современные проблемы науки и образования. 2014; 3: 656.
[*Kamalova A. M.* Emotional component of social intelligence of students prone to alcohol and drug addiction // Modern problems of science and education. 2014; 3: 656.]
9. *Камалова А. М.* Особенности структуры социального интеллекта (на примере студентов, склонных к алкогольной и наркотической зависимостям) // Вестник Удмуртского университета. 2013; 4: 57-61.
[*Kamalova A. M.* Features of the structure of social intelligence (on the example of students prone to alcohol and drug addiction) // Bulletin of the Udmurt University. 2013; 4: 57-61.]
10. *Голубь О. В., Цымбалюк Г. С.* Выраженность психологических саногенетических механизмов у лиц с алкогольной зависимостью // Форум. Серия: Гуманитарные и экономические науки. 2017; 1 (10): 58-64.
[*Golub O. V., Tsymbalyuk G. S.* The severity of psychological sanogenetic mechanisms in persons with alcohol dependence // Forum. Series: Humanities and Economic Sciences. 2017; 1 (10): 58-64.]
11. *Шевченко К. В., Николаева И. И.* Программа тренинговых занятий для формирования социального интеллекта младших школьников // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2016; 12-6: 1077-1081.
[*Shevchenko K. V., Nikolaeva I. I.* The program of training sessions for the formation of social intelligence of primary schoolchildren // International Journal of Applied and Fundamental Research. 2016; 12-6: 1077-1081.]
12. *Михайлова (Алешина) Е. С.* Методика исследования социального интеллекта: Адаптация теста Дж. Гилфорда и М. Салливена: Руководство по использованию. СПб: ГП «ИМАТОН», 1996. С. 16-18.
[*Mikhailova (Aleshina) E. S.* Methods for the study of social intelligence: Adaptation of the test by J. Guilford and M. Sullivan: Guidelines for use. SPb: SE «IMATON», 1996. Pp. 16-18.]

Сведения об авторах:

Людмила Александровна Турсунходжаева, д.м.н, профессор, заведующая кафедрой наркологии, медицинской психологии и подростковой психопатологии, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан; 100007, Узбекистан, Ташкент, ул. Паркентская, 51; lyudm.aleksandrowna2014@yandex.ru
Луиза Тухтамышевна Баймирова, ассистент кафедры наркологии, медицинской психологии и подростковой психопатологии Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников Министерства здравоохранения Республики Узбекистан; 100007, Узбекистан, Ташкент, ул. Паркентская, 51; luiza-14@yandex.com

Information about the authors:

Lyudmila A. Tursunkhodzhaeva, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of Addiction, Medical Psychology and Adolescent Psychopathology of the Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan; Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan; 51 Parkentskaya str., Tashkent, 100007, Uzbekistan; lyudm.aleksandrowna2014@yandex.ru

Luiza T. Baymirova, Assistant of the Department of Addiction, Medical Psychology and Adolescent Psychopathology of the Center for the Development of Professional Qualification of Medical Workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan; Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers of the Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan; 51 Parkentskaya str., Tashkent, 100007, Uzbekistan; luiza-14@yandex.com